

## REVISTA "MEDICINA INTERNA" 1985-1997

Carlos A. Moros Gherzi\*

La revista "Medicina Interna" nace en 1985, como resultado de la gestión de la Junta Directiva Nacional del periodo 1984-88, la cual tuve el honor de presidir y que estaba integrada además por Osvaldo García Arenas, brillante Internista del Zulia, precozmente fallecido, Eva Essensfeld de Sekler, Luis López Gómez, Marcos Tróccoli, Roberto Ochoa, en los cargos de Vicepresidente, Secretaria General, Secretario de Actas y Bibliotecario respectivamente y como vocales: José Moros Guédez, Nadim Haddad, José Jatter Villa, Pedro Armas y Eddie Kaswan.

Cuando presenté a esa directiva la idea de editar una revista científica que fuese el órgano oficial de la misma, recibí el unánime apoyo de todos sus miembros. Debo mencionar en honor a la verdad, la posición entusiasta en forma permanente de la Dra. Eva de Sekler que se hizo muy manifiesta en la etapa siguiente, destinada a traducir en hechos concretos el proyecto.

El número 1 del Volumen 1, apareció así al inicio de 1985, después de un intenso trabajo realizado en el segundo semestre de 1984.

Pasé a ocupar desde ese momento la posición de editor, la cual he compartido desde entonces con distinguidos miembros de la Sociedad, integrantes del Comité de Redacción.

En el editorial de ese primer número<sup>1</sup>, escribí lo siguiente: "Al aceptar este reto, como es la edición de la revista "Medicina Interna", lo hacemos conscientes de las dificultades y dispuestos a lograr -como así lo haremos- su continuidad... Estamos

convencidos del impostergable requerimiento que tenemos los Internistas de empujarnos en nuestra historia para expandirnos cada vez más, para resaltar el fruto del inmenso trabajo realizado y cumplir así cabalmente con nuestra elevada responsabilidad médica nacional".

Efectivamente el camino ha estado lleno de dificultades, sobre todo en lo atinente al financiamiento de los primeros años.

En algunos de ellos nos vimos obligados a publicar sólo dos números y a veces -por los mismos inconvenientes- con cierto retraso. No obstante, gracias al apoyo de todas las Juntas Directivas de la Sociedad, no desmayamos en ningún instante y nos llena hoy de satisfacción, el reconocimiento nacional que ha merecido "Medicina Interna" por su calidad y regular aparición trimestral.

La revista, sin duda alguna ha sido un excelente vehículo para recabar el trabajo que en el diario quehacer llevamos a cabo los Internistas en Venezuela. Me es imposible señalar en esta breve exposición todos los beneficios que se han derivado de su creación, pero sí considero necesario reseñar por lo menos, algunos de ellos. En primer lugar, su vigencia ha hecho posible la edición de los trabajos de investigación que realizan nuestros miembros en los hospitales y organismos de salud en el territorio nacional, tal como puede deducirse de la ponencia presentada en el IX Congreso Venezolano de Medicina Interna celebrado en Maracaibo en 1996<sup>2</sup>, en la cual se demuestra la apreciable cantidad de trabajos científicos hechos por los Internistas del país y publicados en este órgano oficial de la Sociedad, así como el numeroso grupo de Trabajos Libres presentados en los Congresos, cuyos resúmenes también han venido apareciendo en diversos números.

\* Internista  
Expresidente de la SVM. - Ex Rector de la UCV.

En segundo término, ha permitido la publicación de los Trabajos Especiales de Investigación de los cursantes de los Postgrados Universitarios de Medicina Interna que se presentan en las Jornadas de Egresandos que efectúa la Sociedad al final de cada año y los cuales se iniciaron cuando el Dr. Eddie Kaswan ejerció la presidencia de la misma. Esas tesis, conocidas usualmente por las siglas TEI, han constituido aportes de excepcional valor, que de no existir nuestra revista hubieran tenido serias dificultades para su plena difusión. Igualmente, se ha logrado algo verdaderamente vital para la Sociedad tanto en lo relativo a su presente como en la perspectiva del futuro, la muy significativa aparición en ella de artículos doctrinarios sobre la especialidad, fundamentales para las nuevas generaciones y para la fehaciente demostración de la pertinencia de la Medicina Interna -en su acepción de especialidad general- como práctica médica prioritaria en los sistemas de atención de la salud. A pesar de los factores que inciden en la sub-especialización de los egresados, lo cual se ha analizado extensamente y especialmente entre ellos, el derivado de la deplorable ausencia de una política de utilización de los Internistas en nuestro país, es un hecho cierto que no se podrá posponer por mucho tiempo, el requerimiento de Internistas para solventar los graves problemas de cobertura, equidad y eficiencia que exigen esos sistemas de atención, por lo cual los numerosos trabajos sobre la materia que han aparecido especialmente en la sección "Medicina Interna, Educación Médica y Comunidad", configuran una base bibliográfica fundamental para acciones específicas posteriores.

