

2022
XXIII

Congreso Chileno de Medicina Familiar



“PERSONAS CUIDANDO PERSONAS”
100% VIRTUAL

17, 18 Y 19 DE NOVIEMBRE 2022

www.congresomedicinafamiliar.cl



2022
XXIII
**Congreso Chileno
de Medicina Familiar**

“PERSONAS CUIDANDO PERSONAS”
100% VIRTUAL

17, 18 Y 19 DE NOVIEMBRE 2022

ÍNDICE

A

Acuña J 10
 Acuña Ramirez A 18
 Aguirre Flores V 23
 Aliaga V 10
 Arancibia V 9

B

Bahamondes Rojas R 18
 Barraza González L 27
 Bascuñan L 10
 Bezerra A 30, 31
 Blanco Castillo F 19
 BUSTOS ARAVENA S 13

C

Campos H 24
 Cardenas Ponce C 5
 Carrasco Del Mauro A 14
 Cartes Mercado R 5
 Chodiman Pailahueque A 18
 Christoph C 16
 Cuesta Vera N 5

D

DROGUETT KEIM H 15

F

Fernández Fernández M 26
 Fernandez I 30, 31
 Figueroa D 7
 Fuentes Fonca E 26

G

Garchitorea Marques M 9
 Garrido López V 33
 Garza Martínez R 28
 Glasinovic Peña A 16
 Gonzalez C 16
 Gonzalez Vega L 9
 Guerra Rosales D 21
 Guimarães D 30, 31
 Gutierrez Farias S 17

H

Henriquez Muñoz V 18
 Hidalgo Farías A 25
 Huepe G 10

I

Iturriaga Figueroa D 18

K

Kirsten Toro K 10

L

Lavin Flores F 26
 León Izquierdo A 6
 López Gálvez J 11
 Lopez Romero M 18
 LÓPEZ VALLEJOS K 13

M

Marambio López C 27
 Marroquín Canales L 28
 Melgoza Pelcastre Z 28
 MELIPIL CATRIAN M 18
 Mora Melanchthon I 11
 Muñoz Navarrete K 6, 32

N

NADAL AGOST C 24, 29
 NEIRA S 24

O

Oyarzún F 16

P

Paiva C 16
 Pallero S 14
 Palma Pantoja I 18
 Pantoja J 30, 31
 Pérez Arredondo M 20
 Pescio Andrade T 9
 Plaza Garmendia M 25

Ponce Beltran G 19
 Puschel Illanes K 9

R

Ramírez Requena J 17
 Rebolledo J 10
 Reyes M 25
 Ríos Rojas A 6
 Rioseco A 9
 Riveros Abarca T 6
 Riveros Galaz D 32
 Rodriguez J 18

S

Segura Chico M 28
 Sepúlveda Riquelme C 23
 Sepúlveda Villegas C 21
 Siegmund Sanhueza D 5
 Soto Aguirre A 7, 18
 Soto Guerrero S 33
 Soto Neira G 18
 Soto Rivera A 18

T

Tellez Guzman I 17
 Tobar Guiñez N 17
 Tognetti Vera G 26

V

Vargas Celis I 33

Z

Zambrano Peralta L 18
 Zeballos Saavedra P 6

COMITÉ XXIII CONGRESO CHILENO DE MEDICINA FAMILIAR

Presidente:

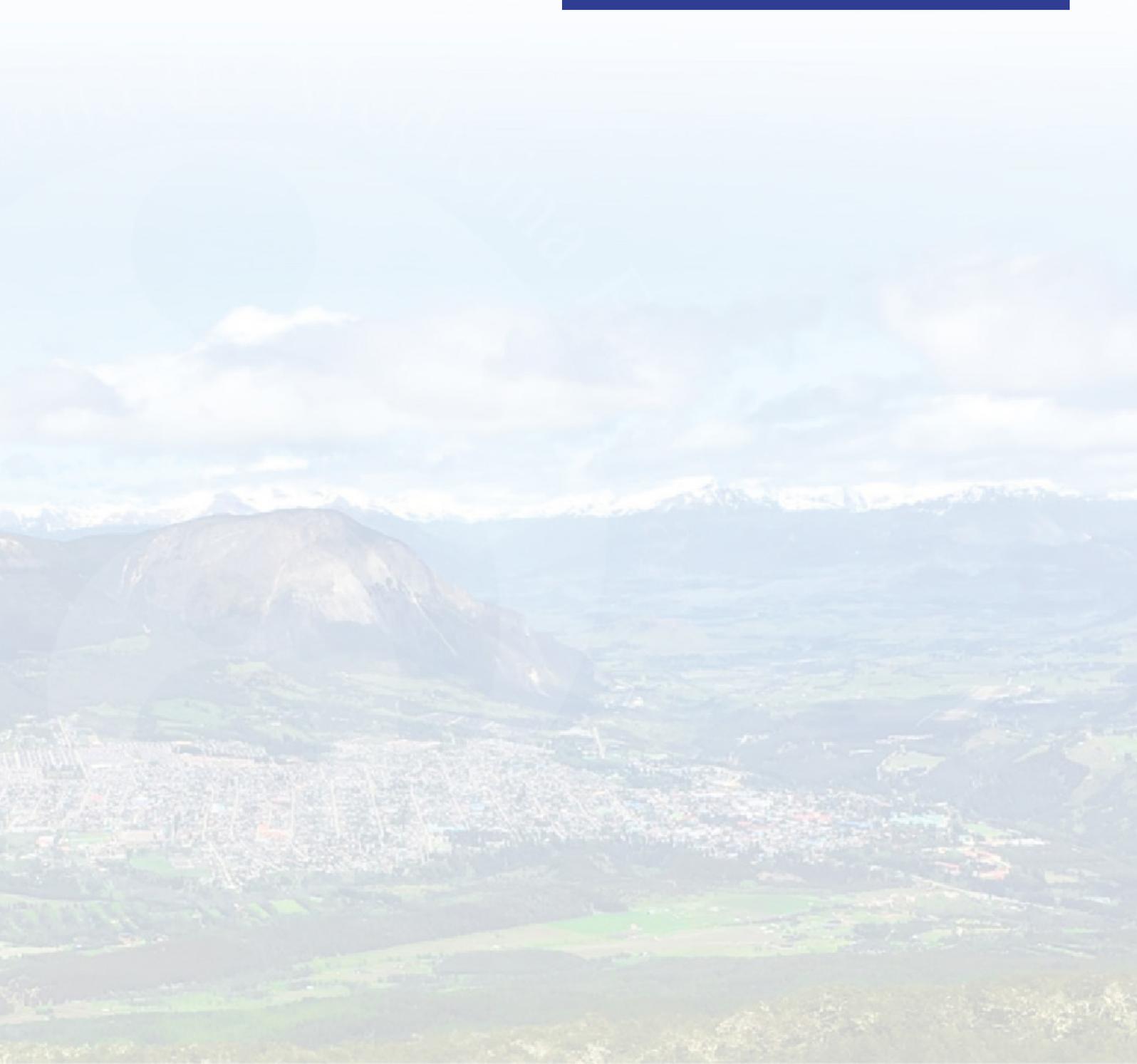
- Dra. Sandra Paredes Arévalo

Integrantes Comité:

- Dra. Macarena Moral López
- Dra. Gina Brun Mautino
- Dr. Juan Cuevas Doyharcabal
- Dra. Andrea Didier Castillo
- Dra. Carolina González Reyes
- Dr. Devys Cruz Rodríguez
- Dra. Gladys Caro Lovera
- Dra. Verónica Olate Morales
- Dra. Catalina Campos Alomar
- Dra. Mónica Niveló Clavijo
- Dr. Iván Niesel Barrientos
- Dra. Lilian Fernández Fernández
- Dr. Patricio Thieme Villegas
- Dr. Jorge López Gálvez
- Dra. Valentina Silva Hughes
- Dra. Mariela Quiroz Olave

PREMIOS EN CATEGORÍA

EXPERIENCIA



Área: Experiencia

**GANADOR PRIMER LUGAR, CATEGORÍA EXPERIENCIA
"RESPONDIENDO A LA CRISIS AMBIENTAL DE QUINTERO CON UN ENFOQUE COMUNITARIO"**

Daniela Francisca Siegmund Sanhueza¹, Carla Cardenas Ponce¹, Nicolas Cuesta Vera¹, Romina Cartes Mercado¹
(1) Hospital Adriana Cousiño, Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, Aranguiz Tudela 380, Quintero, Chile

Antecedentes:

El Hospital Adriana Cousiño es un Hospital de la Familia y la Comunidad que da cobertura a las comunas de Quintero y Puchuncavi, cuenta con prestaciones de atención primaria, atención cerrada y servicio de urgencias. Cercano al Hospital, se encuentra el "Parque industrial Ventanas", lugar donde operan cerca de 17 grandes empresas, el sector es reconocido por el Instituto Nacional de Derechos Humanos como una "zona de sacrificio" dado el impacto de las actividades productivas, que afectan la calidad del aire, suelo y agua. Desde el año 2008 a la fecha, se han presentado episodios críticos asociados a contaminación ambiental, el año 2018 un número significativo de población infantojuvenil requirió atención médica por presentar síntomas asociados a efectos de gases, saturando el servicio de urgencias, debiendo reconvertir prestaciones de atención primaria debiendo contar con dispositivos médicos avanzados para dar respuesta a la crisis. En el año 2022 estudiantes y docentes de establecimientos educacionales presentan nuevamente sintomatología asociada la exposición de contaminantes ambientales, a lo que se suma la pandemia por SARS CoV2. Por estos motivos se realiza un cambio en el abordaje de las personas afectadas, donde los equipos de salud acuden a los establecimientos y brindan una primera respuesta oportuna, generando un plan de trabajo escalonado a través de un trabajo conjunto con actores claves de la comuna.

Objetivo principal: Abordar episodios de contaminación masivos con enfoque comunitario dando respuesta a las necesidades de los establecimientos educacionales afectados.

- Favorecer el trabajo de la red de salud a través de un trabajo escalonado.
- Disminuir la congestión en el servicio de urgencias y suspensión de las prestaciones de atención primaria.

Desarrollo:

Se realiza un nuevo abordaje de la crisis ambiental en base a atenciones escalonadas basado en 3 pilares fundamentales:

1. Organización y planificación previa

Se conforman grupos de trabajo correspondientes al intersector compuestos por el Servicio de Salud (departamento de atención primaria, red de urgencias), Seremi de Salud, Municipalidad, Bomberos, Carabineros y Establecimientos Educacionales, con una adecuada coordinación definiendo líneas de actuación.

Se actualizan protocolos de atención a través de un plan escalonado de según el número y gravedad de los afectados, el cual se inicia con la atención en terreno, con posterior atención en servicio de urgencias, reconversión de APS y derivación dentro de la red de salud en caso de ser necesario.

2. Primera respuesta en terreno

Dicha respuesta se divide en 2, inicialmente los establecimientos educacionales realizan una evaluación general de la situación, y posteriormente el equipo de salud, conformado por la atención primaria municipal y del Hospital, con equipos de trabajo multidisciplinarios, priorizan la atención según la categorización previa, determinan la conducta a seguir, entregando la información a los afectados, y registran las prestaciones para hacer un seguimiento en tiempo real.

3. Trabajo con la comunidad

Se genera un "Plan de trabajo Comunitario" que incluye la capacitación en los establecimientos educacionales sobre protocolos de acción conjunta, con levantamiento de necesidades y para ajustar protocolos de acción. Información a la comunidad sobre respuesta de salud y fortalecimiento de líderes estudiantiles. Se establecen líneas de comunicación oportuna a través de la difusión de las actividades realizadas (redes sociales, boletines, informes) y reuniones mensuales con el consejo consultivo de usuarios.

Impacto:

- Se logró el objetivo principal de dar respuesta a las necesidades de los establecimientos educacionales afectados en los momentos de crisis ambiental.
- En el periodo comprendido desde junio hasta la fecha más de 500 personas recibieron atención oportuna, disminuyendo los tiempos de espera, con un tiempo promedio de atención en crisis de aprox. 1 a 2 horas desde que el equipo de salud acude a terreno.
- Se evitó la suspensión de prestaciones de atención primaria del Hospital Adriana Cousiño y la congestión en el servicio de urgencias.
- Se logró mejorar la satisfacción usuaria y la percepción de los establecimientos educacionales de un real compromiso con la salud de los estudiantes y su cuerpo docente.
- Se fortaleció el trabajo en red.

Si bien la estrategia tuvo impacto en el ámbito de la gestión y satisfacción usuaria, las crisis ambientales requieren un enfoque biopsicosocial, por lo que recientemente se conformó un equipo que deberá hacer seguimiento a las personas afectadas y sus familias, generando instancias de educación en la comunidad. El cuerpo docente y los equipos que brindaron respuesta en terreno realizaron grandes esfuerzos para dar apoyo a los episodios, sin embargo, esto genera un desgaste significativo que debe ser abordado en un futuro próximo.



Área: Experiencia

**GANADOR SEGUNDO LUGAR, CATEGORÍA EXPERIENCIA
"MI QUERIDO DOCTOR VIRTUAL: Desde Talagante revolucionando la APS Nacional"**



Karina Muñoz Navarrete¹, Andrea León Izquierdo², Teresa Riveros Abarca³, Patricio Zeballos Saavedra⁴, Andrea Ríos Rojas⁵

- (1) Cesfam Dr. Alberto Allende Jones, Santiago, Chile
 (2) Centro Odontológico Padre Mariano, Santiago, Chile
 (3) Hospital Calvo Mackenna, Subdirección Gestión del Cuidado, Santiago, Chile
 (4) Universidad Finis Terrae, Facultad de Economía y Negocios, Santiago, Chile
 (5) Dirección de Salud Lampa, Santiago, Chile

Antecedentes: La presente experiencia da razón a la necesidad de diferenciar oferta de atención médica en el CESFAM Dr. Alberto Allende Jones de Talagante, dado que, no tiene actualmente la capacidad operativa para absorber toda la necesidad de la población en una prestación tan sensible como la consulta médica de forma oportuna, ni tampoco cuenta con una oferta diferenciada para el grupo etario entre 20 y 59 años. En el contexto de pandemia, la OMS, plantea un plan estratégico para implantar servicios de Telesalud en la población. En nuestro país, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha recomendado ocupar las herramientas de salud digital disponibles para el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, por sobre la atención presencial, durante el tiempo que dure la alerta sanitaria donde las consultas, evaluaciones y demás prestaciones médicas pueden ser entregadas en forma remota, manteniendo el registro de estas prestaciones en los mismos términos que una atención presencial a través del uso de tecnologías de información y comunicaciones, manteniendo el resguardo y registro de la ficha clínica de conformidad a lo dispuesto en la ley, por lo que la APS de Talagante adecua la entrega de sus servicios contribuyendo con esto a la optimización de los recursos. Dado lo anterior se propone una herramienta, asociada a la gestión de consultas clínicas, como estrategia para hacer frente de manera eficiente, con modelos de gestión y tecnologías innovadoras basados en la evidencia nacional e internacional, y así desarrollar con mayor rapidez y de forma oportuna la atención médica, logrando ampliar la cartera de servicio.

Objetivo general: Formular un modelo innovador de atención médica remota o teleconsulta a pacientes de entre 20 y 59 años inscritos y validados del CESFAM de Talagante, aplicado durante el tercer trimestre del año 2021, realizando un programa piloto, con medición de sus resultados y comparados con la atención médica presencial.

Objetivos específicos: Desarrollar las bases operativas del sistema de atención modalidad teleconsulta, para pacientes del CESFAM de Talagante, que contribuya al cumplimiento de las metas del establecimiento; Medir la cobertura de la teleconsulta médica, comparada con los planes y programas de atención médica presencial durante el tercer trimestre del año 2021; Evaluar la productividad del equipo médico con la teleconsulta comparado con la atención médica presencial; Determinar el nivel de aceptación en la oportunidad y calidad de la teleconsulta médica, por parte de los usuarios.

Desarrollo: El diseño de investigación será cuantitativo, no experimental, transaccional, descriptivo, basado en la observación estructurada de variables de estudio identificadas, medidas a través de indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad y calidad. Su desarrollo se basa en la observación estructurada de una innovación en la consulta médica a través de un plan piloto. Los datos obtenidos serán analizados en base a indicadores propuestos, información que se obtendrá del monitoreo de agendas, cálculo de productividad, monitoreo de IAAPS comunal.

