



EN SALUD

UNA PUBLICACIÓN DEL MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA DE TUCUMÁN

INVESTIGACIÓN

▼ pág. 11

**TELEMEDICINA: CONSULTAS
POR VALORES ELEVADOS
DE PRESIÓN ARTERIAL EN
LA PANDEMIA DE COVID-19**

▼ pág. 15

**¿POR QUÉ HUMANIDADES
MÉDICAS? UNA RESPUESTA
DESDE LA FACULTAD DE
MEDICINA DE LA UNT**

▼ pág. 20

**PRODUCCIÓN CIENTÍFICA
DE GRADO FM – UNT**

**Accesibilidad, Conectividad
y Satisfacción de los Usuarios
en la Teleconsulta**





GOBIERNO DE TUCUMÁN

Vicegobernador a cargo del Poder Ejecutivo

Cr. Osvaldo Jaldo

Ministro de Salud Pública

Dr. Luis Medina Ruiz

Secretario Ejecutivo Médico

Dr. Miguel Ferre Contreras

Secretario Ejecutivo Administrativo Contable

Cr. José Gandur

Subsecretaria de Estado

Dra. Lucía Mabel Cebe

Secretaria de Estado del Ministerio de Salud Pública

Dra. Cristina Majul

Dirección de Investigación en Salud

Directora: Dra. María de los Ángeles Peral

Mgtr. Margarita Abraham

Mgtr. Guillermo Barrenechea

Lic. Eugenia Silvana Ortega

Ing. Nancy C. Amicone

Trad. en inglés: Eliana R. Gaon

STAFF EDITORIAL

Editor Propietario

Ministerio de Salud Pública
Gobierno de Tucumán

Ministro de Salud

Dr. Luis Medina Ruiz

Director General

Dr. Luis Medina Ruiz

Directora Científica

Prof. Dra. María Peral de Bruno

Comité Editorial

Prof. Dr. Luis Medina Ruiz
Prof. Mgtr. Margarita Abraham
Lic. Eugenia Silvana Ortega
Mgtr. Guillermo Barrenechea
Mgtr. Romina Cuezco
Lic. María Elisa Bruno
Mgtr. Elena Sarrouf
Ing. Luis Rocha
Lic. Mariel González Linares

Coordinación Editorial

Prof. Dra. María de los Ángeles Peral
Prof. Ing. Nancy C. Amicone

Comité Científico

Prof. Dra. Rossana Chahla
Prof. Dra. Cristina Bazán de Casella
Prof. Dr. Gustavo Vigliocco
Prof. Dra. Liliana Fracchia
Méd. Esp. Bartolomé Llobeta
Prof. Dr. Eduardo Cohen Imach
Méd. Esp. Héctor H. Altieri
Mgtr. Selva Luna
Prof. Dr. Federico Pelli Noble
Méd. Mgtr. Rogelio Calli Flores
Mgtr. Eliana Rodríguez
Prof. Bioq. Mónica Túa
Méd. Esp. Pedro Rotger
Prof. Méd. Walter Sigler
Dr. Rodrigo Marañón
Lic. Laura Perelmutter

Comunicación, Diseño y Diagramación

Sr. Pablo Haro
Departamento de Comunicación y Promoción
para la Salud (PRIS)

SUMARIO

Editorial 4

Artículos originales

Accesibilidad, Conectividad, Satisfacción de los Usuarios en la Teleconsulta 6

Características Poblacionales de la Consulta mediante Telemedicina por
Valores Elevados de Presión Arterial durante la Pandemia de COVID-19 11

¿Por qué humanidades médicas? Una respuesta desde la Facultad de
Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán 15

Producción Científica de Grado – FM – UNT

Coordinación: Prof. Jesús Ma. Bazán, Facultad de Medicina – UNT; Prof. Rossana Toledo, Facultad de Medicina – UNT; Yolanda Brepe, Directora de la Red de Servicios del SIPROSA

Auto percepción de la Calidad de Vida en Personas con Discapacidad en la
localidad de Ranchillos 20

Impacto de la Pandemia por SARS-COV2 en la Salud Mental del Personal
Sanitario de un hospital público de Bella Vista 22

Percepciones sobre la Pandemia de COVID-19 en Adolescentes entre 13
a 19 años en Garmendia 24

Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 13 a
18 años de la localidad de Bella Vista 26

Instrucciones para Autores 28

EDITORIAL

En este nuevo número hemos completado la serie de artículos referidos a telemedicina. Recientes investigaciones en América Latina demostraron que la implementación de nuevos servicios de telemedicina logró mejorar la salud de las poblaciones, ponderando que la misma se presenta como una opción para reducir la brecha de salud y enfrentar los problemas relacionados con la igualdad en salud, acelerando así el logro del Objetivo de Desarrollo Sustentable 3 (ODS 3), fijado por las Naciones Unidas en el marco de la Agenda 2030. Tomando el concepto que en nuestro Ministerio ya se ha implementado la telemedicina como parte del plan estratégico de acción contra la lucha en la pandemia de COVID-19, estamos convencidos que esta permite acceder a servicios médicos en pacientes con capacidad limitada de movilidad tanto en zonas cercanas como en aéreas remotas. Aprovechando que disponemos de todo un servicio de telemedicina, en uno de los trabajos del presente número se propuso analizarla desde tres dimensiones claves: accesibilidad, conectividad y satisfacción de los usuarios. Con el objetivo que desde la base de un estudio con solidez científica se puedan sacar conclusiones que reajusten o reafirmen diferentes tópicos para el desarrollo de la misma en nuestro Sistema Sanitario. El artículo muestra en las respuestas de los usuarios no solo una distribución geográfica heterogénea sino también que en las tres dimensiones las respuestas de los usuarios han marcado una gran adherencia a la modalidad de Teleconsulta, apoyando a esta como una herramienta válida para el control de la salud de nuestra comunidad. Creemos que este estudio se proyectará en contribuir a optimizar o corregir el servicio de telemedicina con la finalidad de garantizar una mejor y más democrática atención a los ciudadanos y a delinear recomendaciones estratégicas y de políticas pública que impulsen el ejercicio de la misma. En esta misma línea se presenta otro artículo el cual evalúa las características de la población que consulta por valores elevados de presión arterial (HTA) durante la pandemia de COVID-19 utilizando la telemedicina. Se observa que, a pesar del motivo de consulta, HTA, esa población se asoció a una alta incidencia de obesidad. Los pacientes con HTA conocida, en su mayoría estaban medicados con 1 droga encontrándose pacientes de HTA de reciente descubrimiento. Surge, aquí también la Telemedicina como una respuesta ante la pandemia a fin de contribuir en la reducción del riesgo cardiovascular en estos pacientes.

En una nueva e innovadora temática se decidió aquí incluir como tema candente y necesario el de las Humanidades Médicas. Este trabajo presenta una síntesis del concepto de Humanidades Médicas. Proponiendo la utilización como guía de tres preguntas claves: ¿Qué son las humanidades médicas? ¿Cómo debemos incorporarlas? Y ¿Para qué sirven?, dando un enfoque de investigación-acción. La investigación educativa parte de lo que se hace para que la práctica genere no sólo cambios sino acciones que se materialicen en propuestas. En este sentido la formación en salud continua es una de las formas concretas que existen de nutrir lo que se hace con lo que se necesita. Termina proponiendo la construcción de una red de la temática para una mayor visibilización de las actividades.

Finalmente, con el objetivo de dar difusión e incentivar a los jóvenes investigadores se ha creado en este número una especial sección que incluye cuatro trabajos seleccionados por un comité de trabajos finales de la Carrera de grado de la Facultad de Medicina. Esta Producción Científica aborda diferentes temáticas todas ellas de suma actualidad y tratan en cierta forma de explicar en hechos concretos la problemática con las que están contextualizados cotidianamente los estudiantes del último año de la carrera de medicina, bordando una mirada diferente, joven y dinámica que sin duda será un eje motivador para incentivar la investigación en nuestros jóvenes.

Prof. Dra. María Peral de Bruno

Directora

Dirección de Investigación en Salud

Dr. Luis Medina Ruiz

Ministro

Ministerio de Salud de Tucumán

ACCESIBILIDAD, CONECTIVIDAD, SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LA TELECONSULTA

ACCESSIBILITY, CONNECTIVITY, SATISFACTION OF USERS IN TELECONSULTATION

Autores: María E. Lopez³, Margarita Abraham¹, Nancy Amicone¹, Lucía Cebe², María Peral¹, Rossana Chahla²
Instituciones: ¹Dirección de Investigación en Salud, ²Ministerio de Salud Pública de Tucumán, ³Servicio de Telemedicina
E-mail: dir_investigacion@msptucuman.gov.ar; mabraham79@gmail.com

RESUMEN.

La telemedicina es un sistema tecnológico integrado para la prestación de servicios de salud, que permite la realización de actos médicos de forma remota. La evidencia científica sugiere que la Telemedicina y la virtualidad son capaces de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación. El Objetivo del trabajo fue aplicar un instrumento validado, con consistencia interna (Alfa de Cronbach 0,679), con resultado Satisfactoriamente Aceptable, para medir accesibilidad, conectividad y satisfacción en la Teleconsulta. Metodología: es un estudio de tipo descriptivo transversal. Se seleccionaron los usuarios de TELEMEDICINA y CONSULTORIOS VIRTUALES, con una muestra no probabilística intencional. Totalizaron 427 respuestas de individuos. Se consideraron las variables: accesibilidad, conectividad, proceso de atención médica y el nivel de satisfacción del usuario en relación al uso de la Teleconsulta. Resultados: la edad de los usuarios es entre 30 a 49 años (60%). El 74% es de género femenino. La accesibilidad geográfica y la conectividad no es homogénea en toda la provincia. El mayor impacto está dado en los núcleos urbanos (86%), cercanos a la Capital, Taffi Viejo, Cruz Alta y Yerba Buena. Solicitar turnos por los usuarios fue fácil en un 83.33%. Con respecto a la conectividad domiciliaria, 42.2% evalúa como excelente. El 90% de usuarios se sintió cómodo en la consulta on line y el 81% de los encuestados volvería a realizar una Teleconsulta. Conclusión: Se concluye que el cuestionario reúne suficientes propiedades psicométricas como para que pueda ser considerado una herramienta útil y fiable para medir las variables estudiadas. Proporcionar eficientemente conectividad a poblaciones urbanas y ricas, es un modelo que necesita ser complementado con diferentes enfoques para satisfacer las necesidades de un público más diversificado. Por tal razón, estos son aspectos que trascienden al sector de la salud y por lo tanto deben abordarse con un enfoque en el cual participe toda la sociedad.

SUMMARY.

Telemedicine is an integrated technological system for the provision of health services, which allows the performance of medical acts remotely. Scientific evidence suggests that Telemedicine and virtuality are capable of facilitating access and opportunity in the provision of services to the population, in the components of promotion, prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation, by health professionals who use technologies of information and communication. The objective of the work was to apply a validated instrument, with internal consistency (Cronbach's Alpha 0.679), with a Satisfactorily Acceptable result, to measure accessibility, connectivity and satisfaction in the Teleconsultation. Methodology: it is a cross-sectional descriptive study. TELEMEDICINE and VIRTUAL CONSULTANTS users were selected, with an intentional non-probabilistic sample. They totaled 427 responses from individuals. The variables were considered: accessibility, connectivity, medical care process and the level of user satisfaction in relation to the use of Teleconsultation. Results: the age of the users is between 30 to 49 years (60%). 74% are female. Geographic accessibility and connectivity is not homogeneous throughout the province. The greatest impact is given in the urban centers (86%), close to the Capital, Taffi Viejo, Cruz Alta and Yerba Buena. Requesting shifts by users was 83.33% easy. With regard to home connectivity, 42.2% evaluate it as excellent. 90% of users felt comfortable in the online consultation and 81% of those surveyed would do a Teleconsultation again. Conclusion: It is concluded that the questionnaire has enough psychometric properties to be considered a useful and reliable tool to measure the variables studied. Efficiently providing connectivity to urban and wealthy populations is a model that needs to be complemented with different approaches to meet the needs of a more diversified audience. For this reason, these are aspects that transcend the health sector and therefore must be approached with an approach in which the whole of society participates.

PALABRAS CLAVE: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Telemedicina, Consulta Remota, Satisfacción del paciente.

KEYWORDS: Health Services Accessibility, Telemedicine, Remote Consultation, Patient Satisfaction

INTRODUCCIÓN

En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se recalca que la expansión de las tecnologías de la información y las comunicaciones y la interconexión mundial brinda grandes posibilidades para acelerar el progreso humano, superar la brecha digital y desarrollar las sociedades del conocimiento.¹

La Declaración de Astaná (2018), a 40 años de Alma Ata, señala que parte de su éxito dependerá de la relación con la Tecnología, entre otros puntos. Y refiere que: "la ampliación y extensión del acceso a una serie de servicios de atención de la salud será mediante el uso de otras tecnologías, promoviendo su accesibilidad y uso racional y seguro, así como la protección de los datos personales. . . Utilizaremos una variedad de

tecnologías para mejorar el acceso a la atención de la salud, enriquecer la prestación de los servicios de salud, mejorar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente, y aumentar la eficiencia y la coordinación de la atención. . . A través de tecnologías digitales y de otro tipo, permitiremos que las personas y las comunidades identifiquen sus necesidades de salud, participen en la planificación y prestación de servicios y desempeñen un papel activo en el mantenimiento de su propia salud y bienestar".^{2,3}

La Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024 tiene como uno de sus objetivos que se implementen redes de TELESALUD, que permitan la atención a distancia del paciente y las consultas de segunda opinión, mejorando la accesibilidad, evitando traslados y compensando las diferencias regionales de especialidades y recursos.⁴

La telemedicina es un sistema tecnológico integrado para la prestación de servicios de salud, que permite la realización de actos médicos de forma remota. Está catalogada como la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población. Constituyendo la salud y la atención sanitaria una de las áreas más beneficiadas por su implementación, y donde mayor impacto han tenido. La salud digital debe formar parte integrante de las prioridades de salud y beneficiar a las personas de una manera ética, segura, fiable, equitativa y sostenible. Debe desarrollarse con arreglo a los principios de transparencia, accesibilidad, escalabilidad, replicabilidad, interoperabilidad, privacidad, seguridad y confidencialidad.^{5,6,7}

La transformación digital de la atención de la salud puede ser perturbadora; sin embargo, la asistencia virtual, la supervisión a distancia, las plataformas, las herramientas que permiten intercambiar y almacenar datos a distancia e intercambiar información dentro del ecosistema de salud, dan lugar a una continuidad asistencial. Los resultados que se obtienen permiten mejorar los diagnósticos médicos, las decisiones terapéuticas basadas en datos, las terapias digitales, los ensayos clínicos, el autocuidado y la atención centrada en las personas, además de ampliar los conocimientos basados en la evidencia, las aptitudes y las competencias de los profesionales para prestar servicios de salud.⁸

Es en este sentido, el presente proyecto de investigación aborda uno de los principales problemas de salud que es la accesibilidad, si bien son de diversos orígenes, pero en el caso que nos ocupa es fundamentalmente la accesibilidad geográfica, conectividad tecnológica, y satisfacción de los usuarios en la Teleconsulta. Por lo que se considera, que los resultados generados, serán aplicables y replicables en diferentes contextos sanitarios.

Así, el modelo tradicional de provisión de acceso a Internet, impulsado por las inversiones de operadores de telecomunicaciones, no puede considerarse como una solución universal e infalible porque, aunque pueda proporcionar eficientemente conectividad a poblaciones urbanas y ricas, este modelo claramente necesita ser complementado con diferentes enfoques para satisfacer las necesidades de un público más diversificado.⁹ Por tal razón, estos son aspectos que trascienden al sector de la salud y por lo tanto deben abordarse con un enfoque en el cual participe toda la sociedad.¹⁰

Con el objeto de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades, se realizaron numerosos estudios cualitativos para conocer los aspectos que generan satisfacción/ insatisfacción.