Gracias a los artículos publicados en Medicina Interna sobre morbilidad y mortalidad en Venezuela -tanto prospectivos como de revisión-, hoy tenemos datos concretos nacionales acerca de esos temas, hecho relevante para la organización del programa de Medicina Interna creado por el Dr. José Félix Oletta en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

La labor que se ha desarrollado así en trece años continuará, sin duda en un proceso de perfectibilidad en el futuro.

Durante esos trece años he sido editor de la revista. Prolongar mi permanencia en el cargo sería personalizarlo, como así se lo expresé por escrito a la Junta Directiva Nacional hecho que no se justifica en ningún momento y menos en el seno de una agrupación como la nuestra que cuenta con la notoria presencia de muy destacados Internistas que pueden asumir ese cargo. Por ese motivo he presentado mi renuncia como editor ante dicha directiva, la que ha designado a la Dra. Eva Essinfeld de Sekler para esa posición, quién comienza su tarea con éste número.

Debo señalar que todos los presidentes, incluyendo al Dr. Ramón Castro, cada vez que hablaba con ellos sobre el particular me disuadían de llevarla a término, así como mis compañeros del Comité de Redacción. Además deseo agregar que nunca ha representado el trabajo una molestia, al contrario lo he hecho con mucho afecto, pasión, orgullo y complacencia y no tiene que ver tampoco con escasez de tiempo porque siempre lo he tenido dispuesto para laborar por la Sociedad. Se trata de un aspecto conceptual, creo que es fundamental que todos tengamos la oportunidad de servir e incluso de aportar ideas para mejorar las instituciones.

Por esas razones, continuaré por petición mía y decisión de la Junta Directiva como miembro del Comité de Redacción.

La revista no puede quedar en mejores manos. La Dra. Eva de Sekler, además de ser una muy destacada Internista, con dilatada trayectoria en los campos de la asistencia, la docencia e investigación, fue una brillante presidenta de la Sociedad, uno de los baluartes actuales de su avance y progreso y además, como lo expresé antes, una entusiasta y dinámica compañera en estos trace años en la conducción de nuestra revista.

Estoy seguro que con su valioso trabajo y con la colaboración de todos, la revista Medicina Interna será cada vez mejor.

Al finalizar mi gestión como editor, agradezco altamente a las Directivas y miembros de la Sociedad, la cooperación que he recibido y de la misma manera al Sr Antonio Cárdenas, por su encomiable trabajo en la Coordinación y Edición. Quiero hacer una referencia muy especial a mis compañeros del Comité de Redacción, sin cuya tenaz labor no hubiera sido posible el éxito alcanzado y en conjunto con ellos al Dr. Rafael Vargas Arenas, quién ha tenido una acción perseverante en la publicación de los Indices Acumulativos.

#### Referencias Bibliográficas

- 1) Moros Gherzi, CA: Editorial Med Intern (Caracas), 1985 1(1):34
- 2) Moros Gherzi, CA: Una visión de la labor investigativa del Internista a través de sus publicaciones en la revista "Medicina Interna" y de sus trabajos libres presentados en los últimos cuatro Congresos Venezolanos de la especialidad. Med Intern (Caracas) 1996, 12(4):143-146.

---

---

## EDITORIAL

Eva Essenfeld de Sekler\*

Comenzando con este número, la edición de la Revista Medicina Interna queda a mi cargo. Como órgano oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, ésta es una importante tarea, que mi predecesor, el magnífico amigo e Internista, Dr. Carlos Moros Ghersi, supo llevar con éxito a pesar de las vicisitudes propias de esta labor de 13 años, en un país donde las cosas no son fáciles y casi siempre obedecen a la inquebrantable voluntad de las personas que con idealismo y empeño las llevan adelante.

Cuando en 1985 salió a la luz el primer número de esta publicación periódica, no faltaron las aves agoreras que no confiaban en nosotros y que vaticinaron una corta vida a la Revista. El tiempo demostró lo contrario, y a lo largo de estos primeros trece años los diferentes integrantes del Comité de Redacción dedicaron muchas horas de su valioso tiempo a la tarea asignada, por lo cual los Internistas de Venezuela les damos las gracias.

Al Dr. Carlos Moros Ghersi, la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, le estaré agradecida siempre por haber sido tan constante y solidario con ella, no sólo en su labor como Editor, sino en muchas otras facetas de la vida de nuestra organización, en las cuales sus extraordinarias cualidades, su ponderación, sus dotes organizativas y su dedicación han sido sobresalientes.

Por ello me siento altamente complacida de poder seguir contando con el Dr. Moros en el Comité de Redacción.

Le agradezco a la Junta Directiva Nacional 1996-1998, presidida por el Dr. Ramón Castro, a los Dres. Mario Ogni, Luis Chacín, Trina Navas, Héctor Marcano y Vanel Machuca la confianza que depositaron en mí al nombrarme Editora de nuestra querida Revista.

\* Expresidente de la SVM1.  
Profesora Clínica Médica - UCV.