El universo para obtención de la muestra será la población inscrita y validada en el CESFAM de Talagante, entre 20 y 59 años que accedan a una atención médica. La población beneficiada en el segmento propuesto será de 38.742 usuarios.

Para el desarrollo de este proyecto se habilitó una oficina con computadores, celulares para realizar las videollamadas previa firma electrónica de consentimiento informado, conexión a internet exclusiva y set de streaming para uso en Teleconsulta médica. Ambos médicos fueron capacitados en el uso de las tecnologías a utilizar previo a iniciar el plan piloto. El tipo de consultas realizadas fueron atenciones abreviadas, consultas espontáneas, atención de programa cardiovascular, no cardiovascular, salud mental, morbilidad no respiratoria y atención especialidad de medicina familiar.

Resultado y/o conclusiones: De los resultados obtenidos, el porcentaje de atenciones realizadas corresponde al 103% durante el periodo, debido a la flexibilidad de la agenda permitiendo un número de atenciones superior a lo programado, con un rendimiento promedio de 7.3 pacientes por hora (presencialmente es 5 pacientes por hora), a un costo \$12.566, donde el porcentaje de NSP corresponde al 1.08% del total de la muestra y solo el 2% de la población re-consulta dentro de los 7 a 14 días, con una calificación final por parte del usuario una nota promedio de 6.63 (escala de 1 al 7). De aquí se concluye que la teleconsulta médica es una estrategia costo/eficiente en aumentar la productividad y cobertura de atención médica en pacientes, con resultados óptimos en relación con la meta establecida y cuya aceptación por el usuario es más que aceptable, pudiendo esta experiencia replicarse en otras entidades similares de nuestro país.

Financing: Financiado con recursos del CESFAM de Talagante. Costo total proyecto \$34.022.397.

Área: Experiencia

**GANADOR TERCER LUGAR, CATEGORÍA EXPERIENCIA
"ADOLESCENCIA A TRAVÉS DE LA INFANCIA, PODCAST DE SALUD MENTAL POR NNA DE LA ESCUELA
BOYECO DE TEMUCO"**



Daniela Iturriaga Figueroa Figueroa¹, Andrea Catalina Soto Aguirre¹
(1) Universidad de La Frontera, Medicina Familiar, Medicina, Temuco, Chile

Antecedentes:

El CESFAM Monseñor Valech se encuentra ubicado en el territorio de Boyeco, sector rural perteneciente a la ciudad de Temuco. Para analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población del territorio, se realizó una revisión de los registros estadísticos mensuales de salud mental y se observó un aumento de los casos de ideación e intento suicida en población adolescente entre diciembre del 2019 y diciembre del 2021. Estos resultados fueron analizados en distintas instancias, primero a nivel local con el equipo de salud mental y dirección, y posteriormente en una mesa de trabajo salud educación (creada por el equipo de salud mental del CESFAM para el trabajo coordinado con las escuelas del territorio). En esta última instancia se realizó vinculación con el equipo de convivencia escolar de la Escuela Boyeco quienes se interesaron en realizar un trabajo coordinado con residentes de medicina familiar de la Universidad de La Frontera, surgiendo entonces la idea de realizar un podcast que incluya la participación de niños, niñas y adolescentes para abordar temáticas de salud mental generando agentes comunitarios en promoción y prevención en salud.

Objetivo General:

- Promover y contribuir a mejorar la salud mental de la población de Boyeco en especial de niños, niñas y adolescentes con enfoque en las determinantes sociales presentes en el territorio.

Objetivos Específicos:

- Generar una instancia de participación de los estudiantes en un ambiente seguro y cómodo para la prevención y promoción en salud mental.
- Reconocer la importancia de la salud mental en las personas.
- Incorporar conocimientos generales sobre salud mental.
- Fomentar la participación de los niños, niñas y adolescentes en la promoción de su salud.

Desarrollo y Cronograma:

- En primera instancia, tras una reunión con el equipo de convivencia escolar de la Escuela de Boyeco, se envió información general de la actividad y entrega de consentimiento informado para la autorización de los tutores legales de los interesados para grabar, publicar y tomar fotografías del proceso.
- 29 de Julio: reunión con alumnas del centro de estudiantes de la escuela, quienes fueron las primeras en tener consentimiento informado. Se propuso la actividad con especial énfasis en que sea un proyecto que desarrollen ellos/as como estudiantes y que desde el equipo de salud seamos sólo una guía. Para empoderarles con el proyecto propusimos que ellas/os definieran:
 - Nombre del podcast: Adolescencia a través de la infancia
 - Duración: 10 minutos por capítulo y periodicidad: cada 2 semanas.
 - Paralelo a esto obtuvimos temas generativos para abordar en los capítulos:
 - Salud mental y emociones
 - Depresión
 - Violencia.
- Primera semana de agosto: Creación del guion.
- 5 de Agosto: grabación del primer capítulo.
- 8 de Agosto: primer capítulo publicado en Spotify.
- 2 de Septiembre: grabación del segundo capítulo.

Evaluación y resultados:

Se realizó una evaluación cualitativa a las participantes posterior a la grabación donde señalaron haberse sentido cómodas y en confianza, manifestaron interés en seguir participando y reconocieron la importancia de hablar sobre salud mental.

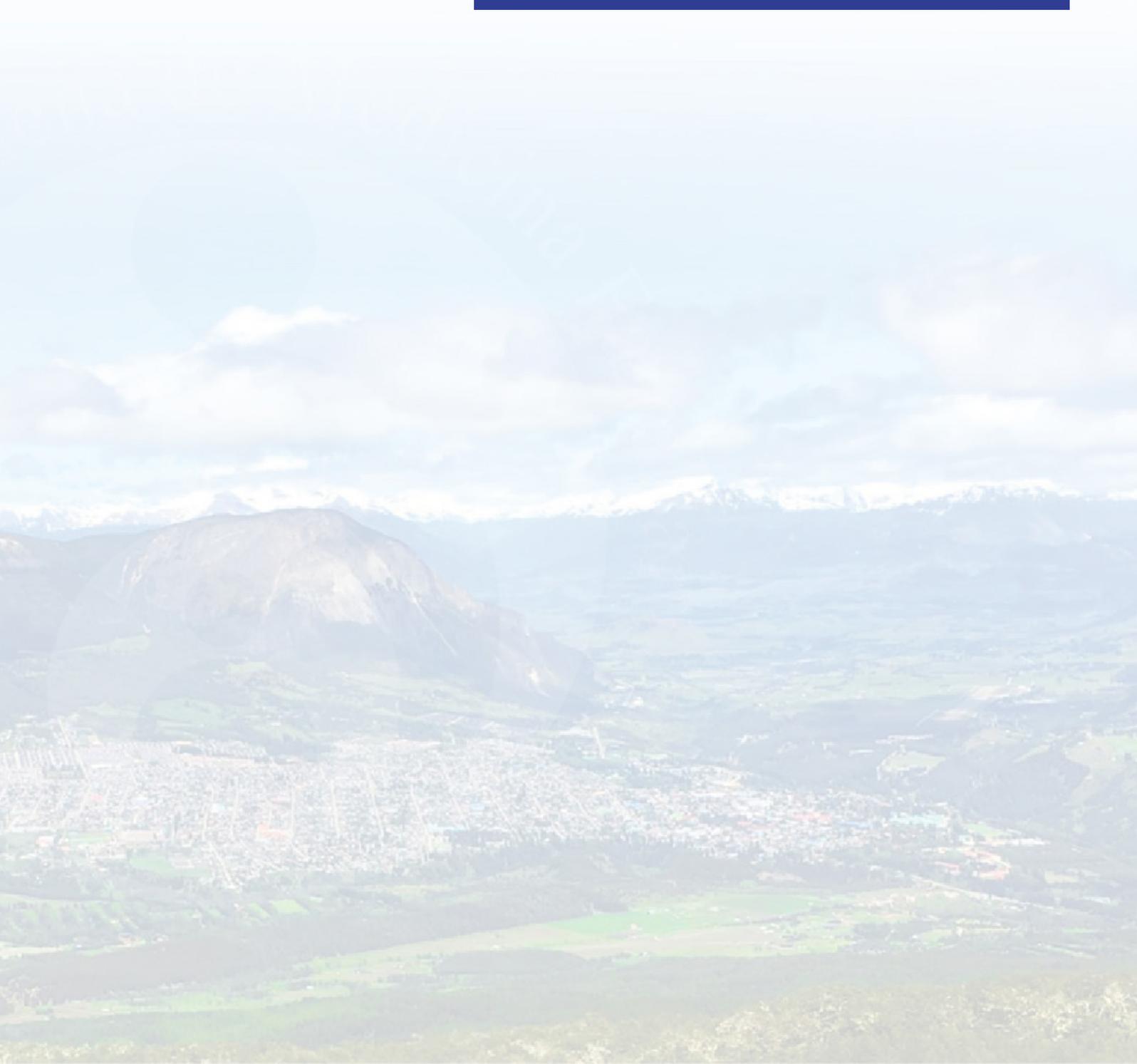
En consideración de las determinantes sociales presentes en el territorio, bajo nivel socioeconómico, mala conectividad consideramos dificultades en la escucha del podcast en casa por lo que planteamos que en las horas de consejo de curso de cada nivel escuchen los capítulos junto a su profesor jefe. Posterior a la escucha de cada curso, se aplicó también una encuesta cualitativa para que expresaran su opinión sobre la importancia de hablar de salud mental y además obtener temas generativos para próximos capítulos.

Conclusiones:

- La Escuela de Boyeco significó la puerta de entrada para el equipo de salud al trabajo con la comunidad escolar y es el inicio de lo que debe ser un esfuerzo constante que se proyecte en el tiempo.
- Debemos generar espacios de acercamiento a la comunidad que permitan su participación en relación con las problemáticas que involucran su salud permitiendo además la construcción de un nexo entre la salud como institución y las personas.
- La realización del podcast constituye una oportunidad para la participación de los niños, niñas y adolescentes de la Escuela de Boyeco como protagonistas de su salud.
- La obtención de resultados a mayor escala y el impacto en la epidemiología local requiere que estas acciones se mantengan en el tiempo y se extiendan también hacia otras escuelas del territorio, para esto es necesario la participación de más miembros del equipo y sistematizar la actividad como parte del programa de salud mental y crear indicadores que permitan evaluar el impacto a largo plazo.

Financing: Proyecto sin financiación

PREMIOS EN CATEGORÍA INVESTIGACIÓN



Área: Investigación

GANADOR PRIMER LUGAR, CATEGORÍA INVESTIGACIÓN
"ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN APOYO DIAGNÓSTICO NECESARIO Y POSIBLE."

Tatiana Josefina Pescio Andrade¹, Loreto Gonzalez Vega¹, Andrea Rioseco¹, Víctor Arancibia¹, Maria Jesus Garchitorea Marques¹, Klaus Puschel Illanes¹
(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Medicina Familiar, Medicina, Marcoleta 350, Santiago, Chile



Introducción:

La ecografía abdominal (EA) es muy usada en Atención Primaria de Salud (APS) internacionalmente. Con adecuada capacitación, médicos especialistas en APS logran buenos estándares de calidad.

En APS en Chile se usa para el diagnóstico de coledolitiasis, a través de compra de servicios o derivación a nivel 2dario, generando costos y listas de espera. Esto es relevante en nuestro país, donde el cáncer de vesícula biliar es la 3era causa de muerte en mujeres por tumores malignos.

Los CESFAM Áncora UC han realizado un programa de apoyo diagnóstico con ecografía realizada por médicos de familia (MF) en los mismos centros, lo que ha facilitado el acceso al examen y a datos epidemiológicos. Esta investigación espera objetivar los beneficios del programa en términos de mejoría al acceso, resolutiveidad y disminución de costos, y así contar con evidencia para abogar por extender esta práctica al resto de los CESFAM del país, incorporándose como parte del presupuesto de los centros y no como compra de servicios.

Objetivo general: Determinar si la implementación de EA realizada por MF en el mismo CESFAM optimiza la resolutiveidad de una patología prioritaria como la coledolitiasis, en comparación con el acceso por compra de servicios.

Objetivos específicos:

Describir el perfil demográfico, motivos de consulta (MC) y diagnósticos de los pacientes que se realizaron EA por MF del CESFAM UC Juan Pablo II (JPII) de La Pintana entre los años 2012 y 2019.

Comparar pacientes diagnosticados con coledolitiasis mediante EA realizada por MF en el CESFAM JPII vs pacientes de un CESFAM municipal (Pablo de Rokha, PDR) de la misma comuna diagnosticados mediante EA realizada por compra de servicios.

Materiales y métodos:

Se diseñó un estudio de cohorte retrospectiva con muestreo aleatorio simple de pacientes con diagnóstico de coledolitiasis del CESFAM intervención (JPII) y el CESFAM control (PDR). Se eligió este diseño por la facilidad de acceso a los datos, bajo costo, y permite estimar causalidad adecuadamente.

Se calculó una muestra estadísticamente significativa de 298 pacientes para cada rama, cuyas fichas serán revisadas para evaluar tiempos de espera desde la sospecha diagnóstica hasta la derivación al nivel secundario y realización de cirugía.

Los datos a rescatar son las fechas de: 1era consulta con indicación de EA, realización de EA, derivación a nivel secundario, 1era atención en nivel secundario y realización de cirugía. Además: realización de cirugía o no, establecimiento donde se realizó y si fue de urgencia o electiva.

La información será obtenida de:

Unidad de Gestión Informática (UGI) de la red Áncora UC

Fichas clínicas electrónicas locales

Ficha clínica integrada del SSMSO

Entrevista telefónica estandarizada a los pacientes

Resultados

Este estudio aún está en curso, se ha completado la 1era parte de descripción de los datos de pacientes del CESFAM JPII.

Se realizaron 2696 ecografías, los tipos fueron abdominal (72,4%), tiroidea (13,17%), de partes blandas (7,46%), vesico-prostática (5,42%) y testicular (1,56%). (Tabla 1)

Se hicieron 1952 EA, los 5 MC más frecuentes fueron dolor abdominal (47,9%), sospecha de coledolitiasis (12,09%), sospecha de nefrolitiasis (8,25%), sospecha de daño hepático crónico (4,92%), insuficiencia renal crónica (3,02%) y el estudio por baja de peso y/o masa abdominal (2,41%). En la muestra las mujeres son un 78,07% vs 21,93% de hombres. En ambos sexos el MC más frecuente fue el dolor abdominal. Se realizó un análisis por edad dividiéndose en 3 tramos: 15 a 34 (28,07%), 35 a 49 (22,6%) y ≥ 50 años (49,33%). El dolor abdominal y la sospecha de coledolitiasis fueron los MC más frecuentes en todos. (Tabla 2).

Los diagnósticos de las EA fueron esteatosis hepática (35,4%), coledolitiasis (18,7%), nefrolitiasis (3,84%) y daño hepático crónico (2,97%), pudiendo existir más de uno por cada una. El 34,48% de las ecografías resultó sin hallazgos patológicos. En la categoría "otros hallazgos" se agruparon diagnósticos con frecuencias menores a 2,9%, sumando 17,62% del total. Al analizar por sexo, el único diagnóstico más frecuente en hombres que mujeres fue el daño hepático crónico (60,34% vs 39,66%) (Tabla 3).

Conclusiones

La EA es el tipo de ecografía más realizada a pacientes del CESFAM JPII, accediendo a ella mayor cantidad de mujeres que de hombres, siendo la mitad de la muestra ≥ 50 años.

Los MC más frecuentes de solicitud de EA son dolor abdominal y sospecha de coledolitiasis en todas las edades.

El diagnóstico ecográfico más frecuente fue esteatosis hepática, seguido de coledolitiasis.

Anexos

<https://docs.google.com/document/d/1KNteKH03uI9r0bmtVmH-aOnJI2sO82vl/edit?usp=sharing&ouid=115498425572988042996&rtfpof=true&sd=true>

Financing: Sin conflicto de interés. Fondo concursable para apoyo a la investigación (Postgrado PUC)

Área: Investigación

GANADOR SEGUNDO LUGAR, CATEGORÍA INVESTIGACIÓN
"¿ENTENDEMOS LO MISMO? PREPARACIÓN PARA LA MUERTE DESDE LA MIRADA DE CUIDADORAS Y EQUIPOS DE APS"



Kurt Kirsten Toro¹, Gabriela Huepe¹, Jame Rebolledo¹, Verónica Aliaga¹, Julia Acuña¹, Luz Bascuñan¹
 (1) Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Independencia, Chile.