La satisfacción del usuario constituye un marcador de calidad fundamental.¹¹ Es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye, producto de su encuentro e interacción con el servicio. Dicha evidencia es rescatada en estudios de calidad de los servicios de salud. Representada como un factor relevante en la gestión de los servicios de salud al ser un reflejo no sólo del acto médico sino de la interacción de todos los componentes involucrados al usar un servicio de salud.¹²

Actualmente existe un auge en la realización de estudios que evalúan la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, evaluando dimensiones que van desde la infraestructura, hasta la relación del profesional de la salud con los usuarios, siendo éste un indicador de resultado y calidad percibida que puede incluso afectar directamente la adherencia al tratamiento. La práctica de medir la satisfacción del paciente se ha convertido en un medio de valoración general de los servicios de salud, por ello esta verificación debe ser válida y confiable para permitir, a partir de ella, generalizar los resultados.¹³

OBJETIVOS

- Medir la conectividad, accesibilidad y la satisfacción del usuario en el uso de la Teleconsulta.
- Describir la distribución geográfica de Teleconsulta en la provincia de Tucumán

En ese escenario, resulta crucial el disponer de una herramienta estandarizada válida y confiable, en el que se considere la estructura y el contexto del sistema de salud. Se aplicó la encuesta ACSU-TEC, diseñada y validada previamente, a través del Test de Cronbach. Cuya fiabilidad del instrumento, resultado de ACSU-TEC (Accesibilidad, Conectividad y Satisfacción de los Usuarios en la Teleconsulta) de 15 ítems que exploran aspectos relacionados con la accesibilidad, conectividad, proceso de atención y satisfacción. La Encuesta Final ACSU-TEC ha demostrado tener una buena estructura factorial, una buena capacidad predictiva y una alta consistencia interna. El análisis factorial exploratorio de componentes principales identificó una estructura en dos factores que explicaba, una media de 3.4 a 4.8 y la varianza 2.17. La denominación de los factores se realizó intentando encontrar un nexo común que engloba las distintas variables incluidas en cada uno de los 15 ítems analizados. La fiabilidad del cuestionario medida mediante el valor Alfa de Cronbach aportó un valor superior a 0.60 en todos los casos, no mejorables tras la exclusión de ninguna de las variables, indicando que la encuesta presenta una adecuada consistencia interna.¹⁴

El propósito de la presente investigación es contribuir con conocimiento sobre la accesibilidad, conectividad satisfacción de los usuarios en la Teleconsulta y de esta manera, optimizar o modificar aspectos inherentes al servicio de telemedicina con la finalidad de garantizar una mejor y más democrática atención a los ciudadanos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó un estudio descriptivo transversal, con una muestra no probabilística intencional a partir de los usuarios de telemedicina, consultorios virtuales, del Sistema Provincial de salud. Provincia de Tucumán. Totalizaron 427 usuarios que fueron asistidos mediante telemedicina durante los meses de mayo, junio y julio del 2021.

Consideraciones éticas

En este estudio se analizaron datos extraídos de fuentes secundarias donde la confidencialidad del sujeto se encuentra preservada con lo estipulado en la Ley 17.622 de Resguardo del Secreto Estadístico garantizando que la información que se presenta mantenga el carácter confidencial y reservado del informante.

Variables evaluadas

Las dimensiones que fueron consideradas responde al instrumento validado fueron:

a) Accesibilidad de la consulta por telemedicina, facilita al usuario la oportunidad de registro de turnos en menor tiempo, así también, la dificultad percibida en el acceso y disponibilidad del turno.

Los constructos elaborados fueron:

- Grado de dificultad en el acceso al turno
 - Disponibilidad de turnos
- b) Conectividad del usuario, sobre el uso de los dispositivos que tiene disponible para realizar la video consulta.
- Constructo: Valoración de la conexión del usuario

c) Proceso de Atención Médica, como un factor relevante reflejado, no sólo del acto médico, sino de la interacción de todos los componentes involucrados al usar la Teleconsulta.

Los constructos elaborados fueron:

- Puntualidad por parte del profesional
- Puntualidad por parte del paciente
- Responsabilidad en la asistencia por parte del profesional
- Responsabilidad en la asistencia por parte del paciente
- Claridad en las indicaciones médicas
- Valoración en la atención brindada- Valoración de la duración de la consulta

d) Satisfacción de usuario durante la consulta: Respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio es una evidencia que es rescatada en estudios de calidad de los servicios de salud.

Los constructos elaborados fueron:

- Acompañamiento familiar en el proceso de la Teleconsulta
- Valoración de la adherencia al tratamiento (indicaciones médicas)
- Responsabilidad en el cumplimiento de las indicaciones
- Responsabilidad en el cumplimiento de los controles virtuales
- Validación de la comodidad del paciente en la consulta virtual (uso de pantallas)
- Elección de la consulta virtual como medio de atención

Procesamiento y análisis de los datos

Atención de telemedicina y aplicación de encuestas

Esta atención consistió en una consulta sincrónica de 30 minutos de duración con el médico, en la que se realizó anamnesis, diagnóstico clínico cuando era factible y se entregaron indicaciones para el tratamiento. Posterior a la consulta virtual, se realizó la encuesta, de manera telefónica, por el personal administrativo del servicio de Telemedicina que brinda información y orientación a los pacientes que solicitan consultas a través del Call Center. El encuestador debía explicar al paciente la finalidad de la encuesta y debía preguntar si él mismo quería participar dejando en claro que si no lo deseaba, esta decisión no afectaría de manera negativa las posteriores consultas/asistencia en el Ministerio de Salud Pública. La encuesta se respondió de manera telefónica por el propio paciente y en el caso de que hubiera algún tipo de dificultad o limitación y deseara cumplimentarla se debía brindar la ayuda necesaria. El proceso fue supervisado por los investigadores del proyecto.¹⁵

Los datos de las encuestas fueron introducidos por el investigador en una planilla Excel especialmente diseñada para el estudio.

Instrumento de medición

Se aplicó la encuesta denominada ACSU-TEC (Accesibilidad, Conectividad y Satisfacción de los Usuarios en la Teleconsulta) de 15 ítems que exploraron aspectos relacionados con la accesibilidad, conectividad, proceso de atención y satisfacción. Elaborada con preguntas semiestructuradas, además de Escala tipo Likert. Cada uno de los cuales puntuaba en una escala ordinal desde 1 hasta 5, valorando cualitativamente (malo, regular, bueno, muy bueno y excelente) siendo 1 la respuesta peor valorada y 5 la mejor. La encuesta comprendía todos los aspectos de las variables enunciadas, desde que el paciente solicita el turno para la consulta hasta que es atendido.

RESULTADOS

En base al análisis de los datos, se obtuvo la siguiente información: La edad, de los Usuarios de Teleconsulta (n=427), estuvo representada por el rango de edades, entre 20 a 49 años (86%), siendo bajas las Teleconsultas en mayores de 60 y menores de 19 años (14%). Asimismo, estuvo representado por el género femenino en el 74%.

De la observación geográfica de la Teleconsulta Médicas, surge que la accesibilidad al sistema médico online no es homogénea en toda la provincia. Hay lugares que no se conectan (3 departamentos no registran respuesta: Trancas, La Cocha y Graneros), probablemente por falta de información acerca del servicio, o bien por tener una conectividad mala. El acceso al servicio en varios departamentos (10 en total con menos de 10 respuestas) es escaso. Se trata de zonas con problemas de conectividad constantes.

El mayor impacto está dado en los núcleos urbanos cercanos a la capital (En 4 departamentos: Capital, Tafi Viejo, Cruz Alta y Yerba Buena) estas zonas poseen la mayor cantidad de respuesta: el 86% aproximadamente (Ver mapa 1). Como síntesis, se puede expresar que el sistema necesita un mayor caudal de comunicación hacia el público usuario para que hagan uso del servicio y también en Departamentos con baja respuesta es necesario mejorar la conectividad. Siendo estos lugares donde mayor impacto puede otorgar el servicio.

Mapa 1: Distribución Geográfica de la Teleconsulta en la Provincia de Tucumán.

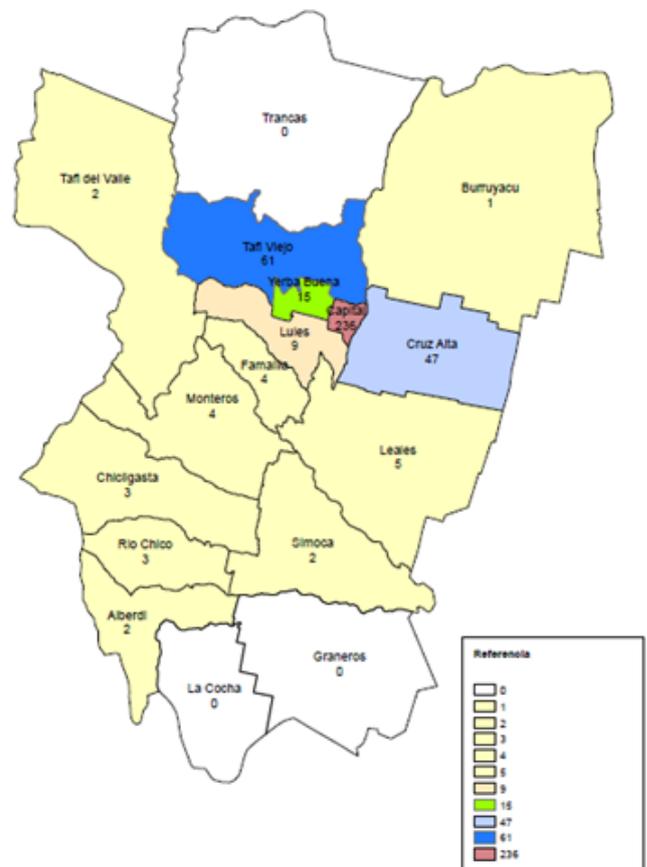
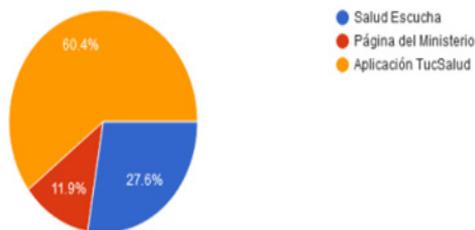


Gráfico 1: Distribución de casos según accesibilidad tecnológica (n=427)

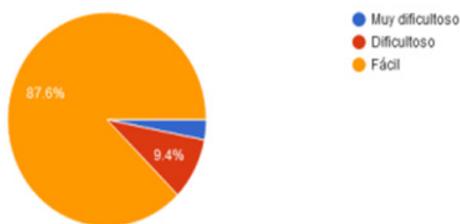
P1: ¿Cuándo se registró para acceder al turno de la consulta virtual, le resultado?



En el análisis el 60.4% responde que accedió a la Teleconsulta por la app TucSalud desarrollada por el Ministerio de Salud Pública de Tucumán.

Gráfico 2: Distribución de casos según dificultad en la obtención de un turno para la Teleconsulta (n=427)

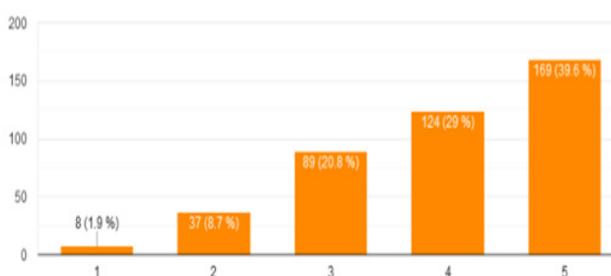
P2: ¿Por cuál vía accedió a la Teleconsulta?



La accesibilidad a los turnos de consulta, en un 87.6% fue fácil.

Gráfico 3: Distribución de casos según evaluación del usuario para conseguir turno (n=427)

P3: ¿Cómo evaluaría la posibilidad de conseguir turno? (1=Malo, 2=Regular, 3=Bueno, 4=Muy bueno, 5=Excelente)



Con respecto a la conectividad el 73% evalúa como Muy Bueno y Excelente.

Gráfico 4: Distribución de casos según conectividad del usuario para la atención virtual (n=427)

P4: ¿Cómo evaluaría la conexión desde su casa para la atención virtual? (1=Malo, 2=Regular, 3=Bueno, 4=Muy bueno, 5=Excelente)

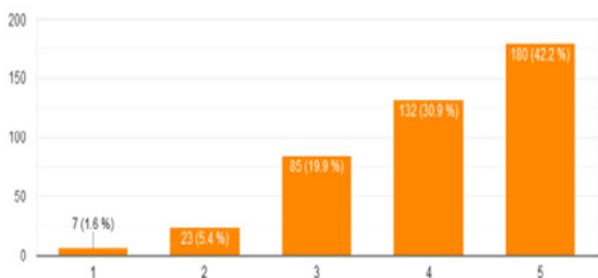
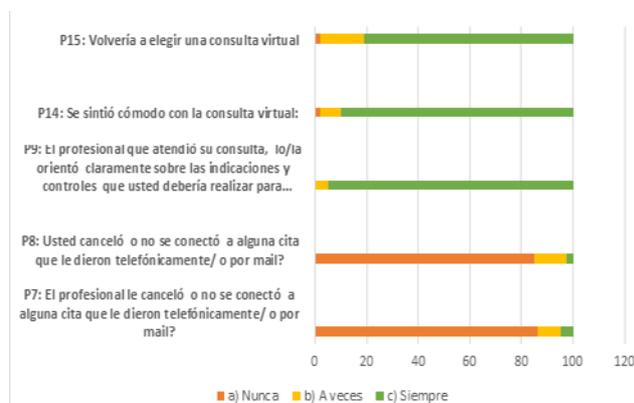


Tabla 1: Satisfacción de usuario según proceso de atención médica

	1	2	3	4	5
P5: ¿Cómo evaluaría el cumplimiento del horario acordado para la consulta?	8	21	75	124	199
P6: ¿Cómo evalúa el tiempo de duración de la consulta?	3	18	53	130	223
P10: ¿Cómo evalúa la atención brindada por el profesional que atendió su consulta.	2	5	21	75	324
P11: ¿Cómo se evalúa Ud. para cumplir con las indicaciones dadas por el profesional que lo atendió?	3	7	61	147	209
P12: ¿Cómo se evalúa Ud. para cumplir con los sucesivos controles virtuales?	5	2	68	144	208
P13: ¿Cómo evaluaría el grado de acompañamiento de su familia en la Teleconsulta?	7	14	69	153	184

La Tabla 1 sintetiza el resultado de las preguntas sobre satisfacción en escala (1=Malo, 2=Regular, 3=Bueno, 4=Muy bueno, 5=Excelente)

Gráfico 5: Distribución de casos según grado de satisfacción en la Teleconsulta (n=427)



El 96.33% declara que se sintió cómodo en la consulta on line y el 86% de los encuestados declara que volvería a realizar una Teleconsulta.

DISCUSIÓN

En este trabajo se aplicó la encuesta validada (Alfa de Cronbach 0,679). ACSU-TEC (Accesibilidad, Conectividad y Satisfacción de los Usuarios en la Teleconsulta), permitió obtener resultados sobre la accesibilidad, la conectividad, engloba el proceso de atención y mide la satisfacción del usuario en el uso de la telemedicina. En concordancia con estudios realizados, desde las perspectivas de los usuarios, es que les genera confianza, accesibilidad y son fáciles de usar 16. Abarcó todos los aspectos de la atención, desde que el paciente solicita la citación para la Teleconsulta hasta que es atendido en la misma.