## MEDICINA CONDUCTUAL UN CAMPO EMERGENTE EN EL ESTUDIO DE LA SALUD

*Evelyn Canino de Lambertini\**

### RESUMEN

Se presenta una breve revisión histórica del concepto de salud, su evolución hacia una concepción más integral que sirve de base para el desarrollo que se viene observando en diversas áreas involucradas en el estudio de la salud. Seguidamente, se mencionan áreas involucradas en el estudio de la salud y la enfermedad; haciendo especial consideración para la Medicina Con-

ductual, sus objetivos y evolución. Se explica el surgimiento de este campo y su desarrollo luego de aproximadamente veinte años de evolución y se concluye con un análisis de los alcances de la Medicina Conductual, su importancia y perspectivas en el estudio de la salud y en el entorno científico en general.

Alrededor del tema de la salud y la enfermedad ha girado una gran cantidad de literatura y también de investigaciones. Desde su concepción inicial de salud, estrictamente vinculada con la enfermedad, muchas áreas y disciplinas se han dirigido a intentar una explicación acerca de: ¿cómo nos enfermamos? ¿qué debemos hacer? o ¿dejar de hacer?, para erradicar múltiples enfermedades que han azotado a la humanidad en diferentes épocas. Por tanto, el tema de la salud resulta de gran importancia para todos aun cuando no sea nuestra área de acción profesional. Además de la concepción de salud que ha evolucionado progresivamente, también han evolucionado los modelos que subyacen las líneas de investigación en salud. Así por ejemplo,

ajustados a una visión de salud más integral y actual, nos deberíamos alejar un poco de la condición patológica del individuo y centrarnos más bien en una evaluación de su estado de bienestar global, en donde se abarque no sólo un punto de vista biológico sino además psicológico, (su sentir subjetivo) así como también la exploración de las relaciones sociales del individuo y la calidad de sus logros, es decir, su relación con el entorno en el sentido más amplio.

Los siguientes cambios, en la perspectiva del de salud; la visión holística del hombre y, el modelo biopsicosocial como marco referencial, han venido influenciando y delineando los cambios independientes observados en un conjunto de disciplinas que se ocupan del estudio de la salud; así como también, han contribuido al surgimiento y desarrollo de campos y áreas emergentes, de gran potencialidad, como el campo interdisciplinario de

\* Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento.  
Universidad Simón Bolívar. Caracas.

---

Medicina Conductual entre otros, interesados en resolver y preservar la salud integral del ser humano. Los objetivos, las metodologías y por supuesto los resultados y sus alcances han variado significativamente gracias a los cambios que se han operado en relación a la idea de salud.

## **I.- EVOLUCION EN LA CONCEPCION DE LA SALUD**

Durante los últimos cien años se ha experimentado un giro importante en la visión de lo que se entiende por salud y enfermedad, ya que estos conceptos suelen cambiar con los autores, las comunidades y las épocas. La enfermedad puede ser definida de tres maneras diferentes: como un estado particular del cuerpo, como una interpretación del médico y como un peculiar estado de conciencia del enfermo; por tanto, no es difícil ver que desde esta óptica puede medicalizarse cualquier problema humano Bayés<sup>1</sup>. De acuerdo a lo sintetizado por Brannon y Feist<sup>2</sup>, a principios de siglo, la idea de enfermedad estaba asociada con el contagio de agentes patógenos procedentes del entorno o, el contacto con enfermos; de tal forma que la intervención siempre era curativa con el propósito de erradicar el padecimiento. Esta visión se mantuvo durante toda la centuria y los esfuerzos se dirigieron a conocer y controlar cada vez más, los agentes provocadores de las enfermedades y, por otro lado, a desarrollar procedimientos y tratamientos a fin de curar al enfermo. Esa visión mantenida tanto tiempo comienza a ser obsoleta en los últimos treinta años surgiendo una visión diferente de la salud y la enfermedad. Este cambio que se observa de forma progresiva durante este siglo, en la visión de salud tiene que ver con los siguientes cuatro aspectos: El primer aspecto, se refiere a las principales causas de muerte en los últimos años, las cuales han cambiado de enfermedades infecciosas a las producidas por conductas y estilos de vida no saludables según indican los reportes de prevalencia y morbilidad de países como Estados Unidos y Venezuela. Se indica por ejemplo, que para principios de siglo las muertes eran principalmente explicadas por enfermedades relacionadas con problemas de salud pública tales como difteria, fiebre tifoidea, neumonía; en cambio posteriormente, las muertes se explican por enfermedades asociadas con determinadas alteraciones en el estilo de vida como infartos, cáncer, obstrucción pul-

monar, diabetes, suicidio, muertes por accidentes y SIDA. Como dato, por ejemplo en Venezuela Colán<sup>3</sup>, reporta 20.000 muertes por enfermedades cardiovasculares en Venezuela durante el año 1992; la prevalencia de Hipertensión Arterial en todo el país con 15.000 encuestados, fue del 34,9% para el año 1993; y una prevalencia del 28,9%, para el año 1994 con 14.800 personas evaluadas.