INTRODUCCIÓN: La consciencia del proceso de muerte es esencial para las experiencias al final de la vida tanto para la familia, las cuidadoras y las personas mayores (PM). Aun cuando muchas cuidadoras ejercen este rol por años, con frecuencia reportan la muerte de la persona cuidada como algo inesperado y dicen no sentirse preparadas para enfrentar este proceso. El concepto de preparación para la muerte de las cuidadoras, pese a ser reconocido como un componente integral de cuidados en fin de vida de calidad, solo ha empezado a ser conceptualizado con mayor precisión recientemente. Promover la preparación para la muerte podría mitigar el impacto negativo en la salud de las cuidadoras y fomentar prácticas de cuidado más humanizadas. **OBJETIVO:** Analizar los significados y prácticas respecto de la preparación para la muerte de las cuidadoras de PM en etapas de fin de vida y de equipos de salud de la atención primaria (APS) de la Región Metropolitana (RM) en Chile. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó una investigación cualitativa sustentada en la perspectiva de la teoría del interaccionismo simbólico. Se utilizó un muestreo intencional en base a 16 grupos focales con 35 cuidadoras y 45 trabajadoras de salud, utilizando pautas semiestructuradas y en 8 comunas de la RM de diferente índice de prioridad social (IPS). Los datos se analizaron mediante análisis cualitativo de contenido y triangulación de actrices y de investigadoras. **RESULTADOS:** Los resultados se agrupan según significados y prácticas para equipos de salud y cuidadoras. Respecto a los significados para la preparación para la muerte para ambos grupos se identifican 6 temas principales: **1-Límites y dificultades:** A diferencia de los equipos, las cuidadoras contemplan mayores posibilidades de preparación. Lo inesperado de la muerte limita las posibilidades de preparación, para otras su condición de inevitabilidad permite estar tranquilas. "(...) me preparé mucho para eso, porque yo dije tarde o temprano va a llegar" (J, cuidadora). **2-Naturalización de la muerte:** Ambos grupos consideran la muerte como algo natural, sin embargo, las cuidadoras reconocen ciertas dificultades. "Uno habla de la muerte como algo totalmente natural, pero (...) cuando tú sabes que alguien que tú amas se va a morir las situaciones cambian" (J, cuidadora). **3-Aspectos emocionales:** Equipos y cuidadoras coinciden en que la preparación no implica una ausencia de dolor emocional. Además, refieren sentimientos de paz y trascendencia. "(...) no es ausencia de dolor, no es ausencia de sufrimiento, no es ausencia de duelo (...)" (G, psicólogo). **4-Aspectos interpersonales:** Se identifican significados vinculados a no dejar temas pendientes, expresión afectiva y compañía de familiares. "(...) la gente que muere tranquila, (...) es la que logra tener relaciones sociales más sanas con sus pares, que dejó círculos cerrados (I, kinesiólogo). **5-Aspectos prácticos:** Hay coincidencia en preparar aspectos formales y funerarios, no obstante, hay énfasis diferentes. "(...) era que tuviera una muerte, no solamente digna, sino también sin sobresaltos (económicos)" (C, cuidadora). **6-Autonomía:** Con algunas diferencias, ambos grupos consideran la participación de las PM en las decisiones de fin de vida. "Ella me pedía, máteme por favor, que yo la matara porque era tanto el sufrimiento, se estaba pudriendo en vida" (G, cuidador). Con relación a las prácticas, se identifican para ambos grupos 4 temas principales. **1-Significado de los cuidados:** Hay coincidencia entre los grupos en la elaboración del cómo entender los cuidados de manera satisfactoria "(...) una de las formas de prepararme fue dándole todo lo que yo pude, en todo sentido" (J, cuidadora). **2- Búsqueda de apoyos:** Se reconoce la necesidad de diferentes apoyos. Cuidadoras se centran en apoyo psicológico, familiar e información pronóstica. "vino un médico (...) nos dijo todos los pasos a seguir. Nosotros lo hicimos, porque nos dio fecha probable (...)" (M, cuidadora). **3- Conversar en torno a la muerte:** El grupo de cuidadoras se centra en conversaciones con la persona cuidada, mientras que los equipos se centran en conversaciones con las cuidadoras "¡ay que bueno que puso este tema!" (E, médica). **4-Aspectos prácticos. CONCLUSIONES:** En general, hay coincidencia en los temas identificados. Sin embargo, existen algunas diferencias. En comparación con las cuidadoras, las profesionales tienen mayor escepticismo respecto a las posibilidades de preparación para la muerte. Se aprecian algunos énfasis distintos respecto a las conversaciones que serían necesarias, la consideración de la autonomía de las PM, los apoyos, entre otros. Algunas de estas distinciones podrían ser significativas para la práctica clínica, por ejemplo, promoviendo en los equipos, mayores expectativas en sus intervenciones orientadas a la preparación para la muerte o entregando información pronóstica oportuna y clara.

Financing: Investigación financiada en el marco del Proyecto FONIS SA20I0130.

Área: Investigación

**GANADOR TERCER LUGAR, CATEGORÍA INVESTIGACIÓN
"HÁBITOS DE CONSUMO DE NOTICIAS DE MÉDICOS FAMILIARES Y RESIDENTES DE MEDICINA
FAMILIAR EN CHILE"**



Isabel Eugenia Mora Melanchthon¹, Jorge Alejandro López Gálvez²

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Medicina Familiar

(2) Universidad San Sebastián, Departamento de Atención Primaria, Facultad de Medicina y Ciencia, Puerto Montt

Introducción

Los medios de comunicación son considerados agentes de salud ya que son utilizados para la búsqueda de información y la toma de decisiones por parte de los pacientes y familias.

La relación entre los medios de comunicación y el mundo científico-médico se ha ido fortaleciendo progresivamente. Si bien es entendible que los científicos en general quieran comunicar sus hallazgos y avances, es igualmente importante que escuchen las necesidades de las diversas comunidades para alinear la ciencia con la sociedad en su conjunto. En situaciones de emergencia sanitaria como las de la pandemia por COVID-19, al personal de salud, y en especial a los médicos, se les adjudica el rol de informar y educar, pero también orientar a la población general contra falsos mensajes o *fake news*. Esto solo es posible si el profesional sanitario está en sintonía con la información a la que están expuestos los usuarios del sistema de salud diariamente.

Hasta lo que sabemos, no existen datos sobre cuánto ni cómo se informan habitualmente los médicos en Chile respecto a lo que está sucediendo en temas de salud ni a través de qué medios ellos mantienen contacto con la información general que reciben los usuarios.

Objetivos

Describir el hábito de consumo de noticias por parte de los médicos familiares y residentes de medicina familiar que trabajan en Chile.

Materiales y métodos

Como parte de la investigación en curso *Percepciones de médicos de familia y residentes de medicina familiar en Chile respecto a su participación en medios de comunicación masiva*, se realizó una encuesta electrónica especialmente diseñada para la etapa cuantitativa del estudio, con un muestreo no probabilístico consecutivo, la cual fue contestada por los médicos familiares y por los residentes de medicina familiar que trabajan en nuestro país, y que libremente accedieron a participar en el estudio, previo consentimiento informado.

Si bien la encuesta completa constaba de 25 preguntas, las respuestas obtenidas específicamente de las preguntas 10 y 11 constituyen el sub-producto de datos que describen el hábito de consumo de noticias.

El análisis de datos se realizó con el programa R, con una confiabilidad del 95% y un error de 5%.

Resultados

La encuesta se llevó a cabo vía electrónica entre el 11 y el 24 de septiembre de 2021. Se obtuvieron 301 respuestas en total, lo cual superaba el N muestral necesario calculado (280). En la caracterización general de los participantes destaca que la mayoría eran mujeres (69%), tenían entre 31 y 40 años (46,84%), trabajaban 44 horas/semana y más (47,8%), y residían preferentemente en la región Metropolitana (48,5%). Aproximadamente un tercio de la muestra (35,2%) correspondió a residentes de Medicina Familiar.

A los participantes se les solicitó indicar su acuerdo con 6 aseveraciones con relación al uso de medios de comunicación. Sobre el 90% manifestó interés en informarse respecto a lo que acontece en Chile y el mundo; sin embargo, sólo un 41% refiere contar con tiempo suficiente para mantenerse informado. El contexto del estallido social implicó que un 56% de los encuestados aumentara su consumo de noticias, mientras que el contexto de la pandemia COVID-19 implicó un aumento para el 73% de ellos.

Al consultar frente a las fuentes de información en relación a temas de salud, se observó que las tres principales fuentes de información fueron: redes sociales (66,1%), medios institucionales nacionales o internacionales (72,4%) y portales de noticias en línea (63,1%).

En un rango intermedio se encontraron la televisión (43,8%), servicios de mensajería (41,2%), correo electrónico (50,1%), bases de datos o revistas de carácter médico/científico (42,5%), y colegas en el lugar de trabajo (53,1%).

En un porcentaje menor se encontraron medios tradicionales como la radio (29,2%), prensa escrita (25,9%), boletines (36,5%), o por medio de familiares o amistades (19,2%).

Conclusiones

Hasta el momento, este es el primer estudio formal que mide los hábitos de consumo de noticias en los médicos de familia y residentes de la especialidad.

Los participantes manifestaron un alto interés por informarse respecto a la actualidad a nivel nacional e internacional, pero menos de la mitad realmente refiere contar con tiempo suficiente para ello. Lo anterior se relaciona con que cerca de la mitad de los encuestados refiere una jornada laboral mayor a 44 horas semanales.

El contexto social y sanitario también generó un impacto en los hábitos de consumo de noticias, siendo en particular la pandemia COVID-19 un gatillante para una mayor utilización de medios de comunicación masivos.

El análisis de los medios de comunicación preferentemente utilizados por los participantes da cuenta de un predominio de uso de redes sociales y portales de noticias y fuentes institucionales, por sobre medios tradicionales como televisión, radio o prensa escrita.

Financing: Proyecto realizado con fondos asignados en Primera Jornada de Investigación SOCHIMEF, 2021

EXPERIENCIA

Área: Experiencia

SISTEMATIZACIÓN INGRESOS DE SALUD MENTAL CASA MEMORIA, NOVIEMBRE 2021- FEBRERO 2022

SOLEDAD DEL CARMEN BUSTOS ARAVENA¹, Kenia Lopez²

(1) Universidad de Valparaíso, Humanidades, Medicina Familiar, Casona Jackson 315, Viña del Mar, Chile

(2) Universidad de Valparaíso, Humanidades, Medicina Familiar, Casona Jackson 315, Viña del Mar, Chile

Antecedentes

El Programa de Salud Mental que se desarrolla en Cesfam Marcelo Mena en la comuna de Valparaíso, se orienta hacia la atención integral de salud, en el contexto del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, a través de todo el ciclo vital y en coordinación con cada punto de la red. En tiempos de pandemia Covid 19, durante los años 2020-2021; las personas, familias y comunidades han atravesado distintas crisis normativas y no normativas (entre ellas la pandemia) con episodios de incertidumbre y confinamiento, lo que se ha traducido en incremento de la demanda de ingresos de salud mental en este centro de salud, generando aumentos en las listas de espera debido a la insuficiencia de box disponibles para realizar tales ingresos e incrementando de este modo la insatisfacción usuaria, en desmedro de la calidad de vida de las personas. En este contexto surgió la necesidad de disponer de otros espacios para otorgar acceso a prestaciones de salud mental; por lo que se gestionó, desde una iniciativa conjunta entre los integrantes de la comunidad, el intersector y el equipo de salud, habilitar estos espacios insertos en la propia comunidad y de este modo dar respuesta a las necesidades de salud de las personas seleccionando el centro cultural Casa Memoria para tal efecto.

Objetivos Sistematización.

- Comprender profundamente la experiencia
- Reflexionar acerca de los aciertos y desaciertos de esta, sus causas y modos de superarlas.
- Producir conocimiento nuevo contrastando la práctica con la teoría.
- Evaluar la replicabilidad con pertinencia.

Desarrollo

Los médico residentes de medicina familiar Kenia López y Soledad Bustos en conjunto con la psicóloga del centro de Salud Marcelo Mena, trabajaron en duplas realizando los ingresos de salud mental en Casa Memoria y durante las atenciones realizaron preguntas abiertas e indagaron en antecedentes biomédicos, psicosociales y familiares, considerando los recursos que cada persona expresó desde lo individual y familiar en apoyo a su salud. Posteriormente se llevó a cabo el proceso de sistematización cuyos ejes fueron los principios de "Integralidad en la Atención" y "Centrado en las Personas" del Modelo de Integral de Salud Familiar y Comunitario. Los procedimientos que se realizaron para llevarla a cabo fueron realizar entrevistas en quienes participaron directamente de la experiencia y revisión de fichas clínicas electrónicas avis de las personas ingresadas.

Conclusiones

En relación al principio de "Centrado en las personas", disponer de un espacio acogedor en Casa Memoria; sumado a las habilidades de la comunicación como la escucha activa, el respeto y la empatía facilitaron el vínculo, lo que mejoró la satisfacción de los usuarios y permitió indagar en los recursos de las personas ingresadas quienes, durante los ingresos resignificaron su concepto de salud. Además se favoreció el acceso a estas prestaciones recogiendo esta necesidad desde la propia comunidad. Para desarrollar de mejor manera el principio "centrado en las personas", es fundamental que las personas participen en todo el proceso de las experiencias. Desde el principio de integralidad se indagaron variables biosociales, espirituales y familiares relacionadas con la salud de las personas y con los síntomas de salud mental mediante escucha activa, respeto y contención, de manera interdisciplinaria. Las intervenciones se centraron en visibilizar los recursos de apoyo a la salud que fueron relatando las propias personas como por ejemplo los vínculos afectivos, la familia, la música, actividad física, jardinería, técnicas mindfulness con el objetivo de que los identificaran y utilizaran en apoyo a su salud. Aun existen personas que perciben su salud sólo desde la enfermedad y de intervenciones biomédicas, lo que nos evidencia que nosotros como equipo de salud debemos favorecer el tránsito desde el modelo biomédico hacia el modelo integral de salud en la comunidad. La experiencia permitió ampliar las intervenciones construyéndose en conjunto con las personas y consensuándolas. Existen brechas importantes identificadas en el centro de salud en relación a la continuidad en las atenciones. Para mejorar la experiencia y replicarla es necesario hacer partícipe a la comunidad de todo el proceso de la experiencia, realizar capacitación a todo el equipo de trabajo en diversas temáticas como la integralidad en las atenciones y las habilidades de la comunicación además de iniciar gestiones con la comunidad como protagonista para posibilitar la continuidad en las atenciones. En esta sistematización se lograron todos los objetivos planteados y descritos anteriormente logrando conocer la experiencia en profundidad, identificando aciertos y dificultades, incorporando conocimiento nuevo, contrastando la práctica con la teoría y evaluando la replicabilidad de esta con pertinencia.

Financing: Residentes de Medicina Familiar de Universidad de Valparaíso

Área: Experiencia

EFFECTO ACTIVIDAD FÍSICA SOBRE PERCEPCIÓN BIENESTAR GRUPOS LAS VALIENTES Y ARMONÍA, AÑOS 2021-2022

Alfonsina Carrasco Del Mauro¹, Sthefany Pallero¹

(1) Universidad de Concepción, Medicina Familiar, Medicina, Concepción, Concepción, Chile

ANTECEDENTES: Durante el proceso de inserción, como residentes de Medicina Familiar, en los distintos CESFAM de la 8va y 16va región y agrupaciones comunitarias, **Villa Las Tranqueras de Los Ángeles y Volcanes 3 de Chillán**, en contexto de pandemia COVID 19, fue posible conocer diversas realidades socio culturales con problemáticas similares. Durante el proceso de trabajo comunitario, llama la atención el fenómeno de necesidad de perpetuar la interacción social y la asociatividad en sus miembros. Al vivenciar esta realidad, nació el interés de indagar y comprender el fenómeno, del por qué en estas comunidades, existe el rédito de asociarse personas de distintos grupos etarios, cursando ciclos vitales individuales-familiares muy diversos, pero con un objetivo en común, a pesar de la adversidad.