CONCLUSIÓN

Se constata una buena satisfacción de los pacientes con los dispositivos de telemedicina y con el resultado de la atención recibida a través de la Teleconsulta. Continuar con este trabajo es una oportunidad para mejorar la experiencia y, sobre todo, los resultados asistenciales, con estrategia y planificación.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración prestada para la realización de este trabajo a: Equipo de Telemedicina. Equipo del 107. Ing. Beatriz Gauna (Departamento de Informática) Ing. Carlos Arce (Dirección General de Fiscalización Sanitaria) Sistema Provincial de Salud. Ministerio de Salud Pública de Tucumán.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Disponible en Internet https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf
2. OPS/OMS. Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud en la Conferencia de Astaná. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14753:new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference&Itemid=1926&lang=es
3. Declaración de Astaná. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gphc-declaration-sp.pdf>
4. Rueda. Salud Digital y Teleeducación En Red. El impacto de la formación sanitaria y médica a través de las Redes de Comunicación a Distancia (OCDs) de la Argentina. Bossio, Paz; Adén, Federico y Col. Tel. San Salvador de Jujuy/ Jujuy/ Argentina. 2019.
5. Plan de contingencia COVID 19. Ministerio de Salud Pública de Tucumán. 2020.
6. Bokolo, A. Department of Computer Science, Norwegian University of Science and Technology, NTNU, NO-7491 Trondheim, Norway. Exploring the adoption of telemedicine and virtual software for care of outpatients during and after COVID-19 pandemic 2020
7. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening: evidence and recommendations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311980>), (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311980>, última consulta el 17 de diciembre de 2019).
8. Juan R. Márquez. Revista Colombiana. La Teleconsulta en Gastroenterología. Vol. 35. diciembre 2020.
9. Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrell Bentz RM. (2009) Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26(2):176–83.
10. APS Y EQUIPOS DE SALUD. COMPETENCIA 15- ALFABETIZACION SALUD DIGITAL. Bossio Paz, Adén Federico, Cuevas Marcelo
11. Organizational climate and satisfaction of the external user in the hospitalization services of the Instituto Nacional de Salud del Niño. Fernández-Oliva D, RevillaVelásquez M, Kolevic-Roca L, CabrejosCastilla I, Muchaypiña-Gallegos I, Sayas-Avilés I, Chávez-Conde L, Mamani-Urrutia V. 2017. An Fac med. 2019;80(2): 188-92.DOI: <https://10.15381/anales.802.15745>
12. Moscoso, M. Villarreal-Zegarra, D. Castillo, R. Bellido-Boza, L. Mezones-Holguin, E. Validez y confiabilidad de la escala de satisfacción de los usuarios de consulta médica ambulatoria en Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2019.
13. Amicone, N.; Abraham, M.; López, M.E.; Peral de Bruno, M.; Chahla, R. TELEMEDICINA EN TUCUMÁN DURANTE LA PANDEMIA. IMPORTANCIA DE LA TELECONSULTA EN TIEMPOS DE COVID-19. SAN MIGUEL DE TUCUMÁN. Ministerio de Salud Pública de Tucumán. En revista Investigación en Salud, una publicación del Ministerio de Salud de Tucumán. Volumen IV, N°1. Año 2020.
14. Abraham, M; Amicone, N; Cebe, L; López, ME; Vallejo Trejo, L; Peral, M; Chahla, R. FIABILIDAD DE CONSTRUCTO DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR LA ACCESIBILIDAD, CONECTIVIDAD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL USO DE LA TELECONSULTA. Encuesta Final ACSU-TEC. Ministerio de Salud Pública de Tucumán. En revista Investigación en Salud, una publicación del Ministerio de Salud de Tucumán. Volumen IV, N°2. Año 2021.
15. Abraham, M; Amicone, N; Cebe, L; López, ME; Vallejo Trejo, L; Peral, M; Chahla, R. FIABILIDAD DE CONSTRUCTO DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR LA ACCESIBILIDAD, CONECTIVIDAD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL USO DE LA TELECONSULTA. Encuesta Final ACSU-TEC. Ministerio de Salud Pública de Tucumán. En revista Investigación en Salud, una publicación del Ministerio de Salud de Tucumán. Volumen IV, N°2. Año 2021. pág. 10.
16. Infosalud.<https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-confianza-facilidad-accesibilidad-mas-valoran-pacientes-telemedicina-20181022131522.html>



CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES DE LA CONSULTA MEDIANTE TELEMEDICINA POR VALORES ELEVADOS DE PRESIÓN ARTERIAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19

POPULATION CHARACTERISTICS OF THE CONSULTATION BY TELEMEDICINE FOR HIGH VALUES OF BLOOD PRESSURE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Autores: Álvaro D. Carrizo¹; Eugenia Lopez¹; María Peral de Bruno²; Claudio Joo Turoni²

Instituciones: ¹Servicio de Telemedicina - SIPROSA - Tucumán, ²Dpto Biomédico Or. Fisiología - Facultad de Medicina - INSIBIO - CONICET - Tucumán

E-mail: adcarrizo@yahoo.com.ar

RESUMEN.

INTRODUCCION: La Telemedicina surge como una herramienta accesible en la pandemia de COVID 19. **OBJETIVO:** Evaluar las características de la población que consulta mediante telemedicina por valores elevados de presión arterial durante la pandemia de COVID 19.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron los pacientes mayores de 18 años con o sin diagnóstico previo de hipertensión arterial (HTA) que realizaron una consulta al Servicio de Telemedicina del Sistema Provincial de Salud (SIPROSA) por valores elevados de presión arterial (PA).

RESULTADOS: Se evaluaron 180 pacientes (128 mujeres y 52 varones) de 49.4 ± 1.0 años de edad. Hubo una alta proporción de sobrepeso (24%) y obesidad (58%), teniendo el 14% obesidad mórbida. 63% de los pacientes presentaron antecedentes de HTA ya diagnosticada y 37% sin antecedentes de HTA. Los pacientes con antecedentes de HTA tomaban, en promedio $0,8 \pm 0,1$ medicamentos antihipertensivos. 54% tomaban 1 droga y 14% no tomaba ningún medicamento. La edad fue mayor en el grupo con antecedentes de HTA (sin HTA: 44 ± 1 años; $n=62$ vs. con HTA: 53 ± 1 años; $n=113$; $p < 0,01$).

CONCLUSIONES: Se observa una población con una alta incidencia de obesidad independiente de antecedentes de HTA. Los pacientes con HTA conocida, en su mayoría estaban medicados con 1 droga y en los pacientes sin antecedentes de HTA tendría que descartarse, con el seguimiento, una HTA de reciente descubrimiento. Surge, así la Telemedicina como una respuesta ante la pandemia a fin de contribuir en la reducción del riesgo cardiovascular en estos pacientes.

SUMMARY.

INTRODUCTION: Telemedicine emerges as an accessible tool in the COVID 19 pandemic. **OBJECTIVE:** To evaluate the characteristics of the population that consults through telemedicine due to high blood pressure values during the COVID 19 pandemic.

MATERIAL AND METHODS: Patients older than 18 years with or without a previous diagnosis of arterial hypertension (HT) who consulted the Telemedicine Service of the Provincial Health System (SIPROSA) for elevated blood pressure (BP) were included.

RESULTS: 180 patients (128 women and 52 men) of 49.4 ± 1.0 years of age were evaluated. There was a high proportion of overweight (24%) and obesity (58%), with 14% having morbid obesity. 63% of the patients had a history of HT already diagnosed and 37% without a history of HT. Patients with a history of hypertension took, on average, 0.8 ± 0.1 antihypertensive drugs. 54% took 1 drug and 14% did not take any medication. Age was higher in the group with antecedents of HT (without HT: 44 ± 1 years; $n = 62$ vs. with HT: 53 ± 1 years; $n = 113$; $p < 0.01$).

CONCLUSIONS: The population with a high incidence of obesity, independent of antecedents of HT, is observed. Most of the patients with known HTN were medicated with 1 drug and in patients without antecedents of HT; a recently discovered HT would have to be ruled out with follow-up. Thus Telemedicine arises as a response to the pandemic in order to contribute to the reduction of cardiovascular risk in these patients.

PALABRAS CLAVE: Telemedicina, Hipertensión arterial, obesidad.

KEYWORDS: Telemedicine, Hypertension, obesity.

INTRODUCCIÓN

En la cuarentena por pandemia de COVID 19, la exposición de personas en centros de salud aumenta el riesgo de adquirir dicha enfermedad. Además, los pacientes en general no consultan a los centros hospitalarios por miedo a infectarse¹. Esto lleva a un déficit en el diagnóstico y control de las enfermedades crónicas prevalentes.

La hipertensión arterial (HTA) afecta aproximadamente a 1 de cada 3 personas adultas y en muchos casos no está diagnosticada o reciben un tratamiento insuficiente. Cuando se deja a su evolución natural produce complicaciones en los órganos blancos (cerebro, riñones, grandes arterias y corazón) que afectan gravemente la calidad de vida de los pacientes, siendo considerado el factor de riesgo más común de las enfermedades cardiovasculares². Uno de los principales motivos de consulta en los consultorios de Cardiología y Clínica es un registro de presión arterial (PA) elevado.

La HTA tiene una elevada prevalencia en sociedades occidentales y

contribuye en forma clara en las tasas de morbilidad y mortalidad en la población. La aplicación de nuevas tecnologías en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes hipertensos puede mejorar el control de los niveles de PA y en consecuencia contribuir en la reducción del riesgo cardiovascular³.

La Telemedicina, definida como la capacidad de brindar servicios médicos a distancia, surge como una herramienta accesible en estas situaciones de cuarentena. Dadas las condiciones tecnológicas actuales, un médico entrenado en Telemedicina puede convertir esta práctica médica en una labor con un alto índice de calidad. Otra ventaja es que permite conocer a los pacientes en su ambiente natural, lo que contribuye en una relación médico-paciente directa, además brinda una forma de ahorro en traslado y tiempo que el paciente afrontaría si tendría que asistir a un centro de atención médica. Por lo que la Telemedicina, durante y después de la pandemia de COVID-19 tendría un rol protagónico en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas prevalentes⁴.

La HTA se ha convertido en una consulta frecuente también por tele-

medicina. En los pacientes con HTA, la telemedicina podría usarse para el diagnóstico, control de las cifras de presión arterial (PA), generación de recetas de medicamentos y pedidos de estudios complementarios⁵. Todo esto sin que el paciente salga de su domicilio; una manera cómoda, rápida y económica en esta población.

OBJETIVOS

Evaluar las características de la población que consulta mediante telemedicina por valores elevados de presión arterial durante la pandemia de COVID 19.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron los pacientes mayores de 18 años con o sin diagnóstico previo de HTA que realizaron una consulta al Servicio de Telemedicina del SIPROSA por valores elevados de PA (se consideraron valores elevados a aquellos iguales o mayores de 140 mmHg de sistólica o 90 mmHg de diastólica) registrados con tensiómetro digital de brazo validado o aneroides en forma ambulatoria durante los meses de marzo a junio del año 2021.

Se descartaron los pacientes con antecedentes de daño de órgano blanco (evento cerebral, cardiovascular o renal), que tengan en la consulta actual signos o síntomas de crisis hipertensiva, que estén cursando embarazo, que no se hayan tomado la presión en el brazo o que no recuerden las cifras tensionales por las que consultaron.

Se registró, antecedentes de HTA, edad, sexo, peso y talla, antecedentes de tabaquismo, diabetes o dislipemia, medicación, los valores de PA por los que consultó.

Se definió antecedentes de HTA si el paciente se conocía hipertenso. En caso contrario se designó como sin antecedentes de HTA.

Se calculó el índice de masa corporal (IMC) mediante la fórmula (peso en Kg) / (talla en m)² y se categorizó a los pacientes en: desnutrición (IMC < 18,5); normopeso (IMC \geq 18,5 y < 25); sobrepeso (IMC \geq 25 y < 30); obesidad (IMC \geq 30 y < 35); obesidad severa (IMC \geq 35 y < 40) u obesidad mórbida (IMC \geq 40).

Consideraciones Éticas: Este Protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Dirección de Investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán (Dictamen N° 33/2021). Se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Análisis estadístico: Los datos se expresaron como promedio \pm error standard o porcentaje (%). Se consideró estadísticamente significativa una probabilidad < a 5% (p < 0,05). Se utilizó χ^2 ó Correlación de Pearson.

RESULTADOS

Se evaluaron 180 pacientes (128 de sexo femenino y 52 de sexo masculino). Los valores de PA por lo que consultaron fueron: PA sistólica 164 \pm 2 mmHg y PA diastólica 97 \pm 1 mmHg. La PA de pulso fue de 66 \pm 1 mmHg y la PA media 119 \pm 1 mmHg. Tal como se observa en la Figura 1, la mayoría de pacientes (73%) consultó por aumento de la PA sistodiastólica y el 23% consulto por elevación aislada de la PA sistólica o diastólica.

La edad fue de 49.4 \pm 1.0 años (rango 18 a 92 años) y el IMC de 33 \pm 1 (rango 20 a 59). La Figura 2 muestra la distribución por IMC y sexo. Tal como se observa en la Figura 2 no hubo pacientes con desnutrición y hubo una alta proporción de sobrepeso (24%) y obesidad (58%), teniendo el 14% obesidad mórbida. En los pacientes estudiados, 20% presentaban diabetes; 29% dislipemia y 10% tabaquismo. No hubo diferencias en los parámetros estudiados entre varones y mujeres.

En la población estudiada, 63% de los pacientes presentaron antecedentes de HTA ya diagnosticada y 37% no presentaban ningún antecedente de HTA.

El número de drogas con los que estaban medicados los pacientes con antecedentes de HTA era, en promedio 0,8 \pm 0,1 medicamentos antihipertensivos. La mayoría ingería un antihipertensivo y 14% no tomaba ningún medicamento (Figura 3A). La mayoría estaba medicada con inhibidores de la ECA (Figura 3B). Los pacientes sin antecedentes de HTA no tomaban ninguna droga antihipertensiva.

Cuando se comparó los pacientes con y sin antecedentes de HTA ya diagnosticada, la edad fue mayor en el grupo con antecedentes de HTA (sin HTA: 44 \pm 1 años; n=62 vs. con HTA: 53 \pm 1 años; n=113; p<0,01). El IMC fue similar en ambos grupos. No hubo asociación entre presencia de HTA con dislipemia (χ^2 : 2,34; p: NS), diabetes (χ^2 : 0,31; p: NS) o tabaquismo (χ^2 : 0,14; p: NS). En ambos grupos fueron similares los valores de PA sistólica (sin HTA: 164 \pm 3 mmHg vs con HTA: 161 \pm 3 mmHg; p: NS) y diastólica (sin HTA: 99 \pm 2 mmHg vs con HTA: 99 \pm 2 mmHg; p: NS). En el grupo sin antecedentes de HTA no hubo correlación entre los valores de PA con la edad (Figura 4A), y en el grupo con antecedentes de HTA la PAS se correlacionó positivamente con la edad (Figura 4B).

DISCUSIÓN

Se muestra en este estudio que la mayoría de pacientes que realizaron consulta por Telemedicina en la provincia de Tucumán por valores elevados de PA son de sexo femenino con antecedentes de HTA y obesidad. En un estudio en España, se observó una mayor demanda sanitaria de la población femenina a la consulta asistencial⁶. Esta situación se puede extrapolar a nuestra población. Por lo tanto, el hecho que en telemedicina se mantenga esta situación indica una conducta de las mujeres a realizar consulta médica independiente del canal de respuesta.

La mayoría de consultas fue por aumento de la PA sistólica-diastólica. Si bien clásicamente, la PA sistólica se relacionó con riesgo de accidente cerebro vascular y coronariopatía, el aumento de la PA diastólica tiene interés pronóstico por sí misma⁷. Actualmente se conoce que tanto el aumento la PA sistólica como la diastólica están relacionados con eventos cardiovasculares⁸. Si además se agrega que al menos el 63% ya tenía antecedentes de HTA y que de estos el 14% no estaba medicado se puede hipotetizar que la población estudiada presenta un riesgo cardiovascular aumentado.