El segundo aspecto a considerar es el incremento notorio del costo médico en el mantenimiento de la salud individual que ha traído como consecuencia la importancia de la educación en el proceso de promover la salud y disminuir el riesgo de enfermarse. Cada vez cuesta más el proceso de diagnóstico y curación de las enfermedades en la medida en que se han sofisticado las tecnologías médicas. Por otro lado, y más recientemente, se ha enfatizado en la detección temprana de la enfermedad y en los cambios hacia un estilo de vida saludable, así como la promoción de conductas que ayuden a prevenir las enfermedades. Esta perspectiva orientada hacia la prevención, ha permitido tomar en cuenta dentro de los servicios de salud el papel fundamental que tiene el psicólogo, ya que en colaboración con los médicos y otros profesionales de la salud, puede aportar alivio al sufrimiento humano a través del planteamiento de nuevas y originales soluciones, ya que en la actualidad los tratamientos y prescripciones no consisten sólo en curar a los enfermos, sino que se debe hacer énfasis en la prevención de las enfermedades y más aún, se debe enfatizar la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas<sup>1</sup>. Por ejemplo, la temprana detección de la presión arterial elevada, colesterol elevado, obesidad y otros precursores de enfermedades cardiovasculares, pudieran ser las condiciones a ser controladas a fin de disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades serias como las cardiovasculares, e incluso minimizar el riesgo de morir. Explorar en las poblaciones su nivel de riesgo es preferible que los tratamientos curativos, porque las enfermedades crónicas son casi imposibles de curar. Por tanto, educar a la gente acerca del control de su peso suspensión del fumar, nutrición adecuada, ejercicios y otras conductas relacionadas con la salud que van dirigidas a optimizar la prevención, la cual es la aproximación más eficiente, en cuanto a costo se refiere, relacionado con el cuidado de la salud del individuo. Mantener a una persona saludable es fácil y menos costoso que curar a una persona enferma.

Un tercer aspecto, es el surgimiento de una nueva concepción de salud, donde tener salud es vista como la condición amplia y compleja de sentirse bien, y no meramente la ausencia de enfermedad<sup>4</sup>. Se pueden precisar dos categorías de definiciones de salud: Aquellas que proponen a la salud como un estado ideal, y aquellas otras que proponen la salud como un movimiento en una dirección positiva. La primera categoría implica una dicotomía, de manera tal que la presencia de enfermedad es lo opuesto a lo considerado como saludable y el estado ideal puede ser restaurado removiendo la enfermedad. La segunda categoría considera a la salud como una dirección en un continuo, de manera que la enfermedad sería un movimiento en una dirección contraria a lo considerado como saludable.

Se plantea así, si el concepto de salud sólo se refiere a la ausencia de enfermedad o si por el contrario, existen elementos adicionales necesarios para poder hablar de salud. Aunque Seeman<sup>5</sup>, reconoce que un entendimiento de la enfermedad es importante, insiste que la salud en su totalidad no debe ser definida simplemente como ausencia de enfermedad. Enmarcado en la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) del año 1946, que dice: "Salud es, un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad". Este autor enfatiza que la salud no sólo incluye la realidad biológica sino también abarca el dominio de lo mental y lo social. Para ampliar su concepción, utiliza una aproximación sistémica, una vía interdisciplinaria<sup>6</sup> que permite analizar la compleja relación entre subsistemas del organismo. El modelo de salud de Seeman responde a la integración biomédica, fisiológica, perceptual cognitiva, interpersonal y ecológica. La efectiva integración de estas funciones constituye el concepto de salud positiva, mientras que fallas en esta integración presentarían como resultante, la enfermedad del individuo. Esta definición sirve para clarificar la afirmación de la salud como un estado positivo en un continuo, y trae como consecuencia una conceptualización más holística y multidimensional de salud, en comparación con la conceptualización de salud como la ausencia de enfermedad, asimismo, conlleva a cambios en el abordaje de la enfermedad y en el modelo de salud imperante<sup>2</sup>.

Al considerar que la salud es multidimensional, todos los aspectos del individuo lo biológico, lo psicológico y lo

social, deben ser considerados. Un aspecto en una adecuada salud desde el punto de vista de Stone<sup>7</sup> es la optimización del funcionamiento biológico del organismo, tales como, una presión arterial normal, un adecuado gasto cardíaco, un elevado nivel en el volumen respiratorio, y la habilidad para manejar el estrés, las infecciones y las agresiones físicas. Como cuarto y último aspecto que ha influenciado la evolución en la concepción de la salud, tenemos el hecho de que algunos médicos y otros especialistas enmarcados en una perspectiva amplia de salud y enfermedad han cuestionado el uso del tradicional modelo biomédico y han sugerido otros modelos<sup>2</sup>. El modelo biomédico se desarrolla a partir del concepto de agente patógeno, que es el agente causal de la enfermedad. Esta concepción significa que simplemente la enfermedad es producida cuando un agente patógeno entra en el cuerpo. Este modelo es un enfoque unidimensional, que puede traducirse al dualismo cartesiano, donde los factores que "gobiernan" la mente difieren de aquellos que "gobiernan" el cuerpo. Sin embargo, la idea de que cada enfermedad es causada por un agente patógeno específico es simple y ha recibido varias críticas; de esta manera Brannon y Feist<sup>2</sup> proponen ante el modelo biomédico de la salud, un modelo biopsicosocial por considerarlo más comprensivo para el área de la salud. La idea de adoptar un modelo biopsicosocial en el estudio y abordaje de la salud implica la consideración y utilización de un pensamiento contextual y orgánico con los consiguientes cambios teóricos y de diseño de investigación<sup>8</sup>.