OBJETIVO GENERAL: Conocer la percepción de bienestar en salud, relacionada con la actividad física en usuarias participantes de los grupos Armonía de la Población Volcanes 3 de Chillán y Las Valientes de Villa Las Tranqueras de Los Angeles, entre los años 2021-2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICO: Conocer los significados que le atribuyen a la actividad física en sus vidas, las usuarias participantes de ambas agrupaciones, entre los años 2021-2022.

Identificar los principales beneficios en la salud mental y bienestar general de la actividad física, percibidos por las usuarias participantes de ambas agrupaciones, entre los años 2021-2022.

DESARROLLO: En relación a lo anterior, es de interés conocer, comprender, colaborar y difundir las experiencias vividas en ambos territorios de comunas distantes, ya que, a pesar de las diferencias geográficas, generacionales y temporales, se está produciendo un fenómeno similar en ambos sectores que está relacionado al efecto de la actividad física en la salud mental de nuestros usuarios, capacidad de autogestión y capital social. Lo cual ejemplifica a cabalidad la importancia de potenciar las actividades promotoras en salud, tal como es descrito en numerosos estudios a nivel mundial, y hacia lo que apuntan las nuevas políticas en salud en boga en Chile. Tras llevar a cabo un reconocimiento de ambas comunidades, trabajando en conjunto a ellas en base a la mnemotecnía FINER y llevando a cabo un levantamiento de necesidades de ambos territorios de Villa Las Tranqueras y Volcanes 3, surge como propuesta desde los usuarios, realizar talleres de actividad física, como una estrategia para abordar el problema detectado, utilizando los recursos físicos existentes en la comunidad.

Los usuarios gestionaron el acceso a sedes vecinales y posteriormente, fue posible solicitar apoyo a redes intersectoriales. Es en este proceso que identificamos la importancia de dar a conocer a la comunidad, autoridades y usuarios, el proceso antes descrito, y apoyar en el crecimiento de ambas estrategias y comprender el fenómeno para utilizarlo como activo en salud. Además de responder la interrogante ¿Cuál es la percepción de bienestar en salud relacionada con la actividad física en usuarias participantes de los grupos Armonía de la Población Volcanes 3 de Chillán y Las Valientes de Villa Las Tranqueras de Los Ángeles, durante los años 2021-2022?

Para buscar respuesta a esta pregunta se aplicaron los cuestionarios Goldberg y FANTÁSTICO, en formato Google forms, como una forma de explorar la salud mental, estilos de vida, recursos/activos disponibles en los participantes de ambas agrupaciones. El FANTÁSTICO, además permitió reconocer temas de interés para la comunidad para ser abordados mediante talleres EPA con el equipo de ambos CESFAM, las residentes de Medicina Familiar y el programa VIDA SANA.

RESULTADOS y CONCLUSIONES: Durante todo el proceso de trabajo comunitario se ha potenciado el capital social propio de ambas comunidades, el liderazgo, la capacidad de autogestionar recursos, sentido de pertenencia con la comunidad, capacidad de establecer movimientos sociales en pro del bienestar de otros miembros, incentivar a nuevos participantes en las actividades de ambos grupos, formalizar personalidad jurídica y postular a proyectos que vayan en directo beneficio comunitario. Además de establecer vínculos con estas comunidades facilitando la alfabetización en salud con sentido y que el personal de salud sea considerado como una red de apoyo, favoreciendo la implementación de los 3 ejes claves del MAIS. La realización de este trabajo ha permitido comprender los determinantes en salud, ampliando la mirada, rompiendo paradigmas, y ha sido una experiencia en la cual, se han generado aprendizajes de tercer orden para todos los que hemos participado de una u otra forma en la permanencia de este fenómeno, generando un cambio estructural en el concepto de "hacer salud".

Área: Experiencia

INTERVENCIÓN COMUNITARIA, CESFAM LAS ÁNIMAS, VALDIVIA: “DEL CUERPO A NUESTRO CORAZÓN”

HELGA PAULINA DROGUETT KEIM¹

(1) Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Antecedentes: El CESFAM Las Ánimas de Valdivia, está conformado por 3 sectores urbanos, 1 CECOSF y 4 postas rurales. Con motivo de la especialidad Medicina Familiar Comunitaria, me incorporo al sector 3 de dicho centro desde el 2020. La intención es trabajar mayoritariamente con las familias de la población Carlos Acharán Arce, con el objetivo de realizar un diagnóstico de su situación de salud y una intervención comunitaria con pertinencia. En relación a los indicadores demográficos para la población en estudio, destaca que el índice de dependencia en personas de 65 años y más, es mayor que la realidad comunal al igual que la tasa de envejecimiento. En dicho contexto y a raíz de la pandemia, se decide enfocar la intervención en un subgrupo de la población, que de cierta forma represente una realidad importante. En esta línea, destaca la gran cantidad de pacientes con algún grado de dependencia pertenecientes a la población de estudio, por lo que se decide trabajar con los cuidadores(as) de dichos pacientes. Para identificar a los cuidadores(as), en contexto pandemia, se incluyeron en primer lugar a los cuidadores(as) principales de pacientes pertenecientes al programa de atención en domicilio. Posterior a ello, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, identificando a personas cuidadoras en consultas de salud presencial o visitas en domicilio, además vía atención telemática realizada. El muestreo en bola de nieve, también fue una técnica utilizada. La metodología de investigación para realizar diagnóstico del grupo incluyó metodología cualitativa y cuantitativa. Por medio de los datos facilitados en la planilla de pacientes del programa de atención en domicilio, además de los datos obtenidos de ficha clínica electrónica Rayén y una entrevista semiestructurada presencial o remota, realizada en forma individual por el contexto sanitario, se obtuvieron datos importantes, para la realización de un diagnóstico de la situación. En base a los datos obtenidos, se concluye que una de las problemáticas que existe en el sector y que puede incidir en su calidad de vida es que existen escasas instancias de participación social que promuevan el bienestar de los cuidadores(as) principales de pacientes dependientes de la población. **Objetivo General:** Facilitar instancias de participación social para promover el bienestar de los cuidadores(as) de pacientes con algún tipo de dependencia **Objetivos Específicos:** Generar espacios de participación entre los cuidadores(as) para promover vínculos entre ellos-Propiciar instancias de participación entre ellas que promuevan estilos de vida saludables-Entregar herramientas que faciliten la participación social autónoma y sostenida. **Desarrollo:** En relación al grupo inicial de cuidadores(as), existe un perfil característico. Todas ellas son mujeres, con un promedio de edad de 60 años, que conviven con el familiar dependiente. En general dueñas de casas que perciben escaso apoyo tanto familiar como social y dedican la mayor parte del tiempo a las labores de cuidado. En general no solicitan ayuda a redes primarias, pudiendo explicarse por la reproducción acrítica del rol tradicional ligado al cuidado. La mayor parte cuenta con multimorbilidad crónica de riesgo cardiovascular, así como malnutrición por exceso y sedentarismo. La mayoría tiene sólo con estudios básicos. Se decide conformar un grupo comunitario de apoyo y autocuidado, formado por el grupo inicial de cuidadoras. Se plantea la realización de talleres que tributen a los objetivos propuestos. En ese contexto, se coordina la posibilidad de realización de éstos en la capilla de la población, que fue proporcionada por una vecina del sector, bajo la autorización de la comunidad parroquial. Se realizaron talleres de 3 horas de duración, semanales, durante 5 meses, enfocados a prácticas de mindfulness, salida a un huerto comunitario, talleres de manualidades y talleres de estilos de vida saludables. Estos talleres fueron realizados bajo el apoyo de otros funcionarios, además del apoyo de la comunidad organizada. A todas se les aplicó al inicio y al final de la intervención el cuestionario de Duke-UNC, herramienta validada para medir el apoyo social pre y post intervención en cuidadores informales en forma anónima. **Conclusiones:** Al comparar los cambios que se han producido en la percepción de apoyo social de las integrantes del grupo, medida a través del cuestionario, cabe destacar que el 100% de las encuestadas mejoraron su puntuación total. Los puntos de mayor relevancia y cambio tienen relación con la posibilidad de hablar con alguien de problemas personales y familiares, además de recibir invitaciones para distraerse y salir con otras personas. Hasta ahora, los objetivos se han cumplido, sin embargo, este grupo de trabajo continúa de forma sostenida, lo que puede permitir medir su impacto a largo plazo.

Área: Experiencia

PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR MENCIÓN PERSONA MAYOR UANDES

Andres Glasinovic Peña¹, Felipe Oyarzún¹, Carolina Gonzalez¹, carmen gloria christoph¹, camila paiva¹

(1) Universidad de Los Andes, Medicina Familiar y APS, Medicina, monseñor alvaro del portillo 12455, Santiago, Chile

Antecedentes: Según el INE, el año 2019 la población mayor de 65 años representaba el 11,9% de la población y se estima que para el 2035, este grupo etario llegará al 18.9%, por lo cual nos encontramos ante una demanda creciente de personas mayores que necesitarán un médico con competencias en los problemas frecuentes propios de esta edad. Según cifras de la OCDE, en nuestro país existen 0,2 médicos de atención primaria (APS) y 1,6 médicos especialistas, por cada 1000 habitantes. Según el estudio de Brechas de médicos y odontólogos en el Sector Público de Salud para el periodo 2020-2030, existe una brecha de 886 médicos de familia en Chile y para el año 2030, si no se abren nuevos programas de formación, se estima que esta diferencia podría aumentar a 1.095 médicos familiares. Actualmente en Chile, sólo la Pontificia Universidad Católica de Chile cuenta con una mención clínica de adultos y la Universidad de Los Andes pasaría a ser el primer centro formador a nivel mundial en tener una mención clínica de persona mayor en esta especialidad.

Es en respuesta a esta necesidad que la Universidad de los Andes, en coherencia con su misión y política de vinculación con la sociedad, se suma al desafío de contribuir al fortalecimiento de la APS y crea el plan de formación de Medicina Familiar, mención persona mayor, entregando un especial énfasis clínico en este grupo etario en un contexto ambulatorio y domiciliario. En el contexto del envejecimiento poblacional acelerado que vive nuestro país, se espera entregar las herramientas para implementar una mejor atención, destacando en calidad, resolutividad y enfoque integral, tanto a nivel público como privado.

Objetivo: Planificar e implementar el programa de formación de especialista en medicina familiar mención persona mayor en la Universidad de Los Andes.

Desarrollo: Desde el año 2019, se comienza a trabajar en un programa de postgrado, en el cual además de considerar las áreas fundamentales de formación de un médico familiar según organizaciones internacionales como CAN Meds y WONCA, la definición de competencias mínimas para el especialista en medicina familiar realizado por el MINSAL y requisitos de la agencia acreditadora nacional CONACEM, se sumaron las competencias para una atención médica integral de postgrado en personas mayores en un contexto ambulatorio. Para lograr coherencia, calidad y viabilidad práctica de este nuevo programa formativo, fueron indispensables los roles tanto del equipo docente del departamento de medicina familiar y APS, como del consejo de escuela de postgrado, dirección de currículum, área de evaluación económica y otras áreas de apoyo docente, difusión y marketing.

Resultados y conclusiones: En primera instancia se diseña un perfil de egreso para luego crear una malla curricular acorde al logro de los resultados de aprendizaje. Se planificaron 3 meses de rotación clínica por la asignatura de geriatría y cuidados paliativos en un nivel secundario, 1 año del diplomado de atención médica del adulto mayor UANDES Eclass y 3 años de formación transversal con tutorías clínicas y rotaciones de una tarde semanal por los establecimientos de larga estadía de adultos mayores. Se conforma un equipo docente con una especial experiencia y formación en atención de personas mayores, incorporando no sólo médicos de familia, sino que también a una enfermera y una geriatra. Se realizaron convenios para ofrecer una formación en un centro de salud familiar base de una comuna con población envejecida, sumado a rotaciones de especialidad en un nivel secundario ambulatorio.

En el mes de Marzo del 2022, se publicó el perfil de egreso, la malla curricular y la oferta de cupos disponibles, ofreciendo 2 cupos autofinanciados y 1 cupo CONISS. El método de selección de los estudiantes fue regido según las reglas de postulación a especialidades médicas de la Universidad de Los Andes.

Entre Abril y Mayo del 2022 se seleccionan las 3 primeras residentes del programa dando inicio al programa de formación el 1 de Junio. A tres meses de implementado el programa, el comité docente del programa considera que los resultados han sido muy positivos, logrando cumplir con las rotaciones clínicas y espacios docentes previamente planificados. Por otro lado, las residentes en sus retroalimentaciones verbales destacan la gran experiencia con la cual se han llevado a cabo las rotaciones que han realizado hasta el momento y valoran positivamente el trabajo docente, con énfasis en reconocer y ajustar contenidos según experiencias previas de las estudiantes. En una encuesta virtual realizada a las 3 residentes, el índice de satisfacción neta del programa de formación es de un 100%.

Financing: sin financiamiento

Área: Experiencia

INCORPORACIÓN DE EMPAGLIFLOZINA EN ARSENAL FARMACOLÓGICO DE ATENCIÓN PRIMARIA SAN JOSÉ DE MAIPO.

Sebastian Gutierrez Farias¹, Nicolas Tobar Guiñez¹, Josefa Ramirez Requena¹, Ignacio Tellez Guzman¹

(1) Hospital San José de Maipo, Centro de Atención Primaria de Salud, Comercio 19856, San José de Maipo, Santiago, Chile

Antecedentes: Debido a la pandemia por SARS CoV-2 que inició en marzo del año 2020, se ha visto un aumento importante en la población diabética y/o con enfermedades cardiovasculares descompensadas. Esto se explica en parte por la disminución de controles de salud, mayor sedentarismo asociado a confinamiento, menor adherencia a dieta y fármacos. De esta forma, ha aumentado el riesgo cardiovascular de las personas, lo que ha llevado a replantear nuevas y mejores estrategias de tratamiento en nuestra atención primaria.

A nivel local, en el centro de atención primaria de salud (APS) del Hospital San José de Maipo, el último censo estadístico oficial (REM P 2022) destacaba la presencia de 309 personas con DM2 con 65 años o más. De ellos, 144 pacientes no lograban la meta de hemoglobina glicosilada, correspondiente a un 46%. Según registros locales del REM P 2019, este último indicador correspondía a un 31% de la población diabética sobre 65 años.

Actualmente, existen medicamentos que actúan en distintos ejes fisiológicos que participan en la fisiopatología de la diabetes mellitus. Entre estos, destacan los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (iDPP4), análogos de GLP 1 (aGLP1), inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y nuevas sulfonilureas.

Considerando los antecedentes planteados, es evidente que se requieren nuevas estrategias farmacológicas para enfrentar el desafío del manejo de un aumento en el número de pacientes diabéticos y descompensados, considerando que gran parte de estos son adultos mayores, y la opción de glibenclámina disponible actualmente, no es la recomendada por la evidencia ni expertos.

Objetivos: Contar con una nueva alternativa terapéutica para el control individualizado de adultos mayores diabéticos. Incorporación de un fármaco de la familia de los iSGLT2 (empagliflozina) al arsenal de la farmacia de APS del Hospital San José de Maipo que permita mejorar el control metabólico de adultos mayores diabéticos.

Desarrollo: El proceso de incorporación de una nueva estrategia terapéutica para la DM2 en el arsenal farmacológico del centro de atención primaria del Hospital San José de Maipo, inició con la confección de comité técnico conformado por médico encargado del programa cardiovascular, médica encargada del modelo de atención de salud centrada en las personas, nutricionista y enfermera. El comité técnico, seleccionó el fármaco empagliflozina de la familia de los iSGLT2. La empagliflozina es un medicamento que actúa bloqueando la reabsorción en los túbulos renales de la glucosa. Tiene como beneficio ser de fácil administración (vía oral) y con un buen perfil de adherencia al requerir de una toma diaria. Produce pocos efectos adversos y de escasa gravedad. Es muy bien tolerado por pacientes con educación previa indicación y es el más barato de esta familia disponible en Chile.