Con respecto a los pacientes con antecedentes de HTA medicados, casi la mitad estaban tratados con una sola droga antihipertensiva, principalmente IECA o ARA2. Las guías actuales son categóricas en la asociación de al menos 2 drogas en forma temprana⁹, no solo para aumentar la compliance del paciente al tratamiento sino también para evitar el daño de órgano blanco. Por lo tanto, en este punto se puede suponer que los valores de PA por los que consultaron los pacientes podría deberse a una submedicación, ya sea por parte del médico tratante o por falta de adherencia al tratamiento. Sin embargo, no se puede descartar incumplimiento de las medidas no farmacológicas. Apoya esta hipótesis el elevado IMC de los pacientes. En la consulta por Telemedicina se pueden realizar ajustes de la medicación evitando el traslado del paciente, lo que facilitaría la adherencia del mismo al tratamiento, además de descongestionar a los centros asistenciales y evitar el riesgo a contagio por COVID-19. En este sentido, un estudio en enfermedades digestivas demostró que la telemedicina puede ser eficaz para controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida¹⁰.

Un 37% de los pacientes que consultaron no tenían antecedentes de HTA. Este grupo no tomaba ninguna droga antihipertensiva. Basándonos en las guías actuales¹¹, se plantea la interrogante de si son pacientes con HTA de reciente descubrimiento, HTA de guardapolvo blanco o HTA espuria ("falsa HTA"). Si bien, al ser mediciones realizadas en forma ambulatoria habría la tendencia a no tomar como diagnóstico la HTA de guardapolvo blanco, ésta no puede ser descartada debido a que puede producirse una reacción de stress por el mismo hecho de la toma de presión. Debido a que la población con HTA ya conocida tenía mayor edad

que la que no tenía antecedentes de HTA y debido a que no hay diferencias en los valores de PA y presencia de FR se podría hipotetizar que a futuro estos pacientes desarrollarían HTA, descartando la hipótesis que sea una HTA espuria. Refuerza esta hipótesis el hecho que en el grupo HTA hubo una correlación entre PAS con edad. Sin embargo, son necesarios más estudios en esta población

Cabe destacar que en todos los casos (HTA conocido o sin antecedentes de HTA) se realiza, por protocolo del servicio de telemedicina, un seguimiento (ya sea por telemedicina o derivando a los servicios asistenciales) a fin de categorizar a ese paciente, valorar su riesgo cardiovascular y ajustar la medicación si es necesario.

Llama la atención el alto grado de obesidad encontrado, llegando en 14% a obesidad mórbida. Este dato es no menor, ya que podría indicar una alta incidencia de obesidad en la población general. El aumento del IMC en la población en la pandemia por COVID-19 se presenta como un desafío para los sistemas de salud¹². Sin embargo, no se puede descartar el sesgo de que este trabajo se realizó en un servicio de Telemedicina, por lo que las consultas fueron voluntarias y no al azar, y se necesitaba que el paciente tenga acceso a un teléfono celular o que los pacientes obesos se sientan más cómodos realizando la consulta virtual que presencial. No obstante, debido a que la obesidad afecta la función vascular desde la infancia¹³ y conlleva a complicaciones potencialmente graves¹⁴ y más aún si está asociada a HTA, este tema se debería profundizar en futuros trabajos realizados en nuestra provincia.

Conclusiones: Se observa una población con una alta incidencia de obesidad independiente de antecedentes de HTA. Los pacientes con HTA conocida, en su mayoría estaban medicados con 1 droga y en los pacientes sin antecedentes de HTA tendría que descartarse, con el seguimiento una HTA de reciente descubrimiento. Surge, así la Telemedicina como una respuesta ante la pandemia a fin de contribuir en la reducción del riesgo cardiovascular en estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pereira Gray D; Sidaway-LeeK; EvansP. Reduction in face-to-face GP consultations. Br J Gen Pract. 2020 Jul; 70(696): 328.
- Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA / VOL 86 Suplemento 2 /2018.
- J Segura de Morena y Col. Control de la presión arterial domiciliaria a través de la telemedicina. Hipertensión y Riesgo Vascular 21. Num 2, 71-77. 2004.
- Bashshur R, Doarn C, Frenk J, Kvedar J, Wooliscroft J. Telemedicine and the COVID-19 Pandemic, Lessons for the Future. Telemedicine and e-HealthVol. 26, No. 5.
- Zhang W, Cheng B, Zhu W, Huang X, Shen C. Effect of Telemedicine on Quality of Care in Patients with Coexisting Hypertension and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Telemedicine and e-Health, 2021; 27: 603-614.
- ROSA-JIMENEZ, F.; MONTIJANO CABRERA, A. M.; ILIA HERRAIZ MONTALVO, C. y ZAMBRANA GARCIA, J. L. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? An. Med. Interna (Madrid) [online]. 2005, vol.22, n.11 citado 2021-08-23
- Flint A; Conell C; Ren X; Banki N; Chan S; Rao V; Melles R; Bhatt

D. Effect of Systolic and Diastolic Blood Pressure on Cardiovascular Outcomes. N Engl J Med 2019; 381:243-251.

8. Flint A; Conell C; Ren X; Banki N; Chan S; Rao V; Melles R; Bhatt D. Effect of Systolic and Diastolic Blood Pressure on Cardiovascular Outcomes. N Engl J Med 2019; 381:243-251.

9. Consenso Argentino de Hipertensión Arterial Rev Arg de Cardiol, 2018; 86:5-53.

10. Helsel B; Williams J; Lawson K; Liang J; Markowitz J. Telemedicine and Mobile Health Technology Are Effective in the Management of Digestive Diseases: A Systematic Review. Digestive Diseases and Sciences volume 63, pages 1392–1408. 2018.

11. Consenso Argentino de Hipertensión Arterial Rev Arg de Cardiol, 2018; 86:5-53.

12. Rubio Herrera M; Bretón Lesmes I. Obesidad en tiempos de COVID-19. Un desafío de salud global. Endocrinología, Diabetes y Nutrición; 68:123-129; 2021.

13. Joo Turoni C; Marañón R; Felipe V; Bruno M; Negrete A; Salas N; Bazán de Casella M; Peral de Bruno M. Arterial Stiffness and Endothelial Function in Obese Children and Adolescents and Its Relationship with Cardiovascular Risk Factors. Horm Res Paediatr 2013; 80:281-286.

14. Suárez-Carmona W; Sánchez-Oliver A; González-Jurado A. Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. Rev. chil. nutr. vol.44 no.3 Santiago 2017.

LEYENDA DE LAS FIGURAS

Figura 1: Tipo de aumento de la PA por la que consultaron los pacientes.

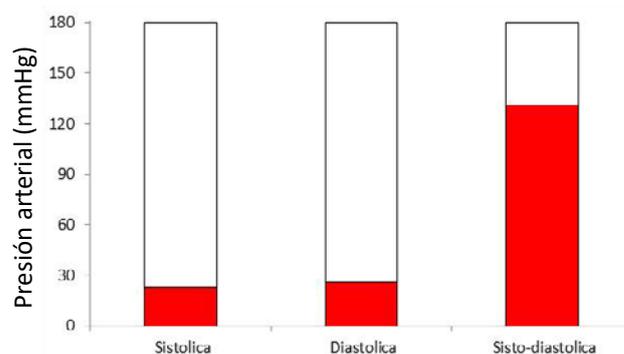


Figura 2: Distribución por índice de masa corporal (IMC) y sexo de la población estudiada

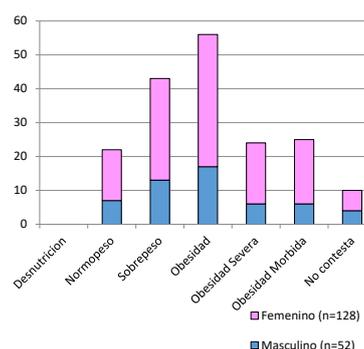
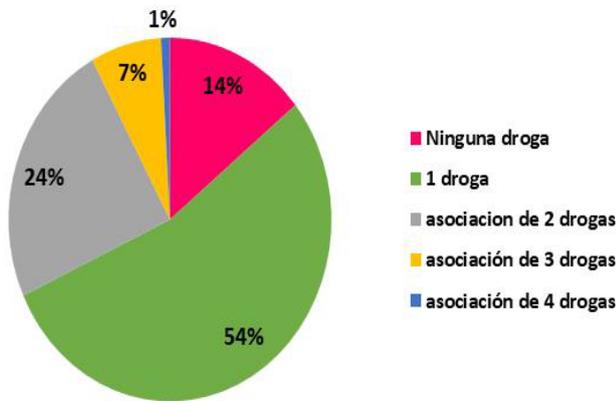


Figura 2: Distribución por índice de **Figura 3:** Medicación usada por los pacientes con antecedentes de HTA (n=113).

(A): Numero de drogas antihipertensivas que tomaban.



(B): Drogas antihipertensivas con la que estaban medicados. IECA: Inhibidores de la enzima de conversión de Angiotensina; ARA 2: Antagonistas del receptor de la angiotensina II; Bloq calcicos: Bloqueantes de los canales de calcio; Beta bloq: bloqueantes de

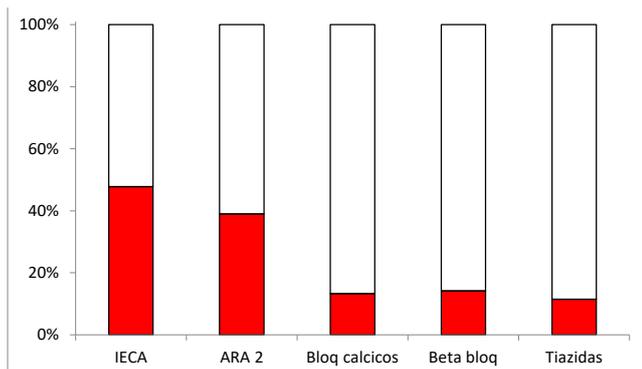
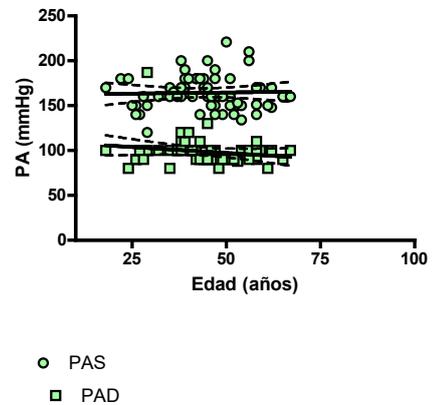


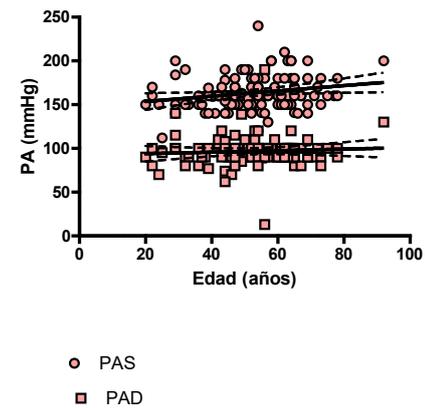
Figura 4: Correlación de presión arterial (PA) sistólica (PAS) y diastólica (PAD) con edad de los pacientes.

(A): Correlación de PA con edad en pacientes sin antecedentes de HTA. PAS: Pearson:

0,02862; IC95%: -0,2228 a 0,2765; p: NS; PAD: Pearson R: -0,1880; IC95%: -0,4384 a 0,08959; p: NS.



(B): Correlación de PA con edad en pacientes con antecedentes de HTA. PAS: Pearson R: 0,2074; IC95%: 0,02355 a 0,3777; p<0,05; PAD: Pearson R: 0,06878; IC95%: -0,1275 a 0,2598; p: NS.



¿POR QUÉ HUMANIDADES MÉDICAS? UNA RESPUESTA DESDE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN

WHY MEDICAL HUMANITIES? AN ANSWER FROM THE FACULTY OF MEDICINE OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF TUCUMÁN

Autores: Francisco J. J. Viola^{1,2}

Instituciones: ¹Prof. de Antropología Médica, ²Coordinador del Laboratorio de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán.

E-mail: francisco.viola@fm.unt.edu.ar

RESUMEN.

En este trabajo se presenta una síntesis del concepto de Humanidades médicas que desarrollamos en el laboratorio de Humanidades de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán. Para ello utilizamos como guía las tres preguntas claves que orientan el trabajo: ¿Qué son las humanidades médicas? ¿Cómo debemos incorporarlas? Y ¿Para qué sirven?.

SUMMARY.

This work presents a synthesis of the concept of Medical Humanities that we developed in the Humanities laboratory of the Faculty of Medicine of the National University of Tucumán. For this, we use as a guide the three key questions that guide the work: What are the medical humanities? How should we incorporate them? And what are they for?.

PALABRAS CLAVE: Humanidades médicas, educación médica, humanización, práctica clínica, atención sanitaria.

KEY WORDS: Medical humanities, medical education, humanization, clinical practice, health care.

INTRODUCCIÓN

Por definición misma de la salud, el campo de la atención de la salud es, un campo interdisciplinario, entendido así porque es “el encuentro de dos o más disciplinas científicas y la naturaleza interactiva del proceso de investigación” (Kivits, 2019). A esta definición, agreguemos una segunda obviedad; en el campo de la salud hay un lugar central para la interacción humana, en la cual diferentes profesiones tratan de hacer frente a una situación de alta complejidad, aun cuando sea, en ocasiones, de muy simple resolución. Una tercera obviedad es que esa interacción en salud es, sobre todo, un acto social donde se conjuga una visión del otro, la noción de humano con todo su repertorio de acciones, porque es una experiencia humana que, aunque nos pese, “no puede ser reducida a sus componentes mensurables” (Borsay, 2007). Este proceso obliga a pensar qué rol le atribuimos al otro en su alteridad, como también como optimizamos el intercambio entre personas para mejorar la calidad de vida. La medicina, en particular, tiene esa tensión permanente entre una situación sanitaria de solución biológica y una relación que excede ampliamente la biología. A lo cual se suma, como logro, pero también como un factor que incide, el desarrollo de la técnica y de la tecnología biomédica que han aportado soluciones que antes eran del terreno de la ciencia ficción (Thimbleby, 2013). Sin embargo, desde principios del siglo pasado “hasta principios de los setenta, las humanidades y la medicina se habían distanciado progresivamente” (Engelhardt, 1990), olvidando, quizás por el desarrollo de la tecnología y de otras cuestiones sociales, una cuestión que Pérez Tamayo (1980) define claramente al decir que “la medicina no es una ciencia y, quizás tampoco un arte, sino un espacio creado para que el encuentro humano colabore en la superación del sufrimiento utilizando los mejores recursos de la ciencia y del arte”. En este escenario, la noción de deshumanización de la práctica médica ha tomado una dimensión moderna que antes no tenía (King, 1975). La deshumanización es definida por Haque (2012) como “la negación de una mente claramente humana a otra persona. Por lo general, las personas piensan en una mente en términos de dos dimensiones: experiencia (la capacidad de sentir placer y dolor) y gestión (la capacidad de planificar, tener intenciones y ejercer la elección)”. En términos de salud, implica generar condiciones para que se realice el proceso de darle la palabra al paciente, permitirle el derecho y estimularle la autonomía

posible. Por su parte, Noviani (2021) señala que la deshumanización es, en principio, “un proceso de pensamiento o acción de alguien hacia otra persona sin tener en cuenta la esencia de que otras personas son iguales a él, significa mirar a otras personas como no iguales a él. [...] La actitud de deshumanización se manifiesta en varios comportamientos. Puede ser una acción de deshumanización relativamente leve; sutil falta de respeto, condescendencia, negligencia social, aparecen en apariencia, movimiento y tono de voz”.

Frente a esta situación, se empezó a pensar en términos de antídotos para ese problema que, simplificando, sería buscar maneras de humanizar o re-humanizar la medicina (Rueda Castro, 2018; Bermejo, 2018; Mémeteau, 2013).