Según Bayés<sup>1</sup> lo fundamental del modelo biopsicosocial de enfermedad es la incorporación, no sólo de factores físicos, sino también psicológicos y sociales en la explicación de las enfermedades así, para eliminar un padecimiento o una alteración en un medio interno se debe actuar, médicamente sobre este medio interno y cambiar también el medio externo, lo cual requiere tanto de un análisis fisiológico como psicológico, ya que la sola corrección del medio interno dejando inalterable el externo puede traer como consecuencia que al cesar la administración de fármacos, por ejemplo, el sujeto vuelva a descompensarse por permanecer vigentes otras causas (ambientales, psicológicas, sociales) del padecimiento, ya que una perspectiva biopsicosocial considera que la salud y la enfermedad pueden ser entendidas considerando la interacción de múltiples variables (multicausalidad) que se distribuyen en diferentes niveles.

En este modelo biopsicosocial, la salud y la enfermedad pueden ser entendidas considerando la interacción de múltiples variables que se distribuyen en diferentes niveles. Aunque este modelo es más complejo, esta complejidad es aquí necesaria, ya que la exclusión de factores psicológicos y sociales ha creado, durante mucho tiempo, una falsa dicotomía entre enfermedad física y mental, que oscurece la influencia de estos factores en el desarrollo de las diferentes enfermedades. Este modelo biopsicosocial viene sirviendo de eje de apoyo a los trabajos que tienen como objetivo, una aproximación preventiva en el área de la salud.

A continuación se describe el modelo psicológico de la salud, de Ribes<sup>9</sup> en su perspectiva teórica. Este autor señala que se ha venido observando un creciente interés por vincular a la psicología con los problemas de la salud humana, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental. Los esfuerzos en este sentido se han enmarcado en concepciones plurales, y no siempre bien delimitadas a la salud, y a la naturaleza de las dimensiones psicológicas que le son pertinentes. De allí que en el examen de la participación del comportamiento individual en la modificación de los estados de salud se yuxtapongan inadvertidamente dos modelos generales que cubren dimensiones distintas, la médico-biológica y la socio-cultural, así como diversas concepciones implícitas acerca de los propios factores psicológicos. El autor propone que con el objeto de evitar las confusiones derivadas de la influencia tácita de modelos con dimensiones lógicas diferentes, se referirá a la salud en término de dos ámbitos de significación precisos: el biomédico y el socio-cultural. En el primer caso, la salud se concibe en términos de la enfermedad, mientras que en el segundo se hará referencia al bienestar. Por supuesto, como explica el autor, si se toma en consideración la inclusividad relativa de la dimensión socio-cultural respecto a toda práctica y condición humanas, queda claro que la significación médica de la salud como carencia de enfermedad constituye sólo uno de sus elementos y que, como ya es aceptado generalmente, las alteraciones biológicas definitorias de la enfermedad no pueden desvincularse, en su génesis y manifestaciones, de las circunstancias ecológicas y socio-culturales que delimita su ámbito propiciador. Sin embargo, con propósitos meramente analíticos se utilizará dicha distinción para examinar la factibilidad de un modelo que describa específicamente el papel de

los factores psicológicos en la regulación, por así decirlo del estado de salud.

Supuestos de un modelo psicológico de la salud de Ribes<sup>9</sup>:

Partiendo de las consideraciones anteriores, se pueden adelantar algunos supuestos que fundamentan la pertinencia y utilidad de un modelo psicológico de la salud.

Estos supuestos son los siguientes:

1. La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción fundamental de las relaciones socio-culturales.
- 2- Cuando se analizan en un modelo psicológico, los factores biológicos y socio-culturales no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a la de sus disciplinas originales.
- 3- Los factores biológicos se representan como la condición misma de la existencia del individuo práctico y de las relaciones biológicas integradas a su actividad.
- 4- Los factores socio-culturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historia personal.

Los supuestos bosquejados permiten delinear un modelo psicológico de la salud, aún cuando la doble dimensión bienestar-enfermedad, comprendida dentro del concepto de salud, sea ajena, como conjunto categorial, a la psicología como disciplina.

Se sabe de sobra que la salud de un individuo no puede dissociarse de los efectos que tienen sobre el organismo diversos agentes físicos, químicos y biológicos, y que la condición para ajustar de forma óptima su funcionamiento biológico a dichos agentes depende en gran medida de las circunstancias en que se desenvuelve. El organismo no es una entidad aislada, sino que presupone por definición un medio del cual se nutre y a partir del cual evoluciona ontogenéticamente, pero del cual también puede padecer influencias nocivas o ciertas carencias fundamentales. Este medio no es ajeno a la

---

organización social y a la cultura. Aún cuando la alteración desfavorable del estado biológico de un organismo tiene lugar siempre a través de procesos biológicos y fisico-químicos, estos procesos nocivos operan ambientalmente la más de las veces a través de las prácticas sociales y culturales (las costumbres y oportunidades de alimentación, la contaminación química y biológica, los contagios infecciosos por prácticas inadecuadas de tipo higiénico, etc.).