El día 4 de marzo 2021 se realizó la solicitud de incorporación de empagliflozina al arsenal farmacológico de la farmacia de APS a través de un formulario que detalla las indicaciones y la fundamentación técnica de respaldo. Esto, se realizó a través de una presentación vía zoom. Se definieron criterios de ingreso y de exclusión a este plan piloto:

- Paciente adulto mayor (desde los 65 años) con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II confirmado, más uno o más de los siguientes criterios:

1. Insuficiencia cardíaca y/o Enfermedad Cardiovascular establecida (ateroesclerótica).

2. Enfermedad renal crónica por nefropatía diabética con velocidad de filtración renal mayor a 45 ml/min (en más de una toma en distintos días).

3. Antecedentes de hipoglucemias confirmadas y que no logra compensación metabólica según hemoglobina glicosilada, pese a uso de metformina y/o insulina.

Se definió iniciar terapia con Empagliflozina 25 mg a 33 pacientes con prescripción de 0.5 comprimido al día vía oral; terapia crónica, por 6 a 12 meses.

Resultados: En el primer seguimiento que varió entre los 3 a 6 meses de uso de Empagliflozina un 52% de los pacientes evidenció un descenso de su HbA1c, un 1 % empeoró su control metabólico evidenciado con aumento de la HbA1c y el 47% restante no acudió a control en el período correspondiente.

Si bien se debe mejorar el flujo para asegurar el control de pacientes de este plan piloto, ante los buenos resultados iniciales, se está discutiendo la posibilidad de ampliar el stock, para poder ampliar los grupos susceptibles de esta terapia. Esta experiencia, ha permitido cohesionar al equipo de trabajo y por primera vez se logró generar un trabajo colaborativo con la Química Farmacéutica. Sumado a los beneficios para el equipo, ya se ha evidenciado un impacto en mejorar el control metabólico de adultos mayores diabéticos. Se requerirá más tiempo de seguimiento y aumentar la población bajo control, para evaluar otros resultados y disminución de morbi-mortalidad local.

Financing: Experiencia documentada sin financiamiento

Área: Experiencia

TE-CITO EN FAMILIA, EL PODCAST EDUCATIVO COMO ESTRATEGIA INNOVADORA EN SALUD FAMILIAR

Victoria Carolina Henríquez Muñoz², Andrea Mirta Chodiman Pailahueque¹, Daniela Soledad Iturriaga Figueroa Iturriaga Figueroa¹, Ignacio Daniel Palma Pantoja¹, Josue Rodriguez¹, Andrea Catalina Soto Aguirre Soto Aguirre¹, Alejandra Carolina Acuña Ramirez¹, Milvia Eloisa Lopez Romero¹, Rolando Fabio Bahamondes Rojas¹, Alejandra Isabel Soto Rivera¹, MELIPIIL CATRIAN YISSEL VANNESA MELIPIIL CATRIAN¹, Gonzalo Ignacio Soto Neira¹, Laura Victoria Zambrano Peralta¹

(1) Universidad de la Frontera, Departamento de Especialidades Medicas, Facultad de Medicina, Avenida Francisco Salazar 01145, Temuco, Chile

(2) Universidad de la Frontera, Departamento de Especialidades Medicas, Unidad de Salud Familiar, Medicia, Avenida Francisco Salazar 01145, Temuco, Chile

INTRODUCCIÓN - PROBLEMA/ *introduction*

Con el advenimiento de la pandemia, la limitación de la movilidad, el distanciamiento social implementada como respuesta a la crisis sanitaria, se suspendieron, en gran medida, todas aquellas actividades que requieren del contacto presencial, en diversos espacios, tanto en centros de salud, educacionales, sociales y comunitarios en general.

En respuesta a ello, y en diferentes escenarios las personas, personal de salud, estudiantes y docentes requerimos adaptarnos y se generó como respuesta la utilización de nuevas tecnologías de la información. las cuales fueron cruciales al momento de mantener la comunicación, redes, apoyo social y humano en momentos de distancia y lejanía física.

OBJETIVOS - PROBLEMATIZACIÓN/ *objectives*

Generales: Implementar estrategias de aprendizaje innovadoras, potenciando el trabajo comunitario, difusión y participación. en temática referente a salud familiar y salud mental

Específicos:

- Contar con un canal de difusión de contenidos en salud familiar generado por los estudiantes y académicos de la especialidad de medicina familiar de la universidad de la frontera,
- General vínculos con la comunidad, logrando participación en la selección de temáticas y contenido a publicar en las ediciones del podcast.
- Entregar conocimientos, herramientas y estrategias a la comunidad con temáticas referentes a sus autocuidados en salud.
- Generar la adquisición de aprendizaje significativo de manera vivencial a través de la investigación, producción de material y participación de espacio de podcast,

METODOLOGÍA - APROXIMACIÓN/ *METHODOLOGY*

Posterior a la propuesta de trabajo se generó reunión de coordinación con grupo de residentes de salud mental donde se realizó una lluvia de ideas con respecto a temáticas a tratar en el podcast, metodología de trabajo, número de participantes, esquema de capítulos. Además, se trabajó en conjunto en el nombre de dicho espacio, imagen que se quería entregar a la comunidad y plataformas en las que se daría a conocer dicho material.

Los residentes realizaron una selección de 6 temas en salud mental atinentes a problemáticas planteadas y detectadas dentro de los equipos de salud y comunidades a través de lluvia de ideas, cada uno de los temas estuvo cargo de una dupla, pudiendo invitarse a episodios a expertos en temática conversada, agentes comunitarios, dirigentes sociales etc. realizando un espacio de 25-30 minutos de programa.

RESULTADOS - OBSERVACIONES/ *RESULTS*

El día 1 de junio se subieron a plataforma "anchor" 1 promocional y 6 episodios de "te cito en familia". los cuales están disponibles en la plataforma de spotify a través del enlace <https://open.spotify.com/show/3dUNKsrV95Q1fwLtUJiBR5?si=7d86b7d879d1431f> desde ese momento hasta el día 30 de agosto ha recibido 301 reproducciones, con una audiencia aproximada de 27 usuarios. teniendo cada uno de los episodios un promedio de 45-50 reproducciones. los temas abordados fueron Trastornos de Conducta Alimentaria, Ansiedad, pandemia y juventudes; Soledad no deseada en adultos mayores; Estigmas en salud mental ; La violencia; Acosos Escolar. Dentro de los episodios participaron como invitados médicos psiquiatras infantiles, médico psiquiatra adulto, profesores y asistentes de la educación, , dirigentes sociales y actores de la comunidad organizada,.

Al analizar la actividad podemos además concluir que entre los residentes se generó un espíritu colaborativo en la elaboración de dicho espacio. Una dupla de residentes implementó un podcast en conjunto con un establecimiento educacional del área de influencia de su cesfam con la participación activa de estudiantes y docentes en temas de salud.

Dicho espacio está abierto a la posibilidad de generar nuevos contenidos y generar un espacio de difusión de la especialidad y las áreas de intervención de ella. así como de la posibilidad de generar espacio para la participación en la comunidad y el empoderamiento en autocuidados en salud.

conclusiones - lecciones aprendidas/ *conclusiones*

la realización de un podcast con temática en salud familiar, de interés para la comunidad nos da la posibilidad de acceder a un nuevo público, a mejorar la difusión de temáticas relevantes en salud, desde una mirada integral, con perspectiva de curso de vida, ecológica y sistémica.

palabras clave / key words: podcast, salud familiar, innovación

Financing: no posee financiamiento

Área: Experiencia

“NO PUEDO CAMINAR”, UN CASO DE UN TRASTORNO CONVERSIVO CON ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

Gabriela Ponce Beltran¹, Francisco Manuel Blanco Castillo¹

(1) Centro de Salud Familiar “La Leonera”, Manuel Rodríguez s/n, Concepción, Chile

Presentamos el caso de una adolescente de 15 años que inicia con clínica de poliartralgias, poli consulta en servicio de urgencias y en atención primaria, con frecuentes inasistencias escolares, para evolucionar en un plazo de 3 meses con necesidad de silla de ruedas para su desplazamiento. Durante el proceso, devela durante su infancia, situación de abuso sexual por parte de su padre, conflictos escolares con profesora y dinámica familiar disfuncional.

Dentro de los antecedentes destaca madre y hermanos con déficit cognitivo, madre con trastorno de personalidad tipo dependiente. La adolescente estuvo en controles desde la edad escolar por dificultad para el aprendizaje y descontrol de impulsos, en tratamiento con metilfenidato con buena respuesta conductual.

Frente a la clínica actual y la rápida progresión del deterioro de la marcha se inicia un estudio desde atención primaria (APS), para luego ser derivada a especialidad de traumatología, medicina interna y reumatología que descartan cuadro orgánico que estuviera afectando.

Es presentada en consultoría de psiquiatría desde APS, se deriva a equipo de acompañamiento psicosocial y frente al antecedente de abuso fue derivada al Programa de protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil (PRM). Al cuadro actual se suma ideación suicida activa, por lo que es hospitalizada en servicio de psiquiatría.

Durante la hospitalización inicia el proceso de recuperación, gracias a un trabajo articulado entre los distintos niveles de atención y un trabajo multidisciplinario. Se fijan objetivos claros como la recuperación de la marcha y la funcionalidad de la menor, reparación del daño de ella y su familia, evaluar y corregir dinámica familiar, entregarle a la madre herramientas en la crianza y psicoeducarla respecto al diagnóstico de su hija. A cada uno de los equipos que intervinieron en el caso se le asignaron tareas para ir trabajando en el domicilio de la menor con su familia, como con ella durante la hospitalización. Se le realizó retiro parcial de ayudas técnicas incentivando la asistencia a sus controles caminando y haciendo uso de las escaleras del establecimiento de salud, en paralelo la madre inició controles en especialidad de psiquiatría para manejar sus propias problemáticas y en consecuencia mejorar su rol de madre. Finalmente la menor luego de 2 meses de hospitalización y un manejo integral, enfocado en ella y su entorno familiar, logra recuperar la marcha y ser dada de alta. Se ha mantenido hasta la fecha en controles con psiquiatría, sus consultas en servicio de urgencia disminuyeron considerablemente, logró terminar su etapa escolar y actualmente se desempeña como guardia de seguridad, cuenta con una pareja estable y continúa viviendo con su madre y hermanos.

Esto nos evidencia el rol que cumple la atención primaria en la pesquisa de casos que pueden ser complejos, la importancia de realizar un manejo integral centrado en la persona y su entorno familiar, lo valioso de la no fragmentación de la atención, ya que gracias a esto pudimos pesquisar factores familiares modificables que aportaron en la recuperación de la adolescente y sirven para prevenir futuras crisis familiares en otros integrantes.

Palabras claves: trastorno conversivo, adolescente, PRM, APS, abuso sexual, trastorno de la marcha

Área: Experiencia

MODELO DE ABOGACÍA DESDE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Marta Adriana Pérez Arredondo¹

(1) Universidad de Concepción, Departamento de Salud Pública. Programa de Salud y Medicina Familiar, Medicina, Chacabuco esquina Janequeo sin número, Concepción, Chile

Antecedentes

La APS considera la equidad como principio rector en la organización y entrega de servicios. La medicina de familia y el médico en formación, se encuentran en los CESFAM con situaciones complejas derivadas de la precariedad de los determinantes sociales, ambientales y financieros de la salud. Las personas buscan apoyo en las instituciones que atienden estos determinantes, esperando respuesta por largo tiempo. La falta de respuesta intensifica y cronifica el estrés, condición que daña la salud y su tratamiento. La sociedad atribuye poder sobre el proceso de salud enfermedad a los médicos.

El modelo de abogacía usa el análisis integral para abordar los casos familiares, permitiendo detectar un alto riesgo en situaciones donde hay carencia de determinantes de la salud y respuestas institucionales; se cristaliza en la elaboración de un informe por el médico que se envía a la institución involucrada.

Objetivos

Diseñar y aplicar un método que facilite a los residentes una intervención familiar hacia los determinantes de la salud.

Convocar a las instituciones, públicas y privadas, a la responsabilidad y acción que les compete en la salud de los usuarios de APS.

Usar el poder de la medicina de familia para abogar por la salud integral de la población.

Desarrollo

Se entiende por abogacía en salud "a la combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para los objetivos en salud, con el fin de crear condiciones de vida que conduzcan al buen vivir y al fomento de factores protectores de la Salud" (Observatorio Salud y Medio Ambiente de Andalucía).

La definición permite la intervención del médico de familia en áreas distintas a su rol tradicional que afectan directamente los cuidados de salud. La continuidad de los cuidados es condición que define el rol (Villaseca 2022), por lo tanto, cuando estos se ponen en riesgo por la inacción de otras instituciones, el médico actúa ejerciendo abogacía por la salud de sus usuarios.

El diseño de investigación es exploratorio. Se usa la investigación-acción. La muestra es de 10 residentes que han realizado abogacía en la región del Bio Bio y Araucanía Norte. Posteriormente los participantes son entrevistados para explorar el impacto en diferentes dimensiones. Primero se selecciona el caso usando como criterio el estrés asociado a la ausencia o insuficiencia de determinantes. El médico observa que mientras permanezca el estresor la condición de salud es de riesgo. Luego se analiza integralmente la información con foco en los estresores y síntomas, se realiza el diagnóstico integral de riesgo y se determina el mal pronóstico para cada miembro de la familia, por el agravamiento de la condición de salud, de persistir el estresor. Posteriormente, se elabora un informe, se entrega y explica a la familia y se envía a la institución involucrada. Finalmente se aplica una mirada de segundo orden para el desarrollo del residente.

Resultados preliminares

Dimensiones exploradas:

Temas que requieren ejercer abogacía: falta de apoyo para el cuidado de enfermos, falta de respuesta (un año o más) del nivel secundario, condiciones de vivienda y ambientales deficientes, insuficientes recursos económicos.

Satisfacción del residente: satisfacción con el método por su utilidad.

Impacto en los equipos de Salud: equipos de sectores comprometidos y en sintonía con la estrategia.

Impacto en los directores: todos los directores han respaldado la acción, 6 de ellos han felicitado y agradecido al residente.

Impacto en la Familia: les parece importante que sea el médico quien comprende y actúa en favor de resolver la situación adversa. 9 de los 10 casos corresponden a familias con personas que presentan multimorbilidad.

Instituciones demandadas: Departamento de Desarrollo Comunitario, Oficina de la discapacidad, Corporación asistencia judicial, COMPIN, Oficina municipal de medio ambiente, Empresa laboral del afectado, Oficina de inmigración, Servicios de impuestos internos. Sólo hace 6 semanas se inició el proceso obteniéndose 2 respuestas favorables.

Conclusión

El diseño de abogacía anclado en APS está en sintonía con las necesidades familiares y con el rol de médico de familia aportando un "saber hacer" en un ámbito crítico que impacta, por ausencia, la salud de la población. Se fundamenta en los principios de equidad, empatía y centrado en la persona. Se orienta hacia la justicia social en el marco de vulneración de derechos.

El modelo es aplicable y pertinente, dota de sentido al equipo y al médico. Además, conecta el estrés con los diagnósticos de salud, permitiendo al equipo y a las familias abogar por las situaciones que les afectan. El traspaso de poder técnico es un ejercicio de empoderamiento y un terreno fértil para que los usuarios comprendan la noción de integralidad en salud.

Financing: Universidad de Concepción

Área: Experiencia

CURSO DE MINDFULNESS EN LA CÁTEDRA DE MEDICINA FAMILIAR UV

Carolina Sepúlveda Villegas¹, David Guerra Rosales^{1,2}

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

(2) Cesfam Barón, Valparaíso, Chile

Antecedentes:

Desde el año 2013 se imparten clases de espiritualidad en la Cátedra de Medicina Familiar UV, considerándose una herramienta importante dentro de la exploración al paciente consultante y que requiere de un manejo emocional y de auto observación constante de los profesionales médicos de familia. Por otra parte, especialmente durante el tiempo de pandemia se ha visto mermada la salud mental de los residentes por todos los factores ya conocidos.

Mindfulness se traduce como atención plena o consciencia plena, derivada de las prácticas meditativas orientales aparece en la clínica en occidente en la década del 70, desde allí se ha ido validando en contextos clínicos hasta formar hoy en día parte de las terapias psicológicas de tercera generación. Múltiples estudios también muestran beneficios en los propios profesionales de salud al incorporar prácticas basadas en atención plena, solas o combinadas con otras intervenciones destinadas a mejorar el bienestar. Sin embargo aún no está recomendada la incorporación estandarizada para todos los médicos por diferencias metodológicas en los estudios y dispersión de resultados, donde variables relativas al interés personal parecen jugar un papel relevante. En la implementación se tuvo que tomar decisiones en base a los recursos disponibles, así fue que se planteó acercar los residentes a la práctica, implementando un formato similar al clásico programa de ocho semanas, por ser el que tiene más estudios asociados. En este contexto me permito citar a Claudio Araya Véliz en su libro Humanidad Compartida... "Por supuesto que no basta con leer sobre mindfulness ni escuchar o hablar del tema, la práctica es insustituible".