Así, estimulado por la inquietud de este contexto, aparece el concepto de “humanidades médicas”. Concepto que aparece por primera vez en la literatura en el año 1947, en un artículo de Medvei titulado “The humanities and medical education”, publicado por el Hospital St Bartholomews. Aunque, como lo mencionan diversos autores, la medicina no puede concebirse sin que la idea de lo humano sea central (Cole, 2015). Pero, a partir de esa primera aparición como concepto, empieza a tomar lugar en la necesidad de hacerse cargo de esto. Luego de esta primera aparición, su mención es irregular pero progresiva. En la década del 70, confluyen varios elementos históricos que generan un momento bisagra para la humanidad. Recordemos que es en esta época que nace la bioética (1974), el modelo bio-psico-social propuesto por Engels (1977), la ecología, entre tantos. En ese contexto, en 1979 el doctor Edmund Pellegrino señala una de las máximas que hoy se repiten con convicción, citada por Engelhardt (1990): “la medicina es la más humana de las ciencias, la más empírica de las artes y la más científica de las humanidades”, agregando Engelhardt que Pellegrino señalaba esto para establecer que “la medicina convocaba a las humanidades por sus preocupaciones en relación a lo normativo humano, para hablar de la acción correcta en medicina, hablar de identificar enfermedades y enfermedad o imponer la preservación de la salud humana, que implica presuponer ideales de bienestar humano”. Lo cierto es que, desde esa época hasta la actualidad, las humanidades médicas se consolidan como espacio y aparece como una constante imprescindible.

Si hacemos una búsqueda rápida en el motor PubMed nos arroja los siguientes resultados:

Secuencia de años	Número de artículos encontrados
1950-1999	719 artículos
2000-2009	1244 artículos
2010-2015	2093 artículos
2016-2019	40178 artículos
2020-2022	3521 artículos

Si tomamos como base de datos Redalyc, podemos ver que se encuentran censados desde el 2001, la cantidad de 38747 artículos de los cuales 22755 están en español, 9502 en inglés y 6273 en portugués. Esa producción se asoció directamente a darle entidad, ordenar e incorporar contenidos llamados de Humanidades médicas en la formación y, en ocasiones, en los servicios de salud. Frente a ello, proponemos tres preguntas como marco de este artículo: 1] ¿Qué son las humanidades médicas?; 2] ¿Para qué sirven? y 3] ¿Cómo debemos incorporarlas?

No existe un consenso indiscutible sobre estas preguntas. Sin embargo, eso no impide que actualmente exista una certeza sobre la necesidad de su presencia, la pertinencia de ciertos contenidos y, hay coincidencia sobre que son útiles, aunque con diferente propósito.

Voy a presentar un recorrido realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán sobre esta temática. Una especie de dónde venimos, donde estamos y hacia dónde vamos. En este recorrido trataremos de mostrar los puntos de consenso sobre esta temática y algunas aristas que merecerían pensarse como opciones para lo que sigue, según la experiencia de diferentes sitios.

1] ¿Qué son las Humanidades Médicas?

Cole (2015) expresa una síntesis del problema que se plantea cuando se intenta una definición del concepto de Humanidades Médicas, señalando que "definir las humanidades hoy no es una tarea sencilla. Pueden ser definidos por materia, disciplinas o métodos, pero no es posible una definición final o tal vez incluso deseable. Las humanidades, definidas por su temática, se reflejan sobre la pregunta fundamental, ¿Qué significa ser humano?" Aquello que debería certificar una idea a la cual no podemos renunciar en la práctica médica y por ello su pertinencia, ya que el acto médico sólo pasa entre humanos que plantean problemas humanos y que esperan soluciones humanas. Es en este sentido que toma valor lo que plantea la Comisión Rockefeller sobre las humanidades (1965) cuando expresa, "las humanidades pueden considerarse como un conjunto de conocimientos y la intuición, como modos de expresión, como programa de educación, como actitud subyacente hacia la vida". En este marco, corresponde referirnos a la aclaración que plantea Singh (2020) quien acertadamente señala que, si bien "todo comenzó como las humanidades médicas, algunos sienten que agregar lo "médico" a las humanidades crea una desafortunada asociación restrictiva que obliga a uno a examinar las humanidades desde la perspectiva de la medicina y no por lo conceptual en sí mismo". Así se sugiere utilizar el concepto de "humanidades en salud". Este es un debate que también nos debemos y que posiblemente se vincule con aquello que de un modo u otro vamos a intentar responder cuando nos planteamos para qué sirven las Humanidades médicas o Humanidades en salud.

Pero volviendo a nuestra definición lo cierto que existe una amplia gama de contenidos. En nuestro laboratorio, hemos tomado la definición elaborada en el año 2012 en ocasión del Congreso Argentino de Educación Médica, realizado en la provincia de Tucumán, donde docentes de todo el país firmaron un consenso sobre la temática. Allí, se la definió en el primer punto diciendo:

1] Consideramos que las Humanidades Médicas son saberes seleccionados de forma razonada, que provienen de las ciencias humanas, sociales y de las artes, y contribuyen a la formación del profesional médico. Ese consenso tenía cuatro puntos que completan una guía de procedimientos, sobre los cuales nos explayaremos más adelante.

Esta concepción de Humanidades Médicas ("HM") implica una toma de posición y de distinción con respecto a que las mismas no pueden ser reducibles ni a un hobby, ni a una enseñanza de lo que se conoce como cultura general, sino que debe orientarse a una práctica sanitaria. Por eso, señalamos que las HM tenían tres problemas (Viola, 2012) que aparecen como evidentes:

- a- La falta de una definición unívoca de Humanidades Médicas
 - b- La ambigüedad en sus contenidos, propósitos y efectos en relación a las competencias clínicas
 - c- La falta de sistematización en las propuestas.
- Todo esto creemos debe reformularse en la pregunta esencial: ¿para qué incluirlas?

2] ¿Para qué sirven las Humanidades Médicas?

Para pensar en responder a esa cuestión, es necesario recurrir a la idea de la profesora Jane MacNaughton que divide la función de las HM en términos de dos grupos: instrumental y no instrumental. En el primer grupo, la profesora menciona que las HM "pueden lograr que se desarrollen habilidades de comunicación oral y escrita; muestran el uso y abuso de la evidencia en el argumento y en el debate, y proporcionan estudios de casos acerca de cómo la enfermedad y la atención sanitaria son experimentadas por todas las partes implicadas" (sintetizado por Borsay, 2007). Desde el punto de vista no instrumental, "ese valor tiene tres aspectos: en la educación, en relación con el desarrollo personal, y con proporcionar la oportunidad para que los estudiantes salgan del ethos omnipresente del mundo médico" (MacNaughton, 2000).

La idea más simple y, al mismo tiempo, más compleja, está reflejada en lo que se conoce como el paradigma ABCDE, aprovechando sus siglas en inglés. Específicamente, serían "un enfoque integrado e interdisciplinario de humanidades médicas para enseñar a los estudiantes de medicina: Actitud (attitude) apropiada y analítica, comportamiento (Behaviour) ético y profesional, Comunicación (communication) efectiva, respeto por la Diversidad (diversity) y Empatía (empathy)" (: Dhaliwal, 2015).

Lo notable es que las estrategias educativas se han encontrado con recursos dentro de las HM para poder desarrollar competencias clínicas (Razonamiento clínico, Observación clínica, Habilidades comunicacionales), como también para favorecer el desarrollo personal, lo cual sería un factor protector para prevenir el burn-out, como también promover una sensibilidad social que facilitaría la construcción de una red para la salud.

En el siguiente cuadro, podemos ver algunas aplicaciones de las HM que se utilizan en el mundo. Algunas son sistemáticas y procuran de ese modo contribuir directamente a la actividad en salud. Sólo a modo de ejemplo; sin ninguna pretensión de exhaustividad podemos citar: Mostrar interés por su capacidad de juicio como así también valorar su evaluación hizo que el personal se sienta importante dentro de la organización, se sienta valorado e incluido. Además, se disminuye la sensación de "injusticia" o "abuso" que pueden existir en evaluaciones del tipo verticalista.

Como limitante del presente trabajo se observa la falta de inclusión de una autoevaluación en el proceso, además se podría haber incluido la posibilidad de que los evaluadores realicen comentarios⁵.

El uso de tecnologías al alcance de la mano de los evaluadores conlleva celeridad y facilita la tarea. Los evaluadores consultados mostraron entera satisfacción con el proceso evaluativo ya que pudieron realizarlo en su casa y no les llevó más de cinco o diez minutos todo el proceso. El uso de software a los que la gran mayoría de las personas están acostumbradas hace más ameno el trabajo evaluativo.

ITEM	Autor
Razonamiento clínico	Chiavaroli, 2018 ; Dumitru, 2019 ; Broadbear, 2000
Observación clínica	Hofmann Salcedo Pablo (2019), Vincenza Ferrara, et al (2017) Laura Monahan 2019. Sona K. Jasani. 2013, Alexa Miller et al (2013). Mukunda, 2019
Trabajo en equipo	Laura Monahan 2019. Mukunda, 2019
Habilidades comunicacionales	Shapiro, J. et al. 2006); Lwow, 2020; Mukunda, 2019 Milota, 2019; Voo, 2020; Hirshfield
Desarrollo personal	Wald, 2018; Chiavaroli, 2018
Prevención del burn-out	Orr et al. 2019; Vincenza Ferrara, et al (2017)
Sensibilidad social	Gillies, 2017, Manoj, 2021; Schwartz 2020; D'Annibale (2021)
Desarrollo personal	Alem et al. (2014); Bárbara Barata Cardoso (2020)

3] ¿Cómo debemos incorporar a las Humanidades Médicas? Existen tres modalidades que se han utilizado para responder a este tema: el enfoque integrado, el programa intercalado y las asignaturas optativas. Particularmente retomamos los puntos (2, 3 y 4) del consenso que mencionamos en los párrafos anteriores.

2] Sostenemos que la selección de dichos saberes debe adecuarse tanto al perfil específico de cada institución como al médico exigido por la sociedad;
3] Proponemos que la inclusión de las Humanidades Médicas se plantee en términos de saber qué contenidos se eligen y, fundamentalmente, para qué se eligen;
4] Compartimos la idea que la selección de los contenidos sea formulada en términos de competencias. Esto conlleva que los contenidos deben ser sistemáticos, retroalimentables, evaluables y orientados a generar una práctica profesional más humana.

Es decir que la incorporación de las HM debe ser parte de un plan estratégico para que sus resultados produzcan el efecto dentro del sistema tanto de formación como sanitario. En esto, obviamente, el viejo refrán da sentido a esto: "una golondrina no hace verano", aunque ver una golondrina nos pueda producir placer. Concretamente, creemos que existen algunas propuestas que pueden ser de mucha utilidad para nuestro medio. Para pensarlas recordemos que, actualmente hay cuatro espacios de trabajo en relación a este tema que, en nuestro medio también se trabajan aun como una semiente. Ellos son:

a]- Consolidación teórica del campo de las humanidades médicas, que le compete al trabajo universitario donde pueden confluir el conocimiento que no sólo está allí, sino estamos hablando de una universidad como fue pensada en su momento, inserta en una realidad y con un feed-back sobre ella y sobre los protagonistas de la misma;

b] La investigación-acción en el campo educativo. La investigación educativa parte de lo que se hace para que la práctica genere no sólo cambios sino acciones que se materialicen en propuestas. En este sentido la formación en salud continua es una de las formas concretas que existen de nutrir lo que se hace con lo que se necesita.

c] La construcción de una red de la temática con una mayor visibilización de las actividades. En salud la noción de red es elemental, real, imprescindible y prometedora. Sobre esa noción los sistemas de salud se optimizan y la salud de la población mejora. Esa red se debe visibilizar. En este punto desde el Laboratorio estamos trabajando por una red latinoamericana de HM y también hemos progresado en mostrar la evi-

dencia en estas temáticas a través del Boletín que editamos y que está online en la dirección <https://linktr.ee/LabHumanidadesMedicas>.

Así los boletines se editan en marzo, junio, septiembre y diciembre. Los números de junio están orientados a la medicina narrativa y/o literatura y medicina y el de septiembre a la relación estrecha que tienen el Arte y la medicina. Remarquemos algo: existen muchas publicaciones sobre las investigaciones en Humanidades Médicas, por eso este boletín persigue otro objetivo por el momento: visibilizar una parte de lo que se hace, mostrando la diversidad que esta temática incluye y sugiriendo formas de usar estos contenidos en el ámbito de la salud.

d] Una consolidación del trabajo abocado a la práctica sanitaria. En esto, sabemos que existen muchos esfuerzos y actividades realizadas. Tucumán, particularmente, desarrolla un trabajo tanto con el programa de Humanización de la terapia intensiva que desarrolla el Ministerio de Salud, como con el comité de Humanización que funciona en el hospital Padilla. Ahora bien, creemos que la idea impulsada en Brasil es un camino a seguir, nos referimos a la creación del Programa Nacional De Humanização Da Assistência Hospitalar ya que ha sido un paso importante como un ejemplo con ciertas particularidades importante. Este programa, creado por ley y dependiente del Ministerio de Salud nacional, tiene como objetivo fundamental "mejorar las relaciones entre profesional de la salud y el usuario, de los profesionales entre si y del hospital con la comunidad. Al valorizar la dimensión humana y subjetiva, presente en todo acto de asistencia a la salud, el PNHAH apunta para una recalificación de los hospitales públicos, que podrán convertirse en organizaciones más modernas, dinámicas y solidarias en condiciones de atender las expectativas de sus gestores y de la comunidad". Esta idea de consolidar un espacio genera que los muchos esfuerzos individuales se puedan organizar y que eso genere nuevas ideas y actividades.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Como indicábamos al principio, la salud es de alta complejidad, entendida esta como "la incorporación de un pensamiento necesario frente a la iatrogenia de la simplicidad" en palabras del creador de la teoría de la complejidad, Edgar Morin. Esto a nivel pragmático es un esfuerzo para hacer cohabitar y funcionar lógicas que por un lado se excluyen y por otro lado se precisa como complementarias. Las Humanidades médicas siguen esta premisa, porque son un factor ineludible de la práctica en salud, considerado como un hecho humano innegable. Creemos que esta práctica que surge de un "deber ser", se ha consolidado en un "para ser", porque las HM están en el camino de profundizar una evidencia: son útiles porque son un instrumento y una estrategia. Básicamente es la idea que "las artes y las humanidades tocan la vida de las personas en todos los niveles porque abarcan aquellas cosas que hacen que la vida valga la pena, contribuyen al nivel de la civilización de un país y mejorar la calidad de la salud, el bienestar y ayudar a hacer frente a los desafíos de cambio" (Owen, 2016).

