

Abordaje contextual en la práctica del médico de familia

Contextual approach in the practice of the family physician

Nicole Crimer^a , Mercedes Mutchinick^a, Esteban Rubinstein^a

Resumen

El contexto representa un conjunto de circunstancias que rodean una situación y, sin las cuales, esta no puede comprenderse en forma correcta. La relación médico paciente está enmarcada en un vínculo contextual. En la práctica cotidiana del médico de familia la atención del paciente se realiza de manera integral, sin disociar el cuerpo del contexto. En este artículo los autores desarrollan el abordaje contextual como herramienta diagnóstica y se describen con detalle dos instrumentos útiles para ponerla en práctica: la evaluación contextual y la entrevista de FOCO (Familia, Orientación y Contexto).

Abstract

The context represents a set of circumstances that surround a situation without which it cannot be properly understood. The patient-physician relationship is framed in a contextual link. In the daily practice of the family physician, patient care is carried out in an integral manner, without dissociating the body from the context. In this article the authors develop the contextual approach as a diagnostic tool and describe in detail two useful instruments to put it into practice: the contextual assessment and the FOCO interview (Family, Orientation and Context).

Palabras clave: Atención Integral de Salud, Medicina Familiar y Comunitaria. Keywords: Comprehensive Health Care, Family Practice.

Crimer N, Mutchinick M, Rubinstein E.. Abordaje contextual en la práctica del médico de familia. Evid Actual Pract Ambul. 2023;26(2):e007075. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V26I3.7075>.

Introducción

El contexto representa un conjunto de circunstancias que rodean una situación y, sin las cuales, esta no puede comprenderse en forma correcta. Desde la perspectiva de la medicina familiar entendemos que no hay separación entre cuerpo y contexto, motivo por el cual no es posible separar a los pacientes en sistemas u órganos, así como tampoco en mente y cuerpo. Tenemos tan internalizada esta idea que, a modo de ejemplo, cuando presentamos un paciente en una instancia de supervisión de pares (por ejemplo, una ronda o 'pase' ambulatorio) entre colegas, describimos primero sus datos individuales (edad y género), su contexto y recién después su motivo de consulta. Es por esto que decimos que atendemos a quienes nos consultan de manera integral, aceptando (y disfrutando) que no hay modo de atenderlos sin tener en cuenta su contexto.

La relación médico paciente y la continuidad de cuidados

Con la expresión relación médico-paciente se define un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos en los encuentros clínicos. En el trabajo integrado sobre el cuerpo y el contexto, tanto el médico como el paciente tienen un papel activo; la consulta es un trabajo de a dos y la mejoría también depende del paciente. La relación médico-paciente tiene implicancias sobre la eficacia diagnóstica ya que a gran parte de los diagnósticos se arriba con tan solo la anamnesis y, si el médico ofrece una escucha activa y el paciente lo encuentra receptivo, le contará más acerca de su motivo de consulta.

La continuidad del cuidado¹ es una característica primordial de la atención primaria y está intrínsecamente relacionada con la satisfacción de los pacientes. Numerosa evidencia señala que un alto índice en la continuidad del cuidado mejora la calidad y la cantidad de vida, por ejemplo asociándose a menor medicalización, intervencionismo y hospitalizaciones¹.

En la atención médica, el término continuidad del cuidado suele utilizarse de forma genérica para describir en qué medida los

pacientes ven al mismo profesional a lo largo del tiempo². Una forma de estimarla es mediante la utilización de una fórmula que relaciona las consultas del médico de familia con las consultas totales, y da por resultado un valor dentro del rango entre 0 y 1. Los índices más cercanos al 1 anuncian una mayor continuidad del cuidado. Este concepto garantiza la longitudinalidad en la atención de los problemas de salud de los pacientes, un atributo clave de las estrategias de la atención primaria en general y de la medicina familiar en particular, ya que hace referencia al cuidado centrado en la persona (y no en la enfermedad) e implica un contacto personal sostenido a lo largo del tiempo.

Abordaje contextual

La evaluación del contexto es sencilla y se realiza mediante el interrogatorio. Todo médico interesado puede hacerla simplemente indagando, preguntando y generando una instancia de diálogo abierto, sin prejuicios ni juicios, que nosotros denominamos escucha ampliada. Muchas veces los pacientes se sorprenden por las preguntas que solemos realizar y por eso consideramos necesario contarles que la medicina familiar es una especialidad médica que le da mucha importancia al contexto. Por otra parte, el espacio en la consulta para formular estas preguntas no implica que tenemos amabilidad o buena onda con los pacientes, sino que da cuenta de una valoración relevante del contexto desde una perspectiva técnica y científica. Somos conscientes de que en este punto se mezclan la ciencia y la creencia; reconocemos (y elevamos como estandarte) la importancia de la evaluación y el abordaje contextual como una fuerte creencia que se convierte en una herramienta fundamental para poder realizar nuestra práctica médica cotidiana. Ahora bien. Además de toda charla e intercambio que realizamos con nuestros pacientes (en los cuales el contexto siempre aparece), contamos con algunos dispositivos específicos para el abordaje del contexto que describiremos a continuación: la evaluación contextual y la entrevista de FOCO (Familia, Orientación y Contexto). Existe otro dispositivo para trabajar sobre el contexto que consiste en la utilización técnica de Recursos contextuales (REX) que resulta de gran utilidad en la

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. nicole.crimer@hospitalitaliano.org.ar, mercedes.mutchinick@hospitalitaliano.org.ar, esteban.rubinstein@hospitalitaliano.org.ar

práctica del médico de familia y que describiremos en otro artículo.