Objetivos:

- Lograr un espacio protegido de reflexión y bienestar para los residentes de segundo y tercer año de la cátedra de medicina familiar UV
- Incorporarlo como una herramienta de autocuidado
- Conocer las bases del mindfulness y sus usos en la clínica
- Identificar y practicar habilidades de atención plena, autoindagación, empatía y compasión basado en mindfulness.

Desarrollo:

Se realizaron 16 horas de clases teórico-prácticas, impartidas por médica de familia formada en mindfulness transpersonal. Las clases fueron 100% modalidad on line dada la contingencia y se efectuaron entre los meses de enero 2021 y marzo 2022. Aparte de las clases se entregó bibliografía y se incentivó al trabajo práctico intersesiones con la entrega de tareas y audios de meditación. Los principales temas abordados fueron introducción al mindfulness, estrés, emociones, percepción corporal, autocompasión y compasión. Al final se aplicó una encuesta de evaluación anónima y voluntaria.

Resultados y/o conclusiones:

De un total de 23 residentes de ambos cursos, 18 respondieron la encuesta. En una escala de uno a cinco (donde 5 es la mejor apreciación) se pidió calificar los aspectos de: relevancia para mi formación profesional (respuesta promedio 4,3); forma de entregar los contenidos (respuesta promedio 4,2); duración del curso (respuesta promedio 3,1); material complementario y audiovisual (respuesta promedio 3,9); los contenidos me permitirán mejorar mi calidad de vida (respuesta promedio 4,2); los contenidos me permitirán mejorar mi atención clínica (respuesta promedio 4,2); las competencias del docente me parecieron adecuadas (respuesta promedio 4,7). Además se incluyó una pregunta abierta de observaciones donde se hace notar la percepción de la duración del curso mayor en relación a otros contenidos también relevantes dentro de la formación, como una desventaja además el que se impartió de manera discontinua por el receso universitario y se sugiere formato presencial. Se concluye para el autor como una experiencia positiva, tendiente a la adquisición de herramientas propias de la especialidad necesarias para la práctica clínica como son la empatía y la compasión y como una buena herramienta de autocuidado. Se plantea necesario revisar y optimizar: la planificación, para adaptarlo mejor a los objetivos planteados, la modalidad, la extensión, el material complementario y sería interesante conocer la percepción de los residentes en el mediano plazo, en la adquisición de habilidades derivadas del curso.

Financing: El trabajo no ha recibido financiamiento y la autora se declara libre de conflictos de interés.

INVESTIGACIÓN

Área: Investigación

ABORDAJE INTEGRAL POR MÉDICOS DE FAMILIA EN PACIENTES DMII DESCOMPENSADOS DE LA POSTA BATUCO

Vilma Aguirre Flores¹, Cristobal Sepúlveda Riquelme¹

(1) Universidad Autónoma de Chile, Especialidades médicas, Medicina, Av Cinco pte #1670, Talca, Chile

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2) es una enfermedad metabólica crónica, no transmisible, heterogénea y que se caracteriza por hiperglicemia crónica. Tiene una alta prevalencia a nivel mundial y en Chile. La diabetes representa un factor de riesgo independiente para desarrollar enfermedades cardiovasculares (ECV) tales como alteraciones macrovasculares, enfermedad coronaria, ataque cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, retinopatía diabética, enfermedad renal crónica y discapacidad a largo plazo, con implicancias en alto gasto público en salud. En Chile, según la última encuesta nacional de salud (ENS) 2016-2017, la prevalencia de personas con DM-2 o sospecha, es decir, la medición de glicemia en ayuno con resultados mayores o iguales a 126 mg/dl, fue del 12,3%, resultado que es superior a la media mundial. A nivel local, la región del Maule es una de las regiones donde se concentra una de las tasas de mortalidad más altas del país derivadas de estas complicaciones.

El objetivo de este estudio es mejorar el control metabólico de la población diabética de la Posta de salud rural de Batuco, donde alrededor del 80% de los usuarios se encuentran descompensados, a través de intervenciones de medicina familiar tales como educación, consejería, visitas domiciliarias integrales.

El diseño del estudio es cuantitativo cuasi-experimental, con un abordaje multidisciplinario, mediante intervenciones que involucren al paciente y su familia que han demostrado beneficios en los pacientes con mejoría en el control metabólico y la disminución de sus complicaciones. Este estudio podría complementar el modelo de salud familiar en relación con la atención de pacientes diabéticos a través de intervenciones que incluyan siempre al paciente y su familia. diabetes mellitus II, es una enfermedad metabólica no transmisible que al estar descompensada metabólicamente impacta negativamente en la salud de quienes la poseen. Generando un alto costo en salud pública debido a las complicaciones de la misma, que van desde alteraciones cardiovasculares hasta diálisis, ceguera y/o amputaciones.

En el mundo la prevalencia mundial de esta enfermedad es alrededor de 9,3%, mientras que en Chile se ha visto que la prevalencia es levemente mayor llegando al 12,3%. En particular en el Maule, es levemente más alta. En Chile, y como parte de programas gubernamentales se han propuesto estrategias para lograr la compensación de los pacientes, poniendo como meta la compensación >45%, establecida esta según el valor de hemoglobina glicosilada.

La posta Rural de Batuco, perteneciente a la comuna de Péncahue presenta un 76% de sus pacientes diabéticos en rangos de descompensación.

En vista de la robusta evidencia que existe respecto a intervenciones no farmacológicas que incluyen a la familia en estos pacientes genera un mejor resultado en el nivel su hemoglobina glicosilada es que se decidió investigar e intervenir a la población buscando un cambio en su compensación metabólica y una mejora en su autocuidado y autoeficacia de su enfermedad.

Se intervino al grupo experimental compuesto por 24 personas, por 12 semanas, la intervención consistió en visita domiciliaria, educación en diabetes, consejería y una actividad grupal de educación con apoyo interdisciplinario de nutricionista. Posterior a la intervención se evidenció que el grupo experimental mejoró sus niveles de HbA1c, sin llegar a la compensación, junto con mejorar sus niveles de autocuidado y autoeficacia en diabetes. Mientras que el grupo control se mantuvo con HbA1c alta y en relación al cuestionario de autoeficacia en diabetes se mantuvo sin cambios. Estos resultados son concordantes con otros estudios similares de intervenciones en pacientes diabéticos. Es posible que el tiempo de intervención (12 semanas) sea insuficiente para lograr llegar a la compensación de los pacientes, puesto que, sus niveles de HbA1c eran especialmente altos, por lo que se necesitaría más tiempo para poder evaluar el impacto de la intervención.

Las intervenciones familiares con objeto de mejorar el control metabólico en pacientes con DM-2 juegan un importante rol como herramientas de abordaje de patologías crónicas de alta morbimortalidad, y han demostrado beneficios en este estudio. La aplicación de programas educativos basados en la familia deben ser ejecutados por profesionales de APS con médicos de familia como cabecera. Las constantes estrategias fallidas y la inercia terapéutica en lograr compensación de pacientes DM-2 hacen imperativo ejecutar programas basados en la evidencia científica y que sean aplicables en APS. Los médicos de familia se posicionan en un lugar de alta influencia en el subsistema familiar de los pacientes para lograr una atención integral con buenos resultados a corto y largo plazo.

Financing: No fue requerida

Área: Investigación

DIVERSIDAD SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO: UNA MIRADA INTERSECTORIAL EN LA CIUDAD DE RANCAGUA

CARMEN NADAL AGOST¹, SONIA NEIRA¹, **Hortensia Campos¹**

(1) Corporación Municipal de Rancagua, Salud, Salud, Gamero 212, Rancagua, Chile

- Introducción:

Dentro de la sociedad plural moderna existen grupos minoritarios desaventajados, como lo son la población LGBTI+. Según datos de la OCDE, estos grupos son víctimas de discriminación, la cual los sitúan en desventaja para disfrutar de los derechos fundamentales y lograr una calidad de vida satisfactoria. Víctimas del riesgo permanente a sufrir tratos injustos y “estructurales”, es que las diversas instituciones que están en una comuna, deben reflexionar cuál ha sido su enfrentamiento para temas de identidad de género y cómo eso afecta la salud de las personas. En este contexto, dos equipos de salud de la Atención Primaria de la comuna de Rancagua lideraron una primera aproximación para lograr un diagnóstico local de las problemáticas comunes identificadas por instituciones de la red comunal rancagüina y que forman parte de los actores involucrados en acoger las necesidades de la población LGBTI+. Producto de este diagnóstico, desde la APS se propusieron articular estrategias con un abordaje basado en el trabajo en red y la participación comunitaria.

-Objetivo General:

Identificar factores institucionales que influyen en la inclusión social de la población LGBTI+ en Rancagua y su relación con la salud primaria.

- Objetivos Específicos

Identificar fortalezas y barreras para la inclusión social de la población LGBTI+ en Rancagua.

Analizar las diferentes estrategias e intervenciones de instituciones que atienden a la comunidad LGBTI + de Rancagua.

Elaborar un catastro de las instituciones que están trabajando la temática para difusión y articulación de la red comunal.

Proponer estrategias de trabajo para acoger la problemática de la población LGBTI + desde la salud primaria

- Materiales y métodos: investigación del tipo descriptiva y cualitativa con enfoque fenomenológico. El equipo de investigadoras, se interesó en identificar las problemáticas en el trabajo intersectorial para la inclusión social de la población LGBTI+ en la ciudad de Rancagua, mediante la técnica denominada “entrevista en profundidad”, construida a partir de reiterados encuentros con los informantes y con un guión para desarrollar la actividad. Las entrevistas fueron de carácter grupal e individual. La muestra fue intencionada. Los sujetos seleccionados en el estudio presentaron ciertas características específicas que favorecieron la investigación, entre las cuales destacan, ser representantes de instituciones públicas y/o privadas de la ciudad de Rancagua, tales como: Organizaciones de personas LGBTI+; División Educación y Salud de la Corporación Municipal de Rancagua; Universidad de O’Higgins (departamento de Equidad y Género); Corporación OPCIÓN; OMIL; Servicio de Salud O’ higgins; COSAM e INDH. Posteriormente se analizaron las categorías emergentes de las transcripciones de los audios para obtener conclusiones.

- Resultados: Existencia de desventajas contra la población LGBTI+ para ejercer sus derechos; existencia de normas y protocolos nacionales para la atención de la población LGBTI+, sin implementación a nivel local y sujetas a voluntades particulares; discriminación estructural dentro de las instituciones; sesgos contra la población LGBTI+; actitudes de funcionarios/as que no se relacionan con valores institucionales, más bien, son los valores personales los que priman en la atención de esta población; no existe un trabajo intersectorial en red que apoye la inclusión de la población LGBTI+; cada institución trabaja de forma separada sin un flujograma formal que sea eficiente y de impacto.

- Conclusiones: En Rancagua no se ha priorizado las necesidades particulares de la población LGBTI+ a pesar del activismo histórico de la ciudad. Ellos/ellas/elles reciben prestaciones dentro de las instituciones, pero éstas no se adecuan a las necesidades reales. Esto incluye la salud primaria. Se propone convocar una mesa de trabajo territorial con participación ciudadana e institucional, que sesione sistemáticamente y evalúe las intervenciones adoptadas, generando protocolos oficiales que faciliten la derivación entre las instituciones. Promover una participación activa y mancomunada con la población LGBTI+ para priorizar acciones dirigidas a sus necesidades y articulada desde la salud primaria, considerando el perjuicio en la calidad de vida de estas personas.

Financing: Autofinanciado

Área: Investigación

“TEAM-BASED LEARNING: EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN UN CURSO UNIVERSITARIO”

Alicia Hidalgo Farías¹, Martín Plaza Garmendia¹, María Javiera Reyes¹

(1) Universidad de Los Andes, Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Monseñor Álvaro del Portillo 12455, Santiago, Chile

Introducción

Team-Based Learning (TBL) es una estrategia de aprendizaje activo, centrada en el estudiante, que combina el trabajo autónomo con la discusión en grupos pequeños. Se puede utilizar con clases grandes o pequeñas, a través de la conformación de equipos.

El TBL consta de 3 componentes:

1. Preparación del estudiante: entrega de documentos con la información necesaria para lograr los resultados de aprendizaje previamente determinados.
2. Evaluaciones para asegurar la preparación: implica una prueba individual de 10-20 preguntas de selección múltiple y, posteriormente, esa misma prueba es respondida en grupos. Existe una fase de apelación, en la que se puede argumentar por qué determinada alternativa sería la correcta. Finalmente, una clase breve que reúne los conceptos claves.
3. Actividades de aplicación: presentación de un problema significativo que permita aplicar los conocimientos. Este debe ser el mismo para todos los equipos, se debe escoger entre 2 o más alternativas para dar solución al conflicto y las respuestas de cada grupo se dan a conocer simultáneamente.

Objetivos

Evaluar la experiencia de la metodología TBL en el “Curso de Introducción al Ejercicio Profesional” (CIEP), de la Universidad de los Andes durante los años 2017-2020.

Materiales y Métodos

Para evaluar la experiencia con TBL en la Universidad de los Andes durante 2017-2020, se analizaron 3 resultados:

1. Encuesta de evaluación final del curso
2. Pautas de cotejo de las sesiones
3. Rendimiento académico de los estudiantes

La encuesta de evaluación final fue aplicada al finalizar el curso, enviando a cada alumno un vínculo para responder la encuesta. Durante los años 2017-2019 se utilizó la plataforma *Google forms*, mientras que el 2020 se cambió por *Questionpro*. Los porcentajes de respuesta fueron: 34% en 2017, 96% en 2018, 93% en 2019 y 2020.

Las preguntas que abordaron la metodología de TBL eran:

1. ¿Cuál metodología de aprendizaje piensa usted que contribuyó al mayor logro de los objetivos del curso?
2. ¿La metodología TBL favoreció la comprensión y aplicación de los contenidos del módulo?
3. ¿Recomendaría la metodología TBL a otros estudiantes?

Las alternativas de respuesta para las preguntas 2 y 3, incluían “muy en desacuerdo”, “desacuerdo”, “ni de acuerdo ni desacuerdo”, “de acuerdo” y “muy de acuerdo”. Para el análisis sólo se consideraron los porcentajes de las respuestas “de acuerdo” y “muy de acuerdo”.

Las pautas de cotejo constaban de una lista de 16 ítems a realizar durante la sesión TBL y un espacio para comentarios u observaciones cualitativas. Estas fueron aplicadas por una médica ex-alumna de la UANDES, que cursó el CIEP en 2017, y que asistió durante 2020 a una clase de cada uno de los módulos realizados. Dichas pautas buscaban verificar el correcto desarrollo del esquema de trabajo de TBL y dar sugerencias para hacerlo más efectivo.

Finalmente, se consideró el rendimiento académico de los estudiantes, el cual fue evaluado mediante pruebas individuales, grupales y evaluación de pares, que representaba el 70% de la nota de presentación al examen (escala de 1 a 7), más un examen de selección múltiple equivalente al 30% de la nota final.

Resultados

Encuesta de evaluación final

Respecto a si TBL contribuyó al logro de los objetivos del curso, 72% de los alumnos respondieron afirmativamente en el año 2017, 55% en 2018, 85% en 2019 y 84% en 2020.

En cuanto a si el TBL favoreció la comprensión de los contenidos, el 72% de los alumnos estaba a favor en el año 2017, 58% en 2018, 88% en 2019 y 78% en 2020.

Respecto a si recomendarían el TBL, en 2017 un 65.5% de los alumnos lo haría, 52% en 2018, 88% en 2019 y un 78% en 2020.

Pautas de cotejo

De las 5 pautas aplicadas, en 3 de ellas se cumplen todos los criterios evaluados para la adecuada implementación del TBL. En los comentarios, destaca un adecuado desarrollo de las sesiones, pero se sugiere que las clases se limiten a los conceptos claves, evitando redundar en las lecturas previas. También se destaca la importancia de mantener la atención de los estudiantes respondiendo preguntas en forma directa y concisa.