La pandemia, mejor dicho, la sindemia (en la definición del antropólogo médico Merrill Singer), que el covid-19 ha generado ha puesto en evidencia algunos elementos que las Humanidades Médicas han trabajado desde siempre y, por ello se potenció su necesidad. Estoy hablando del valor de la comunicación, del sentido que el otro le da las cosas, de la necesidad del pensamiento crítico, de la alteridad, de lo integral del ser humano. Esta enorme contingencia que generó la pandemia, quizás sea una oportunidad para darle a las HM un nuevo enfoque, potenciando lo que existe y procurando que sirvan como un aporte para mejorar la salud integral. En esta lógica, lograremos que el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado sea cada vez más humano, es decir cada vez más nuestro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thimbleby H. "Technology and the future of healthcare.". Journal of public health research. 2013 dic; 2,3.
2. Fox DM. Who we are: The political origins of the medical humanities. Theor Med Bioeth. 1985 Jun;; p. 327–341.
3. Haque OS, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. Perspectives on Psychological Science. 2012; 7: p. 176-186.
4. LS K. The Humanization of Medicine. JAMA. 1975; 231(7): p. 738–739.
5. Engelhardt HT. The Birth of the Medical Humanities and the Rebirth of the Philosophy of Medicine: The Vision of Edmund D. Pellegrino. Journal of Medicine and Philosophy. 1990; 15(3): p. 237–241.
6. Gérard M. Sobre la humanización de la medicina. In Políticas. ANdCMY. Anales de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas. Buenos Aires; 2013.
7. Castro LRea. Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. Revista iberoamericana de bioética v. 2018; 8.
8. Pérez Tamayo R. Serendipia: ensayos sobre ciencia, medicina y otros sueños México: Siglo Veintiuno Editores; 1980.
9. Gubrium A GE. Narrative complexity in the time of COVID-19. Lancet. 2021; 397: p. 2244-2245.
10. Ostherr MFK. Mobilizing the translational humanities. Lancet. 2021;(397): p. 2243.
11. Hofmann Salgado Pea. Observación: la importancia del arte en la medicina. Revista Digital Universitaria. UNAM. 2019; 20(6).
12. Alerm González A, González Pérez U. Apreciación estética y artística en el proceso enseñanza-aprendizaje de la Medicina. Educación médica superior. 2014; 28(4).
13. Barata Cardoso B, Juana Estrada Garzón J, Franco Barata E. Importancia de la apreciación estética en la formación del médico. Rev. Med. Cine.. 2021; 17(2).
14. Musso CG, Dricas D, González-Torres H. Aplicación del arte a la investigación científica: fundamentos de un método original para su utilización.. Arch Argent Pediatr. 2018; 116(5).
15. Monahan L, Monahan M, Chang L. Applying art observation skills to standardized patient.. Applied Nursing Research. 2019; 48.
16. Miller A, Grohe M, Khoshbin S&KJT. From the Galleries to the Clinic: Applying Art Museum Lessons to Patient Care. Springer Science+Business Media. 2013.
17. Ferrara Vea. L'Arte dell'osservazione. Quaderni di Medicina e Chirurgia. 2017.
18. Orr AR, Moghbeli N, Swain A, Bassett B, Niepold S, Rizzo A, et al. The Fostering Resilience through Art in Medical Education (FRAME) workshop: a partnership with the Philadelphia Museum of Art. Advances in Medical Education and Practice. 2019; 10.
19. Shapiro J, Rucker L, Beck J. Training the clinical eye and mind: using the arts to develop medical students' observational and pattern recognition skills.. Medical Education. 2006; 40.
20. Jasani SK, Saks NS. Students, Utilizing visual art to enhance the



clinical observation skills of medical. *Medical Teacher*. 2013 35;7.

21. Gillies J. Compassion, medical humanities and medical education. *Education for Primary Care*. 2018; 29(2): p. 68–70.

22. Dumitru D. Creating meaning. The importance of Arts, Humanities and Culture for critical thinking development. *Studies in Higher Education*. 2019; 44(5): p. 870–879.

23. Keeney et al.. Report of The Commission on the Humanities. Library of Congress; 1965.

24. Macnaughton J. The humanities in medical education: context, outcomes and structures. *Medical Humanities*. 2000;(26): p. 23-30.

25. Kivits J, Ricci L, L M. Interdisciplinary research in public health: the 'why' and the 'how'. *J Epidemiol Community Health*. 2019;(73): p. 1061-1062.

26. Milota MM, van Thiel GJM, van Delden JJM. Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review. *Medical Teacher*. 2019;; p. 1-9.

27. Cole TR, Carlin NS, Carsonm RA. *Medical Humanities: An Introduction USA*: Cambridge University Press; 2015.

28. Lwow M, Canetti L, Muszkat M. Gender differences in the effect of medical humanities program on medical students' empathy: a prospective longitudinal study. *BMC Med Educ*. 2020; 20(413).

29. D'Annibale DA, Purks JL, Huria J, Ramasamy A, Akhouri S, S. M. Viewing the COVID-19 Pandemic Through a Sex and Gender Lens. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021 apr; 4: p. 457-459.

30. Ricci R, Viola F. *Humanidades Médicas y Competencias clínicas*. Edición de la Cátedra de Antropología Médica y Laboratorio de Humanidades Médicas. San Miguel de Tucumán: Facultad de Medicina.

Universidad Nacional de Tucumán; 2012.

31. Albert M, Rowland P, Friesen F. Interdisciplinarity in medical education research: myth and reality. *Adv in Health Sci Educ*. 2020;(25): p. 1243–1253.

32. Noviani N. Dehumanization to Medical Staff During COVID-19 Pandemic. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*. 2021; 562: p. 108-112.

33. Wald HS, McFarland J, Markovina I. Medical humanities in medical education and practice. *Medical Teacher*. 2018;; p. 1-5.

34. Mukunda N, Moghbeli N, Rizzo A, Niepold S, Bassett B, DeLisser HM. Visual art instruction in medical education: a narrative review. *Medical Education Online*. 2019; 24(1).

35. Hirshfield LE, Yudkowsky R, Park YS. Pre-medical majors in the humanities and social sciences: impact on communication skills and specialty choice. *Medical Education*. 2018.

36. Goyal M, Bansal M. Shifting to Critical Medical Humanities With the Theatre of the Oppressed. *Academic Medicine*. 2021 august; 96(8): p. 1076.

37. Chiavaroli N, Huang CD, Monrouxe L. Learning Medicine With, From, and Through the Humanities. *Understanding Medical Education*. 2018;; p. 223–237.

38. Voo PY, Lue KH, Tsai MC, Yen WJ, Kuo TA, Sun HL. Application of Forum Theatre in Medical Humanities Education: Focusing on Empathy - A Pilot Study. 2020; 9(1): p. 151 - 160.

39. Schwartz B, Horst A, Fisher J, Michels N, Van Winkle L. Fostering Empathy, Implicit Bias Mitigation, and Compassionate Behavior in a Medical Humanities Course. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17.

CUIDÁNDONOS
cuidamos a **TODOS**

***Si ya te vacunaste
contra la COVID-19
SEGUÍ CUIDÁNDOTE***



La vacuna te protege para no desarrollar cuadros graves. No evita que el virus entre a tu cuerpo o que contagies a los demás.

AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA LOCALIDAD DE RANCHILLOS

Autores: Artaza Balderrama, Elizabeth

Asesor Especialista: Médica Susana Soria¹

Instituciones: ¹Pasantía Rural. Unidad de Práctica Final Obligatoria. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán.

E-mail: upfoinvestiga@fm.unt.edu.ar

INTRODUCCIÓN

La discapacidad es compleja, dinámica y multidimensional. Casi todas las personas tendrán una discapacidad temporal o permanente en algún momento de sus vidas.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud adopta un modelo biopsicosocial y reconoce explícitamente que cualquier evaluación del funcionamiento y discapacidad de una persona debe incorporar el contexto físico, cultural y ambiental en el que vive.

La calidad de vida por su parte es definida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, todo ello sumado a las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

OBJETIVOS

Identificar el total de personas residentes en viviendas familiares, en la localidad de Ranchillos, que padecen alguna discapacidad, clasificarlas según edad, sexo, tipo, etiología, número de discapacidades y tiempo de evolución.

Conocer cuál es la percepción que poseen sobre su calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

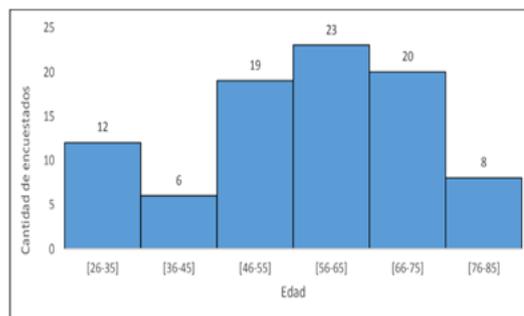
Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal durante los meses de mayo y junio del 2021. La población de estudio fueron personas mayores de 16 años de ambos sexos, residentes en la localidad de Ranchillos, que padecen al menos una discapacidad diagnosticada o registrada.

La calidad de vida se indagó a través del instrumento WHOQOL-OLD versión 65. La misma se aplicó en el domicilio de las personas participantes, en el consultorio clínico o de guardia del Hospital María Auxiliadora y por vía telefónica. El resto de la información se obtuvo de las historias clínicas y de las planillas elaboradas por los agentes socio sanitarios del Hospital.

RESULTADOS

Se entrevistaron 88 personas que tenían al menos una discapacidad. Del total de personas encuestadas, 46 personas (52%) fueron hombres y 42 personas (48%) fueron mujeres.

Gráfico 2. Histograma de distribución por edad de las personas entrevistadas con alguna discapacidad en la localidad de Ranchillos. Mayo – Junio 2021

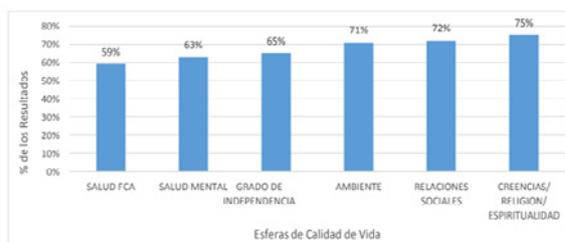


El 70 % (n=62) de la población encuestada presenta una sola discapacidad, el 28 % (n=25) dos discapacidades y solo el 2% (n=1) tres discapacidades.

Respecto al tipo de discapacidad, 73 presentan una discapacidad motora (83%), en segundo lugar, le sigue la discapacidad sensorial, afectando a 22 personas (25%) y por último la discapacidad mental afectando a 20 personas (23%).

El siguiente gráfico muestra las respuestas de los encuestados a las 6 dimensiones evaluadas por el instrumento WHOQ-OLD que indaga sobre la percepción que posee el individuo sobre su posición en la vida.

Gráfico 12. Frecuencia relativa de distribución según "La representación de las 6 esferas que involucran Calidad de vida" en una población entrevistada de 88 personas con discapacidad, en la localidad de Ranchillos. Mayo – Junio 2021.



Se observó que más del 70% de las personas encuestadas mostraron sentirse satisfechas en las últimas 3 esferas representadas. En lo referente a "Vínculos y Relaciones sociales", el 72% manifestó haberse sentido acompañado por su familia y amigos y se sintió satisfecho con la relación que posee con ellos. El 75% de la población encuestada mostró que sus "Creencias Personales" son lo más importante y es lo que le da gran sentido a su vida. La esfera que menos conformidad refleja fue "Salud Física", ya que casi la mitad de los encuestados refirió sentirse agotado, adolorido y a veces sin fuerzas, para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Caracterizar la discapacidad desde un enfoque biopsicosocial y de derechos humanos, permite acercarnos a sus problemáticas, comprenderlos



mejor y elaborar estrategias de intervenciones oportunas, con el objetivo de favorecer su desarrollo integral a partir de la estimulación de las áreas sanas, que pueden compensar las alteraciones de las áreas afectadas.

Se propone: desarrollar programas que contemplen el abordaje integral de cada una de ellas incluyendo sus métodos diagnósticos, seguimiento,

tratamiento y rehabilitación, capacitar al personal de entidades públicas y privadas que se encuentre en contacto permanente con el público en general, sobre el respeto y el trato digno hacia las personas con discapacidad, estimular la articulación de distintos organismos para desarrollar políticas de estado y desarrollo social según las demandas y necesidades que este grupo posea.



EL COVID-19 NO SE TOMA VACACIONES

*¡Seguí
cuidándote!*



IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 EN LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE BELLA VISTA

Autores: Belloni, María Griselda

Asesor Especialista: Médico José Albaro, Aguilar Ramírez¹

Instituciones: ¹Pasantía Rural. Unidad de Práctica Final Obligatoria. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán.

E-mail: upfoinvestiga@fm.unt.edu.ar

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declara la situación de pandemia por la enfermedad denominada COVID-19. En la lucha contra la infección el personal de salud se ha enfrentado a una enorme presión de trabajo en el día a día. Esta presión incluye: el estar expuestos a un alto riesgo de sufrir la infección, enfrentarse a dilemas éticos por la asignación de escasos recursos, a interactuar con pacientes con emociones negativas, a la pérdida del contacto con la familia y el incremento de la demanda de trabajo, incluso en áreas para las que no estaban preparados, con el agotamiento físico y mental que este conlleva. Esta situación de crisis que enfrenta el personal de salud pone en riesgo tanto su salud física como mental, dando lugar a la aparición de síntomas y emociones negativas como el estrés, miedo, inseguridad, soledad, tristeza, ira y nerviosismo

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la pandemia por SARS-COV2 en la salud del personal sanitario de un hospital público en Bella Vista (Tucumán), durante el periodo febrero – abril de 2021.

Identificar la presencia de trastornos de ansiedad, depresión, estrés e insomnio en el personal de salud del hospital.

Indagar si el personal recibió contención por parte del sistema de salud y las características de la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal entre el personal de salud del Hospital Dr. Guillermo Salazar de Bella Vista. Se incluyeron en el estudio a médicos/as, enfermeros/as y personal de laboratorio que asistieron al Hospital durante el periodo febrero – abril de 2021. Se utilizó como instrumento de recolección de datos sociodemográficos una encuesta diseñada por la autora. Para el estudio de Depresión, Ansiedad y Estrés se usó la escala DASS-21 en su versión abreviada; la Escala de Índice de Severidad del Insomnio (ISI) y una pregunta final sobre medidas de contención recibidas.

RESULTADOS

Se evaluó un total de 43 personas, de ambos sexos, miembros del personal de salud que asistió al Hospital Doctor Guillermo Salazar de Bella Vista durante el periodo febrero – abril del año 2021.

El grupo etario más frecuente fue el de 40 a 60 años con un 49% (21), seguido del grupo de 20 a 40 años con un 46% (20). El 58% (25) de los

encuestados perteneció al sexo femenino.

Gráfico N° 3: Distribución de los encuestados según profesión (n=43)

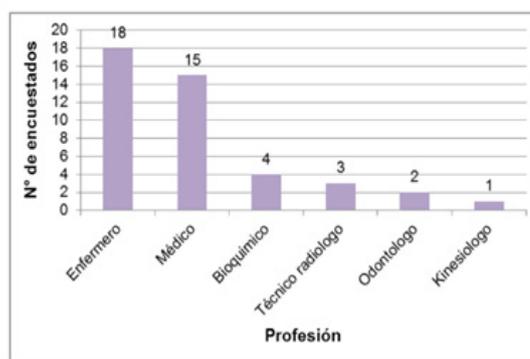


Gráfico N° 4: Distribución de los encuestados según ocupación laboral (n=43)



Depresión: El 93% (40) de los encuestados no tenía depresión, el 7% (3) presentó depresión leve y ningún encuestado presentó depresión moderada, severa o extremadamente severa.

Estrés: el 53% (23) presentó estrés moderado; el 42% (18) presentó estrés leve; el 5% (2) de los encuestados manifestó ausencia de estrés y ningún encuestado presentó estrés severo o extremadamente severo.

Insomnio: el 42% (18) presentó insomnio subclínico; el 32% (14) insomnio clínico moderado; el 26% (11) de los encuestados manifestó ausencia de insomnio y ningún encuestado presentó insomnio clínico grave.

El 100% de los encuestados (43) recibieron como medida de contención el espacio físico destinado al descanso y recuperación y el 14% (6) rotación en turnos para evitar la sobrecarga laboral.



TUCSALUD

#DESCARGATELAPP



Tabla N° 3: Depresión, ansiedad, estrés e insomnio según ocupación laboral. (n=43)

Ocupación	Total	Depresión	Ansiedad	Estrés	Insomnio
Médico de febril	3	1 (33%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)
Médico de guardia	5		1 (20%)	5 (100%)	5 (100%)
Médico de consultorio	4		2 (50%)	4 (100%)	2 (50%)
Médico de sala	3		3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)
Enfermero de febril	3	1 (33%)	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)
Enfermero de guardia	10		8 (80%)	10 (100%)	9 (90%)
Enfermero de consultorio	2		1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)
Enfermero de sala	3	1 (33%)	2 (67%)	2 (67%)	2 (67%)
Odontólogo	2		1 (50%)	2 (100%)	
Hisopador	2		1 (50%)	2 (100%)	2 (100%)
Técnico radiólogo	3			3 (100%)	2 (67%)
Personal de laboratorio	3		1 (33%)	3 (100%)	

Si bien no se encontró una asociación significativa entre las variables,

se destacó que los más afectados por ambas patologías (Ansiedad y Estrés) fueron los profesionales a cargo de la atención directa de pacientes posibles COVID positivo (médicos y enfermeros de consultorio febriles).