¿En qué consiste la evaluación contextual?

La evaluación contextual consiste en un procedimiento para jerarquizar la información contextual en la historia clínica. Bajo ese título describimos con quién vive nuestro paciente, a qué se dedica, cómo está compuesta su familia y sus vínculos significativos, cuáles son sus intereses y hábitos (pasatiempos, actividad física, alimentación) e incluso algunos conflictos (tensiones familiares, laborales). La mayoría de los pacientes valoran de manera positiva este abordaje pero hay casos en los que no es así y ahí debemos conocer cuál es el límite de nuestra tarea. Para saber en qué medida el paciente se siente cómodo con nuestra modalidad de trabajo nos remitimos no solo al lenguaje verbal que utiliza sino también al no verbal, ya que algunos pacientes (muy pocos) consideran la evaluación contextual como una intromisión fuera de lugar.

La comunidad académica se ha interesado por este tema y, en tal sentido, un estudio cualitativo realizado en Alicante sobre la calidad de la relación médico-paciente y los desenlaces de los encuentros clínicos en atención primaria documentó que, para los pacientes, la primera línea de atención es vista como una especialidad que trata con los problemas de salud de las personas tomando en cuenta el contexto personal y familiar; sin embargo, una minoría la señala como una barrera para la atención con el especialista³. En el mismo estudio, los pacientes mencionaron que desean que un mismo médico sea capaz de acertar en los diagnósticos y sea eficaz y eficiente en su manejo, aunque reconocieron que atender a alguien de manera competente requiere mayor tiempo. Los pacientes valoraron de forma positiva sobre los médicos de familia la motivación, el interés, la calidad humana, el conocimiento del contexto, el establecimiento de una relación personal, el pedido de opinión y la escucha activa³.

¿En qué consiste la entrevista de FOCO (Familia, Orientación y Contexto)?

Denominamos FOCO a un dispositivo que consiste en una o varias entrevistas con un paciente —solo o con algún acompañante— para trabajar aspectos generales y específicos relacionados con su contexto. Hace poco más de una década, colegas de nuestro servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires publicaron en esta revista un artículo que resume la evidencia proveniente de una revisión sistemática acerca de la factibilidad y efectividad de las intervenciones psicosociales aplicadas por médicos generalistas en las diferentes problemáticas estudiadas y describe las características de la entrevista de FOCO en los primeros años de su implementación⁴. Como quedó documentado en la investigación retrospectiva desarrollada por el mismo equipo, que relevó 482 registros de entrevistas de FOCO realizadas en el año 2011, este modelo de trabajo contribuye a que en una gran proporción de pacientes que consultaron por dolor u otros síntomas generales se pudiera detectar, abordar y documentar el proceso de atención de problemas de la esfera psicosocial, que suele ser subregistrado con el modelo biomédico clásico⁵.

Los problemas abordados con este dispositivo pueden ser muy variados: las dificultades para realizar un tratamiento, el diagnóstico reciente de una enfermedad, los temores para realizar una práctica preventiva, las dificultades para el autocuidado, las crisis vitales, la sobrecarga por el cuidado de un familiar enfermo, los problemas laborales, los síntomas de ansiedad y depresión, los problemas familiares, un duelo, etc. La entrevista de FOCO representa una herramienta mediante la cual se trabaja con situaciones particulares en las que consideramos ampliar el conocimiento

del contexto para pensarlo con mayor profundidad, realizar intervenciones y/o brindar herramientas para intentar modificarlo. Las entrevistas pueden darse de manera espontánea y también puede ocurrir que el médico le ofrezca al paciente concurrir un día puntual a una consulta en doble turno para encarar un problema en particular. En este último caso, le explica que conversarán durante el encuentro solamente de ese tema para discutir posibles estrategias de resolución. Después de la primera entrevista de FOCO suelen ocurrir dos situaciones: la entrevista funciona como evento único y allí se cierra, o bien se vuelve a citar al paciente (solo o acompañado) a lo largo de algunos encuentros adicionales.

La entrevista de FOCO no es una psicoterapia sino una herramienta de la práctica del médico de familia. En ella se profundiza la descripción del contexto del paciente y sus relaciones temporales, se recaban datos sobre los síntomas y se intenta comprender cómo estos afectan al paciente y cómo reacciona su contexto y, en lo posible, se redefine el motivo de la consulta junto con el paciente. Esta redefinición permite obtener un diagnóstico contextual operativo que posiciona tanto al médico como al paciente en otra perspectiva para ocuparse del problema, y este cambio de perspectiva permite muchas veces destrabar o descomplejizar algunas situaciones.