Rendimiento académico

El promedio de la nota de presentación en los diferentes años fueron las siguientes: 6.7 en 2017, 6.3 en 2018, 6.6 en 2019 y 6.4 en 2020.

Respecto al promedio del examen final, las notas fueron: 5.9 en 2017, 5.0 en 2018, 6.1 en 2019 y 6.1 en 2020.

Por último, el promedio de la nota final fue: 6.4 en 2017, 6.1 en 2018, 6.4 en 2019 y 6.3 en 2020.

Conclusiones

Con los resultados, es posible concluir que el TBL permite un mayor logro de los objetivos del curso, es un método de aprendizaje efectivo, genera un buen rendimiento académico y es recomendado por quienes participan de esta experiencia. Por lo anterior, sería beneficioso difundir su implementación, tanto a nivel local como en otros establecimientos educacionales.

Área: Investigación

CARACTERIZACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN FAMILIAS DE PORVENIR, TIERRA DEL FUEGO

Francisca Lavín Flores¹, María Fernández Fernández², Gabriela Tognetti Vera², Eliseo Fuentes Foncea³

(1) Dentista EDF, Hospital Comunitario "Dr. Marco Chamorro Iglesias"; de Porvenir

(2) Interna de Medicina, Universidad de Magallanes

(3) Médico EDF, Hospital Comunitario "Dr. Marco Chamorro Iglesias"; de Porvenir

INTRODUCCIÓN

La implementación progresiva del modelo de atención de salud familiar en Chile desde el año 2005 en el marco de la reforma integral de salud y la publicación de las orientaciones del modelo de atención integral de salud (MAIS) y comunitaria, avanzando de un modelo centrado en la enfermedad infecciosa y/o enfermedades crónicas no transmisibles a un modelo centrado en el usuario, familia y comunidad, identificando estas como los principales actores de la reestructuración de políticas y planificación comunal, provincial y regional de salud. Razón por la cual, se propone identificar las cualidades biopsicosociales como determinantes de salud de una muestra representativa de las familias en la comuna de Porvenir, Tierra del Fuego.

OBJETIVO

Caracterizar los determinantes sociales de salud por medio de cartolas familiares del Hospital Comunitario de Porvenir.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de la población comunal de Porvenir con 6801 habitantes. Se definió el tamaño muestral necesario con IC 95% de 361 personas, del total de 367 familiares, fueron seleccionadas 237 cartolas por medio de randomización, incluyéndose un total de 571 personas. Se estudió las características familiar, distribución por sexo, edad y determinantes sociales (vivienda, acceso a servicios básicos, escolaridad, enfermedades crónicas prevalentes y psicopatología).

RESULTADOS

Se seleccionaron 237 cartolas familiares, 195 familias y 412 personas urbanas y 42 familias y 159 personas rurales, las cuales están compuesta por 58% de adultos mayores (AM), Las familias de Porvenir se componen, 12,6% unipersonales, 15,1% nucleares sin hijos, 17,2% nucleares monoparentales, 32,4% nucleares biparentales, 8% extendidas monoparentales y 14,7% extendidas biparentales. Del total un 48% mujeres y 52% hombres; 29% <18 años, 57,2% adultos y 13,7% AM.

Las familias tienen vivienda propia en un 68,8%, 21,7% arriendo, 1,7% viven allegados y 8,8% cedido, las viviendas edificadas 13,8% material sólido, 33,6% material ligero y 52,6% mixto; el 82,7% posee alcantarillado y 17,3% fosa séptica, para calefaccionar el 79% utiliza gas, 13% madera y 8% mixto, mientras que el suministro de agua es 82,7% potable vía red, 16,1% acarreo y 1,2% pozo bomba.

La población menor de edad (167 personas), el 84% se encuentra con algún grado de escolaridad, 16% no inscrito al sistema educacional y el 63,4% presenta malnutrición por exceso. La población adulta de 327 personas, 1,2% analfabeta, 19,5% educación básica, 51% educación media, 13,1% técnico nivel superior y 15,1% universitaria. La población adulta mayor con 77 personas, 14,2% analfabetas, 45,4% educación básica, 16,8% educación media, 19,7% técnico nivel superior y 3,9% universitaria.

Los mayores de edad analfabetos o con educación básica poseen un 84% malnutrición por exceso, 67,2% hipertensión arterial, 55,1% diabetes y 12% enfermedades psiquiátricas, en cambio la población mayor de edad con educación media, poseen un 52,1% malnutrición por exceso, 56,9% hipertensión arterial, 27,8% diabetes y 36,6% enfermedades psiquiátricas y los mayores de edad con educación técnico nivel superior y universitaria poseen un 38% de malnutrición por exceso, 34,5% hipertensión, 18,1% diabetes y 48,7% enfermedades psiquiátricas.

CONCLUSIÓN

La comuna de Porvenir destaca una mayor proporción de familias urbanas, con menor densidad, respecto a familias rurales. Las composiciones familiares más frecuentes fueron las familias nucleares biparentales, monoparentales y sin hijos.

Todas las familias rurales carecen de acceso a agua potable por red y alcantarillado, además de albergar la mayor cantidad de AM, los cuales presentan menor nivel educacional y mayor carga de morbilidad cardiovascular.

La población adulta presenta más años de escolaridad respecto a los AM, estableciéndose como uno de los principales factores protectores en este estudio al disminuir las enfermedades cardiovasculares, mientras aumenta la prevalencia de enfermedades psiquiátricas. Se ha reportado en estudios anteriores que existe un subdiagnóstico de enfermedades psiquiátricas en poblaciones de menor escolaridad, por falta de percepción o relevancia de síntomas en sus estilos de vida, pudiendo alcanzar prevalencias similares o mayores que grupos de mayor escolaridad.

Porvenir cuenta con una población pequeña, permitiendo activar la participación ciudadana como eje central de las estrategias del MAIS en consideración con los resultados obtenidos. Se propone intervenir la población AM por medio de una encuesta de pesquisa de síntomas psiquiátricos y activación de redes de apoyo para el ingreso y mantención en el sistema educativo en menores de edad sin inscripción educacional, al articular las diferentes instituciones del intersector (Delegación Presidencial, Municipalidad, Obras públicas, OPD, SENAMA, Mejor Niñez, Hospital y empresas).

Financing: No presenta financiamiento de ningún tipo para su desarrollo.

Área: Investigación

SIGNIFICADOS Y CREENCIAS EN TORNO A LA DEPRESIÓN DESDE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Carolina Marambio López¹, Loreto Barraza González²

(1) Universidad de Valparaíso

(2) CESFAM Miraflores

Introducción:

El modelo de educación participativa adulto aplicado a la educación para la salud nos invita a recoger los conocimientos y experiencias previas de los participantes. Esto se vuelve aún más relevante en patologías que afectan la salud mental, tal como la depresión, ya que serán categorizadas o no como enfermedad mental según la cultura, su sistema de valores y el momento histórico en que se expresen. Además, estas representaciones socio construidas variarán según el grupo social (familias, educadores o profesionales de la salud, etc) y si la persona imagina a otro como enfermo mental o si se considera a sí misma en estos términos, porque la perspectiva cambia la percepción.

Objetivo:

Recoger y caracterizar significados y creencias en torno a la depresión desde personas inscritas para sesión educativa sobre esta temática.

Materiales y métodos:

- Obtención de muestra: Se realizó formulario de inscripción para la sesión educativa en Google Forms, donde además se adiciona una encuesta mixta (alternativas, opciones y texto libre) que exploró sobre significado personal de la depresión, explicación de posibles causas, haber tenido o no el diagnóstico previo o actual, creencia en relación a frases comunes, recursos para la mejoría, así como los elementos y/o actividades más relevantes en el tratamiento y curación de la enfermedad bajo perspectiva propia. Se realizó difusión de las sesiones educativas a través de distintas redes sociales, en conjunto con el formulario de inscripción.

- Participantes: Se solicitó listado de inscritos anonimizados y además de esto, se seleccionaron para el estudio solo aquellos que habían referido "sí" a la consulta sobre la utilización de sus respuestas con fines investigativos.

- Análisis de resultados: Se utilizó el software Microsoft Excel para el análisis cuantitativo, y para el análisis cualitativo se utilizó la metodología de codificar y categorizar, así como el análisis de conceptos más repetidos.

Resultados:

Se obtuvieron un total de 105 respuestas al formulario de inscripción, de los cuales 90 aceptaron compartir sus respuestas con fines de investigación. Del total de la muestra, 96.6% se identificaron de sexo femenino, siendo el rango de edad de 50 a 59 años el más predominante (31.1%). 63.3% refirió haber tenido o tener actualmente depresión, mientras que el 28.9% refirió no haberla padecida. 7.8% no deseó responder. En cuanto a las creencias en torno a la depresión, las más escogidas fueron: el manejo exclusivo del psiquiatra de la depresión (39%), el manejo exclusivo del psicólogo de la depresión (34.4%) y que el salir de la depresión es un tema de fuerza de voluntad (22.2%). En cuanto a las creencias en torno al tratamiento y curación de la depresión las opciones más escogidas (sobre un 50%) fueron: Equipo médico capacitado en salud mental (67.8%) y tener apoyo familiar (52.2%) (En un total de 20 opciones para escoger). Finalmente, en torno al análisis cualitativo: un 25% se refería a la depresión como un estado o estar, 12.2% como una enfermedad/trastorno/alteración y el resto con diversos conceptos que comparaban con objetos o padecimientos físicos, tales como "dolor del alma", "túnel sin salida", "hoyo", "abismo" y síntomas como: tristeza, anhedonia, ideas de muerte, etc

Conclusiones: Las respuestas entregadas en este estudio se condicen bastante bien con los criterios diagnósticos y el conocimiento científico que se tiene acerca de la patología depresiva, con algunas excepciones en relación principalmente a la creencias, a profundizar en la discusión del artículo completo. Esto se puede deber a la alta cantidad (sobre el 50%) de personas que habían experimentado o estaban experimentando la depresión. Finalmente, extraer esta información previo a las sesiones educativas, permitió orientar de mejor forma el contenido a reforzar, mostrar y modificar.

Financing: Sin financiación

Área: Investigación

CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO DIU U OTB POST-EVENTO OBSTÉTRICO EN EL HGZMF NO.1

Martín Segura Chico¹, Leticia Marroquín Canales¹, Zaida Guadalupe Melgoza Pelcastre², Rocío Esmeralda Garza Martínez²

(1) Instituto Mexicano del Seguro Social, Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas - Coord. de Planeac. y Enlace Institucional, OOAD Tamaulipas, Centro Médico Educativo y Cultural Adolfo López Mateos sin número, Col Pedro Sosa, Cd. Victoria Tamaulipas, México

(2) Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1, OOAD Tamaulipas, Centro Médico Educativo y Cultural Adolfo López Mateos sin número, Col Pedro Sosa, Cd. Victoria Tamaulipas, México

Introducción:

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la atención materna es un tema de suma importancia, la observancia hacia las mujeres en su término de embarazo para protegerlas con método anticonceptivo de alta continuidad para concluir la fecundación o espaciar el intervalo intergenésico es una prioridad, misma que no se refleja estadísticamente en las mediciones efectuadas. Existen acciones de comunicación educativa en etapas del embarazo en el área de Medicina Familiar, apreciándose un bajo impacto. La anticoncepción posparto es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente. La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas de acuerdo a reportes de la OMS. La ventaja de este estudio es para conocer las causas de no aceptación de métodos anticonceptivos de larga duración con énfasis hacia los grupos de alto riesgo para establecer mejoras al proceso de Planificación Familiar, ya sea en la conquista y reconquista anticonceptiva, mejorar la vinculación del Hospital con Unidades de Medicina Familiar, así como mejorar el impacto de la consejería respetando en todo momento los derechos sexuales y reproductivos de la población usuaria.

Objetivo General:

Determinar las causas de no aceptación de DIU con cobre ó sin realización de OTB a pacientes obstétricas atendidas en el HGZMF No.1

Objetivos Específicos:

1. Determinar los grupos de alto riesgo reproductivo que no aceptaron el DIU con cobre ó sin la realización de la OTB a su egreso de Hospital de su evento obstétrico.
2. Determinar el grupo de edad con menor aceptación del método anticonceptivo DIU con cobre o sin realización de OTB post evento obstétrico en el HGZMF No.1.

Materiales y Métodos:

Es una encuesta retrolectiva y sus características son: Descriptivo, Transversal, Observacional, Retrolectivo. Se incluyeron pacientes con evento obstétrico en HGZMF No. 1 que egresaron sin DIU con cobre o sin realización de OTB en el año 2018. Se consideraron los estándares de ética establecidos y se otorgó registro por el comité de investigación y ética (R-2020-2804-001) del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1. Se utilizó estadística descriptiva, las variables cuantitativas se reportan en media, desviación estándar y rango, las cualitativas en porcentaje. Se creó una base de datos y se corrieron los análisis en el SPSS v.20 para Windows. Se consideró un IC 95% y $\alpha = 0.05$.

Resultados:

- Se incluyeron 160 expedientes con promedio de edad de 26.6 años, $S=5.34$ y rango de 15 a 40 años. El grupo de edad con menor aceptación del método DIU con cobre u OTB es 25 años con un 11.3% ($n=18$).
- Las causas de no protección al egresarse en el postparto fueron atribuible a las pacientes en un 88.1% ($n=141$) y de estos, el 78.75% ($n=126$) no deseaba elegir un método de planificación, en ese momento. Respecto a otras causas el 3.1% ($n=5$) son atribuibles a la unidad y el 8.8% ($n=14$) por contraindicación médica.
- En los factores de riesgo reproductivo en mujeres con antecedentes perinatales el mayor número correspondió al primer embarazo o más de 4 embarazos con un 36.5% ($n=65$), seguido de: periodo intergenésico <25 ó >60 meses, con 31.5% ($n=56$) y en tercer lugar, antecedente de cesárea, con el 14.6% ($n=26$).
- En los factores de riesgo reproductivo en mujeres con antecedentes personales patológicos, las comorbilidades que se presentaron fueron: Hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus tipo 2 con el 2.6% ($n=4$).
- El número de veces que acudieron las pacientes a control prenatal en Medicina Familiar fue: 14.4% ($n=23$) en 8 ocasiones, el 12.5% ($n=20$) para 9 veces y el 8.8% ($n=14$) para 5 veces.

Conclusiones:

Las pacientes que no eligen OTB o DIU se egresan sin un método de planificación familiar en el 78% de los casos revisados corresponden a causas atribuibles a las pacientes, pues no desea elegir un método de planificación en ese momento, aun cuando sí acudieron a la consulta de control prenatal.

Un reto importante para el Instituto Mexicano del Seguro Social es el ajuste de estrategias y el enfoque a la comunicación educativa de planificación familiar.

Área: Investigación

COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN CHILE: SUS OBJETIVOS Y ORGANIZACIÓN

CARMEN NADAL AGOST¹

(1) Universidad de O'Higgins, Escuela de Salud, Carrera de Medicina, Rancagua, Chile

Introducción:

La Atención Primaria de Salud (APS) al igual que otros niveles asistenciales, se enfrenta a las consecuencias de los cambios sociales y tecnológicos, los cuales desafían a los equipos de salud y los enfrentan a conflictos morales ineludibles. Dentro del proceso de acreditación de calidad asistencial en establecimientos sanitarios, la Superintendencia de Salud exige la conformación de órganos deliberativos institucionales llamados "comités de ética asistencial" (CEA), para evitar la vulneración de derechos de los pacientes en ámbitos como la confidencialidad de datos, el respeto por la autonomía y las decisiones de fin de vida. En Chile es escasa la disponibilidad de CEA en la APS, en comparación con la atención hospitalaria (aprox. 10% de lo registrado en la Oficina de Bioética del MINSAL), aún quedando demostrado en los resultados de dos investigaciones nacionales (2010 y 2017) que es posible identificar problemas éticos y bioéticos en la salud primaria. Este estudio descriptivo pretende analizar los protocolos de funcionamiento interno de CEA en APS que estén asequibles, para identificar los objetivos de su funcionamiento y describir su organización, de tal forma, promover en otros equipos de salud primaria, la conformación sus propios comités.