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

A modo de conclusión, se identificó que la salud mental de los profesionales sanitarios del Hospital de Bella Vista se vio comprometida producto de la pandemia de SARS-COV2. Queda evidente que el personal de salud es un grupo vulnerable a padecer trastornos de salud mental en situaciones de crisis de esta magnitud y, por lo tanto, es imprescindible brindarle la importancia que la problemática necesita para abordarla de manera precoz y eficaz.

Propuestas: desarrollar intervenciones enfocadas en la promoción y prevención de la salud mental del personal sanitario y elaboración de una guía para una eventual crisis sanitaria.

Disponer de un equipo multidisciplinario de salud mental incluidos psiquiatras, psicólogos clínicos y otros trabajadores de salud mental.

Establecer un sistema de turnos de trabajo para evitar la exposición a una alta presión de trabajo con sobrecarga laboral; como así también la disponibilidad de espacios físicos y actividades destinadas al descanso y la recreación.

ACTIVIDAD FÍSICA EN DÍAS CALUROSOS

RIESGOS

Deshidratación

Calambres

Pérdida de sales y minerales

Dolor de cabeza



Mareos

Debilidad

Quemaduras en la piel

Golpe de calor

PERCEPCIONES SOBRE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ADOLESCENTES ENTRE 13-19 AÑOS EN GARMENDIA

Autores: Crusco, Mariana

Asesor Especialista: Médico Ricardo Ricci¹

Instituciones: ¹Pasantía Rural. Unidad de Práctica Final Obligatoria. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán.

E-mail: upfoinvestiga@fm.unt.edu.ar

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020, la Organización mundial de la salud (OMS) decide declarar oficialmente la pandemia de COVID 19. En este contexto de crisis sanitaria y social sin precedentes, el gobierno nacional, siguiendo la tendencia política mundial, decretó el 20 de marzo 2020 el aislamiento social, preventivo y obligatorio. Con el fin de proteger la salud pública frente a la propagación del nuevo coronavirus se dispuso que todas las personas permanezcan en sus domicilios sólo pudiendo realizar desplazamientos mínimos e indispensables. Esto significó un límite sustancial en el contacto de las personas con el resto de la sociedad, pudiendo relacionarse únicamente con quienes conviven.

OBJETIVOS

Conocer las percepciones y sentimientos sobre la pandemia por covid-19 de la población rural adolescente entre 13-19 años de Garmendia durante el período de febrero-mayo 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio tipo cuali - cuantitativo, de corte transversal siguiendo el enfoque fenomenológico. Se estudió adolescentes de ambos sexos entre 13-19 años durante el período febrero a mayo de 2021 en la comunidad rural de Gobernador Garmendia, al este de la provincia de Tucumán. A los adolescentes se les administró en abril de 2021 una entrevista oral abierta formada por un cuestionario de 12 preguntas las cuales fueron diseñadas por la autora, las respuestas grabadas en audio y luego transcritas para su análisis.

RESULTADOS

Se entrevistó a un total de 35 personas pertenecientes a la población de Gobernador Garmendia. El grupo etario más frecuente fue el de 19 años con un porcentaje de 23% que significó un total de 8 entrevistas, seguido del grupo de 13 años con un 20% (7), luego por 15 años con 15% (5), tanto 14,17 y 18 años con 11% (5), y el menor número de entrevistados fue de 16 años con 9%(3). El sexo femenino tuvo más participación en esta encuesta con 58%(21) entrevistadas y el masculino con 42%(14) entrevistados.

Análisis cualitativo

Se analizaron los discursos de los participantes y se confeccionaron las siguientes categorías emergentes:

Manejo de la información: Los adolescentes mostraron información confusa y poco clara en el discurso sobre el conocimiento con respecto a la pandemia y al coronavirus en general. Otros lo percibieron como una enfermedad poco peligrosa similar a un resfrío. Muchos de los entrevistados manifestaron cierta saturación a la sobrecarga de información de los medios de comunicación. Respecto a las medidas de prevención y cuidados la gran mayoría de los adolescentes saben que son necesarias para evitar la transmisión de la enfermedad. La mayoría las conoce, y las respeta.

Empatía: Los entrevistados supieron entender y respetar las medidas de confinamiento. Se manifestaron conscientes del peligro y los riesgos que conlleva la enfermedad. Muchos lo hacen para cuidarse a sí mismos mientras que en la gran mayoría se destaca cierto grado de solidaridad y empatía en su actitud de cuidarse en pos de cuidar a los otros. En el discurso de los adolescentes está muy presente el temor a la muerte proyectada sobre sus familiares adultos y adultos mayores.

Sentimientos en cuarentena: A continuación, se presenta un gráfico de nube de palabras en relación a los sentimientos negativos vivenciados y expresados durante las entrevistas.



Otro número reducido de entrevistados se mostraba indiferente, contestando en forma lacónica, con respuestas como "bien", "estaba bien", "no sé", "normal".

Dificultades en la escolaridad: La escolaridad es uno de los aspectos más afectados por las condiciones que resultaron de la pandemia. La mayoría de los participantes hizo referencia a esto, siendo la cantidad de tareas y la modalidad virtual lo que resultó más dificultoso. La recurrencia de esta percepción sugiere que la continuidad escolar de estos jóvenes se puede estar viendo amenazada. La novedad de la virtualidad y sus herramientas resulta desconocido y exigente. Se ve reflejado en comentarios como: "Ha sido muy difícil"...lo odio..."...me mortifico bastante..." "...no me adapté muy bien", y siendo la expresión más frecuente: "la escuela fue lo más difícil del año". Un factor determinante de estas consecuencias son las condiciones socioeconómicas de vulnerabilidad de la mayoría de los entrevistados, siendo el abandono escolar un resultado frecuente. Relatan falta de conocimiento de las nuevas tecnologías, no tener conectividad a internet y escasez de dispositivos, como celulares y computadoras, que frecuentemente son compartidos por todo el grupo familiar.

Convivencia familiar positiva: Esta categoría es la que reflejó mayores resultados positivos. Se observó con recurrencia la representación del espacio familiar como el factor principal de protección y resguardo frente a las amenazas que suponen la pandemia. Además, expresaron percibir mejoras y progresos en las relaciones con sus familiares, viéndose potenciados aspectos como la comunicación, la empatía y la confianza, incluso en relaciones donde antes resultaba dificultoso.

Espacios de sociabilización: La pérdida de los espacios de encuentro con

los otros es uno de los aspectos más conflictivos para los entrevistados. Es por esto que es frecuente escuchar relatos donde se vieron tentados a encontrarse “clandestinamente” sin medir los riesgos.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

La relevancia de nuestro trabajo y este tipo de investigaciones radica en darle visibilidad y preeminencia a la voz de este grupo social, rescatar sus experiencias en este contexto tan hostil y sus “estrategias de supervivencia”.

Como propuestas surgen:

Realizar nuevos estudios donde se haga un seguimiento de los hábitos y conductas para determinar el impacto a largo plazo lo que permitirá el diseño e implementación de programas de intervención dirigidos a paliar los efectos negativos de estas situaciones.

Promover la atención de salud de calidad para las y los adolescentes con

una perspectiva de abordaje holística y multidimensional, priorizando la prevención primaria.

Trabajar a favor de la continuidad escolar, no solo en la enseñanza del contenido curricular, sino especialmente como ámbito de promoción de hábitos saludables, de interacción afectiva y de desarrollo de la personalidad. Se debe pensar una estrategia integral del proceso de enseñanza- aprendizaje en términos curriculares, didácticos, pedagógicos y de evaluación. Para todo ello, será necesario contemplar la desigual distribución de capital material y simbólico de los/as niños/as, adolescentes y jóvenes, la brecha digital de los hogares y las contramarchas en las políticas públicas de inclusión en el uso y acceso a la tecnología.

Diseñar programas que se acerquen al adolescente en su propio medio, a fin de que puedan consultar aquello que les preocupa.

Capacitar a las escuelas para identificar posibles problemáticas de salud mental, aún en contexto de pandemia, con el fin que puedan derivar tempranamente aquellos adolescentes que puedan requerir de atención.



RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 13 A 18 AÑOS DE LA LOCALIDAD DE BELLA VISTA

Autores: Chrestia, María Inés; González Salazar, Florencia María

Asesor Especialista: Psicóloga Sofía Casella

Instituciones: ¹Pasantía Rural. Unidad de Práctica Final Obligatoria. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán.

E-mail: upfoinvestiga@fm.unt.edu.ar

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de psicopatologías caracterizadas por comportamiento distorsionado de la alimentación, tales como restricción de alimentos y episodios de apetito voraz sumado a excesiva preocupación por la figura corporal y/o el peso. En conjunto, a nivel mundial, los TCA representan la tercera enfermedad crónica más común entre la población de pacientes adolescentes. La detección precoz constituye una de las estrategias más poderosas para prevenir el desarrollo y la cronicidad de los trastornos alimentarios. Estos cuadros tienen un mejor pronóstico en adolescentes que en adultos, por lo que su identificación en esta etapa es de vital importancia.

OBJETIVOS

- Determinar el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 13 a 18 años de Bella Vista, durante el periodo de mayo-junio de 2021.
- Identificar el riesgo de TCA según edad y sexo.
- Determinar asociación entre Índice de Masa Corporal, sexo y edad con riesgo de TCA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La población en estudio fueron adolescentes de 13 a 18 años de la ciudad de Bella Vista, Tucumán. La muestra se definió por muestreo no probabilístico por conveniencia entre los pacientes que asistieron a consultorios ambulatorios de demanda espontánea en el Hospital Dr. Guillermo Salazar de Bella Vista, en el periodo comprendido entre mayo y junio del año 2021. Para determinar el riesgo de trastornos de conducta alimentaria se utilizó el test EAT-26 y el cuestionario SCOFF.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 91 adolescentes de 13-18 años. El 73% (66) de la muestra estudiada, fue de sexo femenino. Un 56% (51) de los adolescentes encuestados presentó peso normal, 27 % tenían bajo peso y el 16% sobrepeso.

Gráfico 4. Distribución según presencia de riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en el grupo de adolescentes encuestados (n=91).

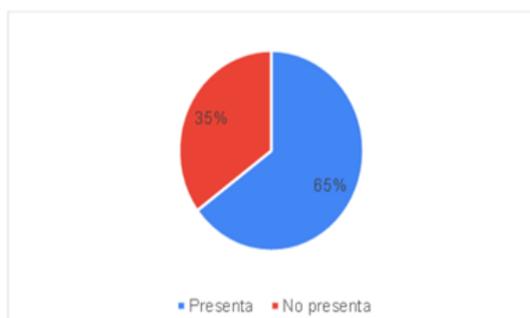


Gráfico 4: se observa que el 65 % de la muestra (59), presentó riesgo de desarrollar TCA con un IC95%= (54%;74%).

Gráfico 5. Relación entre grupo etario y riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en el grupo de adolescentes encuestados.

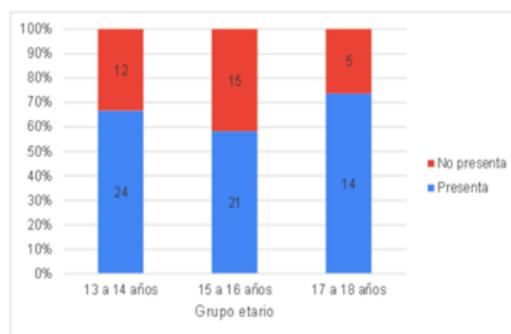
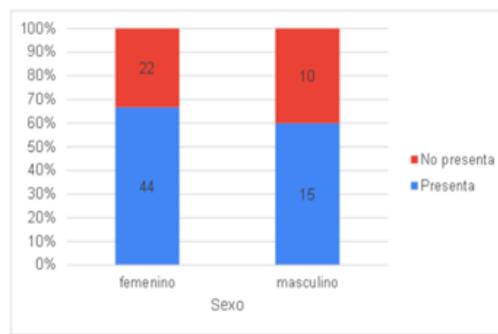


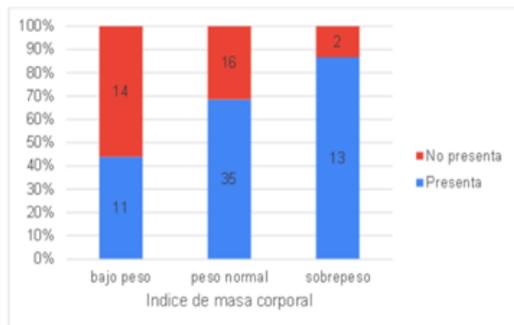
Gráfico 5: entre los 17 a 18 años se presentó el mayor riesgo de desarrollar TCA con un el 74% (14); entre los 15 a 16 el riesgo fue del 58% (21), y entre los 13 a 14 años el 67% (24) presentó riesgo de TCA. No se encontró evidencia de asociación significativa entre riesgo de TCA y edad según Test Exacto de Fisher (p=0,5579)

Gráfico 6. Relación entre sexo y riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en el grupo de adolescentes encuestados.



El 60% (15) de los individuos de sexo masculino presentó riesgo de TCA con un IC95%= (39%;78%) y entre los encuestados de sexo femenino, el 67% (44) presentó riesgo de TCA con un IC95%= (54%;77%). No se encontró evidencia de asociación significativa entre riesgo de TCA y Sexo según Test Exacto de Fisher (p=0,6255)

Gráfico 7. Relación entre IMC y riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en el grupo de adolescentes encuestados.



El 44% (11) de los encuestados con bajo peso presentó riesgo de TCA; el 69% (35) de los adolescentes con peso normal presentó riesgo de TCA,

y el 87% (13) de los que tenían sobrepeso presentó riesgo de TCA. Se encontró evidencia de asociación entre riesgo de TCA e IMC según Test Exacto de Fisher ($p=0,01664$).

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Al analizar los resultados, se encontró que el 65% de los encuestados presentan riesgo de desarrollar TCA. Esto es un porcentaje más elevado que otros estudios realizados, en Chile (8,3%), en México (12,7%), en La Plata (13,7%), y en Monteros (Tucumán) un 20%. Los resultados obtenidos podrían explicarse debido a que, a diferencia de otros trabajos, donde se utilizó un solo test, en el presente estudio se aplicaron dos instrumentos, el test EAT - 26 y el cuestionario SCOFF, lo que sensibilizó más la prueba.

Propuestas: realizar acciones de promoción y prevención en las escuelas y en la comunidad en general; identificar en forma temprana factores de riesgo para la salud del adolescente desde un enfoque interdisciplinario;



Pasados los **5 meses** de la **2da dosis** podés recibir tu **dosis de refuerzo.**



INSTRUCCIONES PARA AUTORES

1. INSTRUCCIONES GENERALES

Los manuscritos deberán enviarse en formato digital a: revdirecinvest@gmail.com con copia a dir_investigacion@msptucuman.gov.ar. El texto debe presentarse en Word, con interlineado 1.5p, letra Arial, tamaño 12, hoja A4, con márgenes justificados y de 2,5 cm horizontal y vertical. Páginas numeradas consecutivamente. No se deben usar negritas, subrayado ni viñetas. La letra itálica sólo para palabras en otro idioma. Los títulos de todos los artículos deben redactarse en español e inglés y su extensión no debe superar los 160 caracteres con espacios incluidos.

Los autores deben identificarse de la siguiente manera: primer nombre, inicial del segundo (optativa) y apellido/s; y afiliación institucional.