Esta interrelación entre las condiciones ambientales propiciadoras del bienestar y la acción de agentes fisico-químicos y biológicos sobre el estado del organismo se da como y mediante la práctica social de los individuos. Y, aún cuando sería utópico suponer que toda alteración del estado biológico del organismo es mediada frente al ambiente por la práctica social del individuo, sí es postulable que en última instancia, la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando. Esta es la dimensión psicológica de la salud.

La dimensión psicológica de la salud puede desagregarse en tres factores fundamentales:

- 1- La forma en que el comportamiento participa en la modificación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.
- 2- Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.
- 3- Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Estos tres factores generales involucran una diversidad de funciones psicológicas distintas, y su proceso, como interrelación recíproca, es determinante, en mayor o menor grado, de los resultados observables biológicamente en términos de salud o enfermedad. El hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas, y el hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica. Este resultado puede ubicarse como un complejo equilibrio entre niveles de comportamiento que

representan acciones propiciadoras o auspiciadoras de enfermedad, acciones preventivas de enfermedad, acciones correlativas y necesarias para la curación, o acciones rehabilitativas.

Obviamente, el hincapié en un modelo psicológico de la salud no elimina, no pretende hacerlo, los modelos biológico y socio-cultural. Como ya se ha reiterado, el modelo psicológico constituye por así decirlo, un modelo de interfase indispensable para relacionar variables de dos niveles lógicos inconmensurables (el biológico y el socio-cultural), a la vez que prescribe las modalidades y momentos en que es posible afectar el continuo bienestar-enfermedad a través de las acciones prácticas de los individuos. El papel de un modelo psicológico, es el de guiar la acción e intervención prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, en la medida en que esas prácticas no pueden considerarse efectivas si no es en relación con su aplicación oportuna respecto a la actividad social de los individuos, prevención de enfermedad, y conductas asociadas a la alteración biológica. Así, el proceso psicológico pertinente al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica comprende la interacción de tres factores fundamentales:

- a) la historia interactiva del individuo,
- b) las competencias funcionales al interactuar con una situación general y
- c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación.

En este sentido, la historia constituye la predisposición de un individuo a interactuar con una situación presente, en un momento dado, con base en sus formas y modos de interacción previos inmediatos, funcionalmente pertinentes a dicha situación. Los estilos interactivos modulan la oportunidad, la velocidad y la precisión de las conductas efectivas que implica el comportarse frente a una situación que prescribe los criterios de eficacia de un individuo.

Por otra parte, las competencias funcionales, tienen que ver con lo que se podría denominar la capacidad conductual de un individuo. El concepto de competencias funcionales, por definición, es un concepto de naturaleza interactiva. Una competencia comprende siempre el



comportamiento de un individuo, la situación y requerimientos que dicha situación establece, así como los resultados, efectos o consecuencias que tiene el comportamiento relativo a los requerimientos de dicha situación. La situación, desde un punto de vista psicológico, no consiste en una mera colección de objetos físicos y de personas con una caracterización social dadas. Constituye lo que, en términos técnicos, se define como un conjunto o campo de contingencias, las cuales se refieren a una relación de condicionalidad entre acontecimientos.

En resumen, desde un punto de vista psicológico, la estrategia de un sistema eficaz de salud biológica implica dotar al individuo de los recursos prácticos necesarios para disminuir los factores ambientales que inciden en un aumento de la vulnerabilidad biológica, a la vez que se despliegan formas de acción que son instrumentales para la prevención de todo riesgo vinculado a la aparición de patologías biológicas de tipo crónico y agudo. Esta estrategia significa adiestrar al individuo en el uso apropiado de los recursos del medio, su transformación cuando así esté indicada, y el evitar contactos con circunstancias y agentes patógenos (aprovechamiento y creación de las condiciones del bienestar social), a la vez que se les capacita en formas de interactuar con las contingencias situacionales de su vida cotidiana, de modo tal que aúne a la efectividad en sus interacciones, la modulación de reacciones biológicas que no afecten negativamente su sistema inmunitario. Éste sería en resumen el punto de vista de Ribes<sup>9</sup>, acerca del modelo psicológico de la salud biológica y su relación con los elementos socio-culturales.

## **II.- DISCIPLINAS RELACIONAS CON EL ABORDAJE DE LA SALUD**

Existe un conjunto de disciplinas y áreas que tratan de dar explicación a lo que se entiende como salud y se dedican a estudiar y analizar las diferentes enfermedades que aquejan a la población, proponiendo diversas estrategias para aminorar su aparición y/o desarrollo. Entre estas disciplinas se pueden mencionar la Medicina, la Biología, la Química, la Sociología, y la Psicología, entre otras. A continuación se reseñará especialmente, el papel que ha desempeñado la Psicología en el tema de la salud y la enfermedad.