Objetivo general:

- Analizar la organización de los CEA en APS en Chile

Objetivos específicos

- Identificar los objetivos declarados por los CEA para su funcionamiento
- Describir el funcionamiento de los CEA
- Comprender elementos comunes y diferentes entre CEA .
- Proponer estrategias de organización de CEA basado en los resultados del análisis

Materiales y métodos: Se realizó un trabajo de lectura, análisis y comprensión objetiva coherente con los propósitos de esta investigación. Se utilizó una metodología cualitativa descriptiva de revisión documental mediante plataforma informática (ATLAS ti), en la cual se utilizaron los protocolos internos de CEA en APS de libre acceso de la página web de la oficina de Bioética del MINSAL. ATLAS.ti permitió facilitar la segmentación por descriptores para generar una codificación de los resultados. Los objetivos específicos encaminaron a realizar una categorización de la información relacionada con la organización interna de CEA. Para presentar resultados y conclusiones, todos los datos obtenidos son de carácter anónimo.

Resultados: La mayoría de los protocolos analizados describen como objetivos principales la protección de los derechos de los pacientes. El funcionamiento de los CEA está basado en el decreto n°62 (2013) y la ley de derechos y deberes de los pacientes. Se identifican algunas diferencias de funcionamiento en cuanto a la elección de sus miembros y los antecedentes solicitados para la deliberación, no obstante, las funciones y materias que tratan, son similares.

Conclusiones: Lamentablemente el desarrollo de la ética clínica se encuentra en el área de la medicina de alta tecnología en un entorno de cuidados intensivos y hospitalario, dejando en un segundo término lo que sucede en la Atención Primaria. El modelo integral de atención, ha permitido reconocer que los conflictos morales se antepone a los problemas técnicos, lo que implica nuevas formas de abordaje. Los CEA no son de fácil acceso para los equipos de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) del país, cuando se requiere apoyo específico en conflictos morales. Las funciones de los CEA en APS, adaptadas a la realidad local de cada establecimiento, consideran la base normativa nacional y las particularidades de la atención ambulatoria y comunitaria. En la APS es posible conformar CEA que aborden temáticas de ética clínica y bioética propios del primer nivel de atención, siguiendo los lineamientos ministeriales. Lo anterior impulsa que las instituciones sanitarias en APS desarrollen nuevas competencias en sus equipos, por lo que será esencial, tanto para la calidad asistencial como para evitar la judicialización de conflictos, que los CEA formen parte de la organización, generando instancias de reflexión que añaden el ingrediente humanizador en la práctica cotidiana.

Financing: AUTO FINANCIADO

Área: Investigación

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN BRASIL Y LOS DESAFÍOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Jessica Pantoja¹, Daniela Domingues Guimarães², Aristócles Hítallo Bezerra³, Idalberto Abalos Fernandez⁴

(1) Universidade Nove de Julho, Facultad de Medicina, Brasil

(2) Faculdade de Minas, Facultad de Medicina, Brasil

(3) Centro Universitário UNIFACISA, Facultad de Medicina, Brasil

(4) Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Médico, Brasil

Introducción: La Atención Primaria en Salud (APS) en Brasil siempre tuvo como objetivo atender, individual y colectivamente, las demandas de salud de la comunidad de servicios, cubiertas por la unidad de atención. Analizando el contexto de la pandemia provocada por el COVID-19, este servicio, aún con todo su desfinanciamiento y todos los frecuentes intentos de desmantelamiento, sigue representando una modalidad gratuita y universal de amplio acceso a la salud.

Objetivos: Realizar un relevamiento de datos, trayendo los obstáculos que enfrentan los Centros de Salud de la APS para atender las demandas específicas de los pacientes afectados por el virus SARS-CoV-2 en Brasil.

Materiales y métodos: Se trata de una revisión sistemática de la literatura, de carácter cualitativo y exploratorio, realizada en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), PubMed y SciELO, y se estableció un marco temporal de 2 años, justificado por el inicio del período la pandemia. Se utilizaron los términos "atención primaria de salud", "COVID-19" y "desafíos", y el descriptor "AND". Solo se seleccionaron artículos de texto completo disponibles en español, inglés y portugués de Brasil. Se excluyeron los artículos que no fueron presentados en texto completo, los estudios que no abordaron el tema y los que fueron presentados por duplicado. Se encontraron 56 artículos y luego de criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 5 trabajos. Para la realización y selección se utilizó el protocolo PRISMA (Elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis).

Resultados: Se constató que varias actividades de la APS tuvieron que ser interrumpidas durante el apogeo de la pandemia, debido a la sobrecarga y frecuente aumento del número de casos, ya que las acciones de vigilancia integral en salud demostraron que los esfuerzos estaban más enfocados en los riesgos. También se mostró que el aumento de la pobreza, el desempleo y la desigualdad social son todos efectos sociales de la pandemia en Brasil, y siguen provocando el empeoramiento de los problemas de salud, especialmente en los ciudadanos más pobres.

Conclusiones: La pandemia solo reforzó la necesidad de defender el papel de la APS, y para mejorarlo, se pueden y deben tomar algunas medidas de manera inmediata, como la reorganización de los flujos de usuarios, la calificación de los profesionales de la salud, entre otras. Los cambios en la estructura física de la unidad, sin embargo, deben estar a cargo de la administración local, ya que su implementación es prudentemente más prolongada. Por lo tanto, se concluye que las frecuentes adversidades enfrentadas por la APS durante la pandemia son reflejos de una mala gestión de la salud pública en un escenario anterior a tal crisis sanitaria, que aún continúa.

Financing: Sin financiación.

Área: Investigación

ATENCIÓN A LA SALUD DE LA MUJER EN PRENATAL Y PUERPERIO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN BRASIL

Jessica Pantoja¹, Daniela Domingues Guimarães², Aristócles Hítallo Bezerra³, Idalberto Abalos Fernandez⁴

(1) Universidade Nove de Julho, Facultad de Medicina, Brasil

(2) Faculdade de Minas, Facultad de Medicina, Brasil

(3) Centro Universitário UNIFACISA, Facultad de Medicina, Brasil

(4) Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Médico, Brasil

Introducción: Con el surgimiento del nuevo coronavirus, hubo cambios significativos en la atención prenatal y posparto. Debido al aislamiento, el miedo, la inseguridad y la ansiedad, muchas gestantes que asistían regularmente a las consultas, ya no tienen un seguimiento continuo y correcto en estas fases, pudiendo así perjudicar su salud y consecuentemente la del feto y al recién nacido (RN). Entonces se hizo evidente, la necesidad de identificar datos actuales y vigentes en la literatura científica sobre las nuevas estrategias utilizadas en el prenatal en este período tan delicado, incluso porque se observó que las gestantes y puerperas hasta la semana 14 de gestación tienen mayor riesgo del virus SARS-CoV-2.

Objetivos: Realizar una revisión sistemática de la literatura para identificar las principales estrategias utilizadas en la atención prenatal durante la pandemia COVID-19 presentes en la literatura en Brasil.

Materiales y métodos: Es una revisión sistemática de la literatura, de carácter cualitativo y exploratorio, realizada en las bases de datos de Análisis de la Literatura Médica y Sistema de Recuperación (MEDLINE), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), utilizando los descriptores: "COVID-19", "prenatal" y "embarazo". Los criterios de inclusión fueron artículos científicos, en portugués, inglés y español, disponibles en su totalidad, publicados entre 2020 y 2022. Se excluyeron los artículos duplicados y los estudios que no abordaron el tema. Asimismo, se utilizaron como complementos manuales, notas técnicas y directrices establecidas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud del Brasil. Para la realización y selección se utilizó el protocolo PRISMA (Elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis).

Resultados: Se confirmó que las principales estrategias manejadas en la atención prenatal y el puerperio durante el COVID-19 fueron: uso de telemedicina (que se desarrolló y fue mejor regulado durante este período), continuidad de las consultas presenciales, pero evitando la aglomeración y con todas las medidas necesarias para prevenir el contagio, postergación de la consulta en caso de que la mujer presente cualquier síntoma y la calificación de los profesionales de la salud.

Conclusiones: Desde el brote de COVID-19 en Brasil, incluso con la reducción de casos, como resultado de la vacunación que comenzó en enero de 2021, las tasas de mortalidad continúan siendo significativas. Según datos del Observatorio Brasileño de Obstetricia (OOBr), en el año 2021 se registró un aumento del 217% de mujeres embarazadas y puerperas fallecidas por el coronavirus, desde el inicio de la pandemia, en comparación con 2020, lo que demuestra principalmente un desprecio por el Gobierno Federal de Brasil, que demostró una visión contraria y negacionista de las medidas propuestas y defendidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) como una de las primordiales respuestas a la pandemia COVID-19, trayendo dispositivos de comunicación y formación que proporcionen el proceso de trabajo en salud, simboliza estratégicamente establecer una política constituida para enfrentar los problemas y luego fortificar el Sistema Único de Salud (SUS) para apreciar la vida.

Financing: No cuenta con financiamiento externo.

Área: Investigación

CARACTERIZACIÓN DE SALUD CARDIOVASCULAR BAJO MODELO DE INTERVENCIONES MÚLTIPLES DE UN CENTRO PRIVADO

Daniel Riveros Galaz¹, Karina Muñoz Navarrete¹

(1) Universidad Católica del Maule, Medicina Familiar y Salud Pública, Medicina, San Miguel 3604, Talca, Chile

Introducción: Hipertensión arterial (HTA) y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) tienen un rol conocido de morbimortalidad vascular, y son factores de riesgo modificables para Cardiopatía Coronaria y Enfermedad Cerebrovascular. La compensación de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) es un problema no resuelto tanto a nivel mundial como en Chile, con porcentajes de compensación en USA no superiores al 25% para DM2 e HTA, y en Chile alcanzan un 32% para DM2 y un 44% para HTA. En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de la Red de Salud UC existe un programa de intervenciones múltiples basado en un Modelo de Control de Crónicos (CCM), liderado por enfermera quién coordina las actividades y vela por su cumplimiento, aspirando a un cambio en su modelo de atención y autosustentable. Lleva varios años en ejecución y hasta el 2012 no se ha evaluado su implementación ni los resultados.

Objetivo: Este estudio pretende describir la situación del Programa, en sus distintos niveles: estructura, procesos y resultados.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo longitudinal, de pacientes atendidos entre Julio de 2010 y Junio de 2012, basándonos en: metodología propuesta por A. Donabedian; recomendaciones de E. Wagner para el CCM; Registros Estadísticos Mensuales y recomendaciones las Guías GES DM2 e HTA (MINSAL). Se logró caracterizar el perfil de los pacientes, conocer el grado de compensación de éstos y realizar una comparación con otras unidades del Programa de Salud Cardiovascular que no cuentan con GC (Diabetología, Medicina Interna y Cardiología).

Estimamos una muestra aleatoria representativa de los 625 pacientes bajo control. Error de estimación 3% (0,03). Nivel de confianza (Z) 95% (1,96), seleccionándose 256 pacientes. Distribuidos según patologías: 77 pacientes con DM2, 99 con HTA y 80 mixtos.

Combinamos información de 2 bases de datos, una de carácter administrativo y otra de carácter clínico. En ambas se excluyeron datos sensibles.

Fue aprobado por Comité de Ética nro. 12-285 de la Facultad de Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resultados:

1.- No se describió diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes ingresados al programa. Edad promedio 54,6 años. Cerca del 47% son pacientes masculinos. Aproximadamente el 19% tenían riesgo cardiovascular alto.

2.- Características estructurales: existe flujograma estructurado y organigrama con roles bien definidos.

3.- Características de proceso: a) el 100% de los pacientes tiene notificación GES; b) la categorización del riesgo cardiovascular se realiza sólo en 23,8% de los pacientes.

4.- Características de los resultados: sólo el 31,3% de los pacientes completa flujograma, 88% de los pacientes tiene estudios de daño a órgano blanco al día, el 22,7% se realiza automonitoreo de presión arterial. Aproximadamente un tercio de los HTA ingresan compensados y al año más que doblan esta proporción. En el caso de los DM2, se observa similar comportamiento. De los pacientes Mixtos el 7,5% se encuentra compensado al ingreso y al año esta cifra alcanza a 1 de cada 4.

Tras 15 meses, los pacientes hipertensos presentan una reducción de 11,2 mmHg en PAS y 7,8 mmHg en PAD ($p < 0,04$). Tras 15,5 meses, los diabéticos presentan una reducción en 1,5 puntos porcentuales la HbA1c ($p < 0,04$). Tras 15,9 meses, los pacientes mixtos presentan reducción PAS/PAD de 10,3 y 6,8 mmHg respectivamente y una reducción HbA1c de 1,1 puntos porcentuales. Sin embargo, no son estadísticamente significativas ($p < 0,092$).

Conclusiones: HTA y DM2 son prevalentes y asociadas a alta morbilidad-mortalidad. Su compensación sigue siendo un problema no resuelto en Chile y el mundo. Se ha descrito múltiples intervenciones para manejarla y entre ellas el CCM es efectivo. En UMF el 2010 se implementó un modelo basado en el CCM, desconociéndose la proporción de pacientes que ya se encontraban en control en otros centros al ingreso.

Si bien, no fue uno de los objetivos principales comparar los resultados del cuidado en la UMF con los no GC, podemos concluir que (asumiendo las limitaciones metodológicas de esta comparación) sin poder establecerse diferencias demográficas ni clínicas estadísticamente significativas al ingreso, éstas si son evidentes en el último control. Dichas diferencias son evidenciables en pacientes con HTA, DM2 y patología mixta.

Podemos concluir entonces que en la UMF los pacientes ingresados al Programa mejoran parámetros de compensación, pero esta metodología no nos permite establecer causalidad y atribuir estas cifras a los componentes del CCM ni a su grado de implementación. Para esto, es necesario realizar un estudio metodológicamente adecuado.

Financing: No asociada a la investigación.

Área: Investigación

ANGUSTIA MORAL EN TRABAJADORAS SOCIALES DE HOSPITALES PÚBLICOS DE SANTIAGO

Sebastián Soto Guerrero¹, Ivonne Vargas Celis², Valentina Garrido López³

(1) Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina

(2) Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Enfermería

(3) Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Trabajo Social

Introducción: El cuidado centrado en las personas es fundamental para la calidad del cuidado y la seguridad de los pacientes. En las redes integradas de salud, las trabajadoras sociales cumplen un rol fundamental en la continuidad del cuidado. No obstante, distintos actores y procesos de los niveles de salud pueden conducir a la experiencia de angustia moral. La angustia moral se concibe como la reacción que surge cuando uno sabe lo que se debe hacer, pero las limitaciones institucionales hacen que sea casi imposible seguir el curso de acción correcto. El concepto de angustia moral es bastante extendido en la investigación de enfermería, pero escaso en el campo del trabajo social.

Objetivo: Explorar las situaciones en que trabajadoras sociales de hospitales públicos experimentan angustia moral.

Métodos: Estudio cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a trabajadores sociales de dos hospitales distintos de Santiago entre diciembre de 2019 y enero de 2020. Los datos recolectados fueron transcritos verbatim y analizados de acuerdo con categorías, temas y patrones presentes en las narrativas de los participantes.

Resultados: Diez trabajadores sociales fueron entrevistadas (nueve mujeres y un hombre) quienes se desarrollaban en un hospital de niños (tres) y un hospital de adultos (siete) de Santiago de Chile. El promedio de años de experiencia laboral en salud fue de siete años. A partir del análisis de las entrevistas, se identificaron tres niveles en que las trabajadoras sociales experimentan angustia moral: (i) situaciones clínicas con toma de decisiones difíciles al interior del equipo, (ii) recursos limitados para la práctica y (iii) condiciones estructurales del sistema de cuidados. Se identificaron consecuencias negativas de la angustia moral pero también efectos positivos para la práctica del Trabajo social y la continuidad de los cuidados. Las trabajadoras sociales describieron estrategias de afrontamiento individuales y colectivas efectivas y no efectivas.

Conclusiones: Es de suma importancia para el trabajo social en salud explorar la angustia moral que experimentan sus profesionales en el acompañamiento de pacientes en sus procesos de salud y transición de cuidados. Se necesita explorar cómo los equipos multidisciplinares de salud pueden contribuir a afrontar este problema con el fin de aproximarse al modelo de cuidado centrado en las personas pese a las limitaciones locales, institucionales y de política pública.

Sociedad Chilena de Medicina Familiar



Más información en www.congresomedicinafamiliar.cl