En el servicio de Medicina Familiar del Hospital italiano de Buenos Aires contamos con una ficha de FOCO que completamos a partir de los siguientes ítems: queja explícita del paciente, por qué ahora, relación con el contexto, redefinición del problema, objetivos y plan a seguir.

En la **queja explícita del paciente** se describe el motivo de consulta que convoca al médico a realizar la entrevista de FOCO. Lo que el paciente percibe puede corresponder a los planos habitualmente comprendidos como somático, cognitivo o emocional, aunque nosotros no pensamos en estos planos como compartimientos separados. También pueden darse situaciones en las cuales el médico detecte un problema a partir del cual quiera aplicar el dispositivo FOCO y no exista una queja explícita.

El **por qué ahora** trata de definir los hechos o secuencias que motivaron la consulta del paciente. Para ello, el médico suele orientar a su paciente a que piense en las circunstancias actuales que hicieron que pasara de una actitud pasiva a una activa (la consulta). Pueden haber ocurrido hechos trascendentales o puede no encontrarse alguna explicación que vincule la consulta con el momento actual y no se identifique ningún desencadenante particular.

Con respecto a la **relación con el contexto**, no creemos que sea la causa de los problemas pero entendemos que forma parte de un proceso complejo y multicausal cuyo abordaje es imprescindible para comprender muchos problemas de los pacientes. En tal sentido, el objetivo del médico es identificar aspectos contextuales que puedan estar relacionados con el motivo de consulta. Recomendamos aprovechar este ítem para conocer en profundidad los aspectos vinculados con la familia, el trabajo, las amistades y cualquier instancia contextual que pueda generar tensiones. Las preguntas están orientadas a dónde, cuándo y cómo aparece el síntoma, qué hacen el paciente y cada integrante de su contexto ante el problema, qué reacciones provocan las distintas actitudes, qué deja de hacer o qué quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema. Otra pregunta importante para proponer es qué soluciones se intentaron. De esta forma, se evalúa la capacidad de resolver conflictos vinculares así como se incentivan las estrategias que funcionaron y se identifica por qué fueron de utilidad.

En la **redefinición del problema** el médico redefine el problema junto con el paciente a partir de los datos recolectados. Esto implica realizar un diagnóstico contextual operativo que propone

un cambio de mirada (o de perspectiva) ante un determinado problema.

Una vez analizado y redefinido el problema en su contexto, el médico deberá plantear cuáles son los **objetivos** que quiere lograr y cómo los alcanzará. Se incluyen objetivos intermedios y un objetivo final. Este punto plantea cuál es la finalidad de realizar la entrevista de FOCO.

En el **plan a seguir** para la próxima entrevista, el médico suele acordar con el paciente algunas acciones para la entrevista siguiente, como por ejemplo: tomar alguna medicación, comenzar una actividad, hablar con un familiar acerca del problema, etc. Estas decisiones deben detallarse en este ítem para poder evaluarlas en los futuros encuentros.

Comentario final

La medicina familiar es una especialidad clínica que se especializa en las personas. De manera tradicional se ha ocupado de la atención integral del paciente y su familia en las distintas etapas del ciclo vital. Siendo contemporáneos a los tiempos que rigen, sabemos que la definición de familia ha ido cambiando a lo largo de los años y es por ello que hoy nos sentimos más cómodos y asertivos utilizando el concepto de atención integral del paciente y su contexto. La incorporación del contexto determina una

mayor complejidad en el trabajo cotidiano, sobre todo teniendo en cuenta la importancia que le damos a los valores y creencias de nuestros pacientes, lo que ponemos en práctica cuando implementamos, por ejemplo, la toma de decisiones compartidas.

Fuente: Este material fue adaptado del capítulo "Contexto" del tomo II del libro "Factores de riesgo cardiovascular. Un abordaje desde la toma de decisiones compartidas", Kopitowski K, Mutchinick M, Rubinstein E, del-hospital ediciones, Buenos Aires, 2023.



Programa de Educación Continua
en Salud Familiar, Ambulatoria y
Comunitaria organizado por el Servicio
de Medicina Familiar y Comunitaria
y el Instituto Universitario del
Hospital Italiano de Buenos Aires

Recibido el 04/04/2023 Aceptado el 31/05/2023
y Publicado el 30/06/2023.

Referencias

1. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios e tecnología. UNESCO, Oficina Nacional en el Brasil y Ministerio de Salud de Brasil; 2002. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>.
2. Villalon G. Continuidad del cuidado. Evid Actual Práct Ambul. 2021;24(1):e002112.
3. Giron M, Bevia B, Medina E, et al. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Pública. 2002;76(5):561–575. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/original6.pdf>.
4. Drimer C, Mutchinick M, Terrasa S. Intervenciones psicosociales en atención primaria: evidencia publicada y relato de la experiencia de un Servicio de Medicina Familiar en Argentina. Evid Actual Pract Ambul. 2012;15(3):100–103.
5. Drimer C, Terrasa S, Mutchinick M. Dispositivo estructurado de intervenciones psicosociales en atención primaria: serie de casos retrospectiva. Evid Actual Pract Ambul. 2019;22(2):e002014.