Cuando se comienza a considerar los factores psicosociales en el concepto de salud general, comienza la importancia de la psicología en el campo de la salud; así se tiene que la psicología está relacionada con la enfermedad física a principios del siglo XX. En el año 1911, la Asociación Americana de Psicología (APA) discutió el papel de la psicología en la educación médica, sin embargo, no fue sino en los años '60 cuando se amplió el campo de acción de la psicología al ámbito médico. Según Gentry y Matarazzo<sup>10</sup>, hay evidencias de la emergencia de los psicólogos como una fuerza vital en el cuidado médico, la investigación médica y la educación médica.

### **II. 1.- Desarrollo de la Psicología Médica:**

La Psicología Médica surgió como resultado de la necesidad de integrar los aspectos psicológicos del individuo en el manejo de los problemas y enfermedades médicas. De esta manera comenzaron a emplearse una gran cantidad de psicólogos en servicios clínicos, para diagnóstico y terapia; también en investigación, enseñanza y administración, desempeñando en consecuencia diferentes roles. En sus comienzos, la definición de la Psicología Médica se relacionaba estrictamente, con la práctica de la psicología en centros de atención médica, es decir, la Psicología Médica era parte de la formación de todo médico lo cual le capacitaba para establecer una adecuada relación, médico-enfermo que favoreciera al máximo la erradicación de la enfermedad y dada la amplitud de acción de esta práctica psicológica, comenzaron a delimitarse diferentes campos profesionales, incluso interdisciplinarios, interesantes de diferenciar<sup>1</sup>.

### **II. 2.- Psicología Médica y conceptos relacionados:**

Es importante hacer la distinción entre lo que se entiende por los siguientes términos, Psicología Médica, Psicología de la Salud, Medicina Conductual y Salud Conductual.

**La Psicología Médica** es definida como la práctica de la psicología dentro de las Escuelas o Centros Médicos. Esto incluye no sólo los servicios clínicos (diagnóstico y terapia), sino también el importante rol educador e in-

investigador. Además se incluyen todas las sub-especialidades de psicología (por ejemplo, social, evolutiva, experimental, etc.). Para Pomerleau y Brady<sup>11</sup> la Psicología Médica es definida como:

"Un amplio campo de actividad, en la cual la evaluación psicométrica, test proyectivos y teorías de personalidad, tienen un rol importante. El énfasis en Psicología Médica ha sido sobre el entendimiento de enfermedades médicas en los contextos social y psicológico más que en terapia".

**Medicina Psicosomática**, es un campo de esfuerzo el cual tradicionalmente ha enfocado la atención sobre la etiología y patogénesis de la enfermedad física. Ha envuelto primariamente, a individuos que combinan entrenamiento en psiquiatría y medicina en otras especialidades, internistas, neurólogos; y sólo recientemente incluye a diferentes ciencias o disciplinas conductuales tales como la psicología, la sociología y la epidemiología<sup>12</sup>.

Taylor<sup>13</sup> explica que, desde sus comienzos en 1920, la Medicina Psicosomática se ha desarrollado hacia dos grandes direcciones: primero, intenta identificar las variables psicológicas específicas que subyacen a los desórdenes somáticos específicos; y segundo, intenta a través de estudios experimentales o epidemiológicos descubrir las correlaciones entre las situaciones de estímulo social y las respuestas fisiológicas y psicológicas del individuo, y los cambios en su estado de salud.

La Medicina Psicosomática como rama de la medicina, destaca la presencia de componentes emocionales y psicológicos en la enfermedad física, así como la importancia de la interacción de factores psicológicos y somáticos en la explicación de las enfermedades. El rango de problemas de salud, abarcados por la Medicina Psicosomática han sido amplios, y ha sido poca la atención a la intervención o prevención.

Medicina Conductual, se definió por primera vez en el año 1977, en una conferencia en la Universidad de Yale, la definición derivada en esa ocasión dice: "Medicina Conductual es un campo relacionado con el desarrollo de las ciencias conductuales, el conocimiento y técnicas relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad física y la aplicación de este conocimiento y téc-

nicas en el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación. La psicosis, neurosis y el abuso de sustancias son incluidas como aspectos secundarios, solamente, si ellas contribuyen con el desorden físico, en cuestión"<sup>12</sup>. Posteriormente, Schwartz y Weiss<sup>14</sup>, en un interés por unificar el campo, redefinieron la Medicina Conductual como: "la integración de las ciencias conductuales y biomédicas; el conocimiento y técnicas relevantes para la salud y la enfermedad" (p. 250).

Es importante destacar como importante en la definición de Medicina Conductual, que se trata de: "Un campo interdisciplinario comprometido con el desarrollo e integración de conocimientos de las ciencias conductuales y biomédicas. Se refiere a técnicas relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de estos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación"<sup>15</sup>. Con esta definición se intenta integrar la medicina y varias ciencias conductuales, con el fin de promover la salud y el tratamiento de la enfermedad.

Posterior a la definición inicial de la Medicina Conductual surgieron otras definiciones como por ejemplo, la de Pomerleau y Brady<sup>11</sup>: "La Medicina Conductual puede ser definida como:

- a) El uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta, la terapia conductual y la modificación de conducta, para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de enfermedades físicas o disfunciones fisiológicas, y
- b) La investigación de la conducta que contribuye al análisis funcional y entendimiento de la conducta asociada con desórdenes médicos y problemas en el cuidado de la salud" (p xii). Como tal, la Medicina Conductual no se limita a la contribución de una simple disciplina, algún modelo teórico o conceptual, o a un énfasis sobre el diagnóstico versus terapia.