Título Abreviado: Se deben especificar entre 5 y 10 palabras clave que resuman los temas principales del artículo, que se ubicarán debajo del resumen o del copete, según corresponda al tipo de artículo. Se recomienda utilizar términos de la lista de descriptores que ofrece la Biblioteca Virtual de Salud en español, inglés y portugués. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>

Los autores deberán realizar la declaración de conflictos de intereses en la carta al editor (si corresponde), acorde a las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas (ICMJE, según su sigla en inglés: <http://www.icmje.org/recommendations/translations/> publicadas en los Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica (normas de Vancouver) y disponible en: bvs.sld.cu/revistas/recursos/vancouver_2012.pdf.

Una vez aceptado el artículo para su publicación, el Editor se reserva el derecho a realizar modificaciones de estilo a fin de mejorar su comprensión pero sin afectar su contenido intelectual. La responsabilidad por el contenido de los artículos es de los autores.

1.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Las referencias deben presentarse en superíndice, con números arábigos y en forma consecutiva según el orden en que aparecen en el texto. Las citas deberán incluirse al final del manuscrito, observando el orden y la numeración asignada en el texto. El estilo será el recomendado por el ICMJE. Las citas de artículos aún no publicados deben identificarse con las leyendas "en prensa" u "observaciones no publicadas" y deben contar con la autorización de los autores. Los títulos de las revistas deben abreviarse siguiendo el Index Medicus. Las revistas indexadas en Medline pueden consultarse en <http://www.nlm.nih.gov>. De no estar indexada se debe citar el nombre completo de la revista. Las referencias a "comunicaciones personales" deben evitarse por la imposibilidad de verificar la autenticidad del dato.

1.2. TABLAS, GRÁFICOS, FIGURAS Y FOTOGRAFÍAS

Los elementos gráficos, es decir tablas, gráficos, figuras y fotografías deben presentarse en documento separado, numerados consecutivamente, indicando la referencia en el texto. Se aceptarán hasta 4 tablas, gráficos, figuras y/o fotografías.

Además, deberán incluir título y epígrafe. En el epígrafe se colocarán: las referencias a símbolos o abreviaturas utilizando signos específicos en el siguiente orden: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, y las fuentes de datos utilizadas. Las letras, números y símbolos deben ser claros y de tamaño suficiente (se recomienda Times New Roman 8-12) para permitir su lectura una vez que han sido reducidas. La presentación de las tablas deberá ser en formato de celdas editables, elaboradas con Word o Excel.

El cuerpo de la tabla no debe contener líneas verticales. El título se presentará fuera de la tabla y en la primera fila los títulos de cada columna (breves). Los resultados cuantitativos deben incluir las medidas estadísticas obtenidas. Los gráficos deben ser auto explicativos y se presentarán en documento Excel, con sus coordenadas identificadas con el nombre de la variable representada e indicando el "n" si corresponde. Dimensiones de elementos gráficos. Las fotografías deben tener una resolución mínima de 300 dpi. Si son de personas deben respetar los principios de privacidad y contar con autorización escrita para su publicación.

1.3. ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

Para evitar confusiones, se deben utilizar sólo abreviaturas estándares. La primera aparición en el texto debe indicar los términos completos, seguidos de la abreviatura entre paréntesis.

2. INSTRUCCIONES PARA AUTORES DE ARTÍCULOS ORIGINALES

En esta sección se publican artículos de investigación inéditos sobre temas de salud. El Comité Editorial realizará una revisión inicial del manuscrito recibido, pudiendo rechazarlo de entrada o seleccionarlo para ser sometido a revisión por pares. La decisión del

Comité Editorial sobre la aceptación o rechazo de un artículo respecto de su publicación será inapelable.

El manuscrito debe ir acompañado por:

Carta a la Directora General, Dra. Rossana Chahla, con los datos del autor responsable y en la cual conste que el artículo no ha sido enviado para consideración de otra revista, declaración de conflicto de intereses y de que todos los autores cumplen los criterios de autoría y aprueban la publicación del trabajo. En este sentido, la Revista adopta las recomendaciones del ICMJE. Dicha carta deberá informar también datos sobre el comité de ética que aprobó el proyecto (en caso de no corresponder dicha aprobación deberá ser justificado).

Cuerpo del manuscrito:

Deberá respetar el formato IMRyD: Introducción, Método, Resultados y Discusión -en esta última sección se agregará una conclusión final a modo de cierre. El Cuerpo total del artículo no debe exceder la 20 páginas formato A4 simple faz.

Las tablas, gráficos, figuras y/o fotografías deberán presentarse en documento separado y no podrán incluirse más de 5 en total. La extensión máxima admitida para las referencias bibliográficas es de 20 citas.

2.1 Secciones del manuscrito, cada una en hoja aparte. Cada sección debe estar escrito en mayúscula y en el margen izquierdo de la hoja, ejemplo: INTRODUCCIÓN

2.1.1. Portada

La portada debe remitirse como documento separado con la siguiente información:

Título del artículo en español e inglés.

Título Abreviado: 5 a 10 palabras en español e inglés que resuman los temas principales del artículo

El nombre de los autores en orden de preferencia y su respectiva afiliación institucional. A efectos de esta publicación se considerará principal al primero de ellos y al último como director responsable del grupo.

Autor correspondiente o responsable de la correspondencia con dirección de correo electrónico.

Fuentes de financiamiento (becas, laboratorios, etc).

2.1.2 Resumen y Palabras clave

En la segunda página, se incluirá el resumen en idiomas castellano e inglés (abstract) y al pie del resumen se deben especificar entre 3 a 5 palabras claves en castellano e inglés (key words).

La extensión máxima es de 2500 caracteres con espacios para cada idioma. La estructura del resumen deberá ser la siguiente: Introducción (contexto o antecedentes del estudio y objetivo); Métodos (procedimientos básicos -selección de sujetos, métodos de observación o medición, etc.);

Resultados (los considerados relevantes con sus medidas estadísticas -si corresponde- y el tipo de análisis) y Conclusiones.

Se observará el uso del tiempo pretérito en su redacción, especialmente al referirse a los resultados del trabajo.

2.1.3 Introducción

En esta sección se recomienda presentar los antecedentes del estudio, la naturaleza, razón e importancia del problema o fenómeno bajo estudio.

En los estudios cualitativos, se recomienda incluir con subtítulos el marco teórico o conceptual del estudio y explicarlo cómo los autores posicionan al mismo dentro del conocimiento previo. La Introducción también debe contener los propósitos, objetivos y las hipótesis o supuestos de trabajo.

2.1.4 Materiales y Métodos

Debe contener la siguiente información, expuesta con precisión y claridad:

Justificación del diseño elegido.

Descripción de la población blanco, las unidades de análisis y del método de selección de las mismas, incluyendo los criterios de inclusión y exclusión. Se recomienda realizar una breve descripción de la población de donde se seleccionaron las unidades y del ámbito de estudio.

Detalle de las variables y/o dimensiones bajo estudio y de cómo se operacionalizaron.

Descripción de la técnica, instrumentos y/o procedimientos de recolección de la información, incluyendo referencias, antecedentes, descripción del uso o aplicación, alcances y

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

limitaciones, ventajas y desventajas; y motivo de su elección, particularmente si se trata de procedimientos o instrumentos innovadores. Se deberán describir los medicamentos, sustancias químicas, dosis y vías de administración que se utilizaron, si corresponde.

Análisis de los datos: se deben describir las pruebas estadísticas, los indicadores de medidas de error o incertidumbre (intervalos de confianza) y parámetros utilizados para el análisis de los datos. Se requiere también definir los términos estadísticos, abreviaturas y los símbolos utilizados, además de especificar el software utilizado.

Debe redactarse en pretérito, ya que se describen elecciones metodológicas ya realizadas.

Consideraciones éticas: señalar a) si el estudio fue aprobado por un comité de ética de investigación en salud, b) si se aplicó consentimiento y/o asentimiento informado y, c) si se cumplió con la Ley 25.326 de Protección de los datos personales. En caso de no corresponder el cumplimiento de alguno de estos puntos deberá ser justificado.

2.1.5. Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de la investigación, con una secuencia lógica en el texto y en las tablas o figuras. Los Requisitos Uniformes recomiendan que se comience con los hallazgos más importantes, sin duplicar la información entre las tablas o gráficos y el texto.

2.1.6. Discusión

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de la investigación, con una secuencia lógica en el texto y en las tablas o figuras. Los Requisitos Uniformes recomiendan que se comience con los hallazgos más importantes, sin duplicar la información entre las tablas o gráficos y el texto. Se trata de resaltar o resumir lo más relevante de las observaciones.

Todo lo que se considere información secundaria puede presentarse en un apartado anexo, para no interrumpir la continuidad de la lectura. Deberá redactarse en pretérito, ya que se describen los hallazgos realizados.

2.1.7 Agradecimientos

2.1.8 Referencias Bibliográficas

2.1.9 Leyendas de Figuras y Gráficos

3. INSTRUCCIONES PARA SINOPSIS O COMENTARIOS DE ARTÍCULOS SOBRE TEMAS REVELANTES Y DE ALTO IMPACTO EN LA SALUD

Los artículos podrán tener una extensión máxima de 2 páginas (ver formato en Instrucciones Generales). Además, deberán incluir debajo del título la fuente completa de donde fue obtenido. Los autores deben identificarse de la siguiente manera: primer nombre, inicial del segundo (optativa) y apellido/s; y afiliación institucional.

3.1 Secciones de la sinopsis, cada una en hoja aparte. Cada sección debe estar escrito en mayúscula y en el margen izquierdo de la hoja, ejemplo: INTRODUCCIÓN

3.1.1. Portada

La portada debe remitirse como documento separado con la siguiente información:

Título del artículo en español e inglés.

Título Abreviado: 5 a 10 palabras en español e inglés que resuman los temas principales del artículo.

El nombre de los autores en orden de preferencia y su respectiva afiliación institucional. A efectos de esta publicación se considerará principal al primero de ellos y al último como director responsable del grupo.

Autor correspondiente o responsable de la correspondencia con dirección de correo electrónico.

3.1.2 Cuerpo de la Sinopsis

Debe contener el título del artículo original, inglés o castellano, con los autores, la revista donde fue publicada, la editorial, el registro de ISBN o DOY. En caso de efectuarse una sinopsis de un artículo publicado en inglés debe incluirse una traducción del resumen y las palabras clave en español.

Comentario del autor: debe seguir el contexto del trabajo, donde el mismo podrá incluir apreciaciones que su experticia le permita de manera de facilitar la comprensión, el mensaje del artículo y la repercusión que este tendría sobre el avance del conocimiento científico aplicado a la salud humana.

Deben elegirse para esto, artículos de reciente publicación, menores a un año a la fecha del envío a consideración del comité editorial de la revista y ser tomados de revistas

indexadas y de alto factor de impacto. Si el autor considera oportuno puede acompañar citas bibliográficas de artículos relacionados que serían de utilidad a los lectores que deseen profundizar en el tema (opcional)

4. INSTRUCCIONES PARA LAS PUBLICACIONES DE TRABAJOS FINALES DE RESIDENTES QUE SE DESEMPEÑAN EN ÁMBITOS DE ASISTENCIA SANITARIA QUE PERTENECEN AL MINISTERIO DE SALUD DE TUCUMÁN.

Los artículos podrán tener una extensión máxima de 5 páginas (ver formato en Instrucciones Generales). Los autores deben identificarse de la siguiente manera: primer nombre, inicial del segundo (optativa) y apellido/s; y afiliación institucional, además se debe incluir el director y/o codirector del trabajo final si es que lo tuviese.

4.1 Secciones de la publicación del trabajo final, cada una en hoja aparte. Cada sección debe estar escrito en mayúscula y en el margen izquierdo de la hoja, ejemplo: INTRODUCCIÓN

Para estos se seguirá las mismas instrucciones generales de publicación como así también los puntos descriptos en la sección 2.1.1 a 2.1.9 de la sección Instrucciones para autores de artículos originales.

Deben elegirse para esto artículos de reciente finalización, menores a un año a la fecha del envío a consideración del comité editorial de la revista.

5. INSTRUCCIONES PARA LAS PUBLICACIONES DE TRABAJOS DE ESTUDIOS MULTICÉNTRICOS

Los estudios multicéntricos presentados podrán tener una extensión máxima de 5 páginas (ver formato en Instrucciones Generales, incluyendo las aprobaciones pertinentes de los comités de ética y los entes reguladores provinciales o nacionales). Los autores deben identificarse de la siguiente manera: primer nombre, inicial del segundo (optativa) y apellido/s; y afiliación institucional, además se debe incluir el director y/o codirector del estudio si es que lo tuviese como así también el rol de los investigadores participantes.

5.1 Secciones de la publicación del estudio multicéntrico, cada una en hoja aparte. Cada sección debe estar escrito en mayúscula y en el margen izquierdo de la hoja, ejemplo: INTRODUCCIÓN.

Para estos se seguirá las mismas instrucciones generales de publicación como así también los puntos descriptos en la sección 2.1.1 a 2.1.9 de la sección Instrucciones para autores de artículos originales. Además a modo de conclusión deberá agregarse el siguiente punto:

5.1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

5.1.3 BENEFICIOS ESPERADOS PARA LA POBLACIÓN Y BENEFICIOS POTENCIALES DE LA INVESTIGACIÓN

En ambos casos fundamentar los alcances que reporta el estudio a la comunidad local, regional o global la realización del estudio y la proyección del mismo como herramienta, ya sea, diagnóstica, de tratamiento y seguimiento del protocolo, la droga o la innovación en materia de salud.

Deben elegirse para esto artículos de reciente finalización, menores a un año a la fecha del envío a consideración del comité editorial de la revista.

6. INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO DE RESÚMENES PRESENTADOS A CONGRESOS REGIONALES, NACIONALES O INTERNACIONALES QUE FIGUREN EN ACTAS DEL CONGRESO O EVENTO CIENTÍFICO Y QUE HAYAN CONTADO CON ARBITRAJE PREVIO POR JURADOS O EL COMITÉ CIENTÍFICO DEL CONGRESO RESPECTIVO, LOS RESÚMENES DEBEN SER DE RESIDENTES QUE SE DESEMPEÑAN EN ÁMBITOS DE ASISTENCIA SANITARIA QUE PERTENECEN AL MINISTERIO DE SALUD DE TUCUMÁN

Los resúmenes serán idénticos al presentado al congreso y deberán incluir como dato el evento científico, el lugar de realización, la fecha del congreso y la sociedad científica o institución que lo organizara. En caso de tratarse de resúmenes publicados en actas de congreso que cuenten con número de propiedad intelectual o en suplementos especiales de revistas de la especialidad se deberá indicar el ISBN o DOY correspondiente.

Deben elegirse para esto resúmenes de reciente presentación, menores a un año a la fecha del envío a consideración del comité editorial de la revista.

Si se tratase de un resumen presentado a un congreso internacional, el autor deberá acompañar su respectiva traducción al castellano (ver 2.1.2).

-TUCUMÁN CONTRA EL-

Cáncer de mama



DETECTADO A TIEMPO
SE PUEDE CURAR

PENSÁ EN TU FUTURO
Controlate hoy
- NO OLVIDES -
TU CHEQUEO MÉDICO ANUAL

SI TENÉS ENTRE
40 Y 70 AÑOS

- HACETE UNA-

MAMOGRAFÍA

una vez al año



Se puede prevenir y curar

Sin importar tu género y si tenés más de 50 años o antecedentes familiares, podés hacerte un autotest en casa.

Es rápido, sencillo e indoloro.

El test de sangre oculta en materia fecal permite detectar y prevenir el cáncer colorrectal.

Acercate al centro asistencial más cercano y retirá el tuyo.



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



GOBIERNO DE
TUCUMÁN

Dirección de Investigación de Salud
Calle Virgen de la Merced 189 1° piso

Ministerio de Salud de Tucumán
<http://msptucuman.gov.ar/direcciones-generales/direccion-de-investigacion-en-salud/>

Contacto

dir_investigacion@msptucuman.gov.ar
revdirecinvest@gmail.com