Como cierre a las definiciones, Weiss<sup>16</sup> explica que, el término "Medicina Conductual" refleja lo concerniente a los aspectos relacionados con la mente y el cuerpo, con el fin de desarrollar e integrar el conocimiento y técnicas relevantes para la salud y para la enfermedad de las ciencias biomédicas y conductuales, y aplicar este conocimiento y técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Así mismo, la Medici-

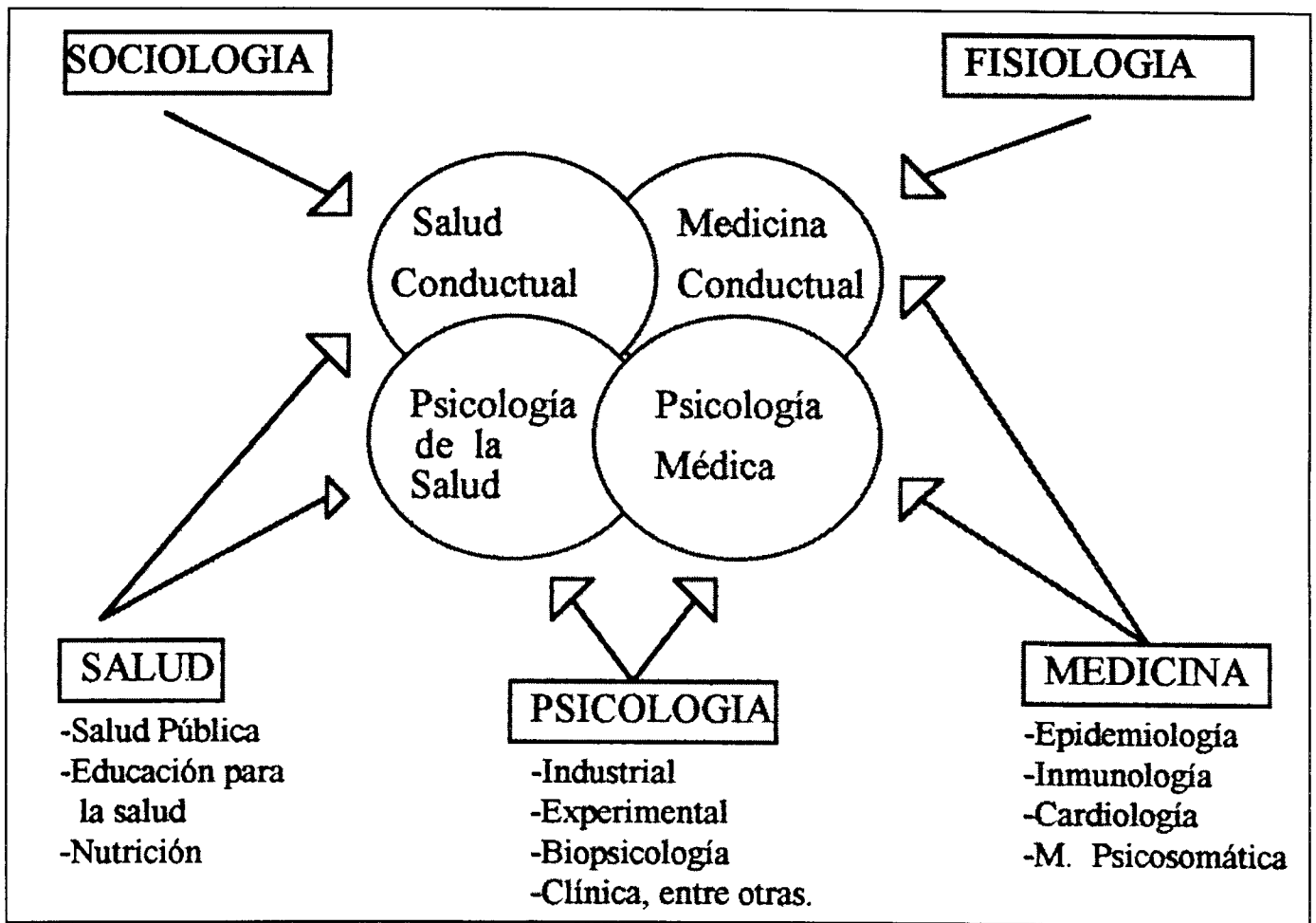


Figura 1. Medicina Conductual y su relación con otras áreas (Adaptación de la Ilustración de Brannon y Feist)<sup>2</sup>.

na Conductual abarca, no solamente aspectos vinculados a la aplicación de técnicas dirigidas al campo de la salud, sino también la investigación experimental de problemas biomédicos desde la perspectiva que ofrece el análisis experimental de la conducta. La Medicina Conductual constituye la intersección de la metodología del análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica y su aplicación "clínica". Incluye la investigación de los factores ambientales que afectan a los sistemas de respuesta del organismo, así, por ejemplo, en el campo de la Medicina Conductual se han obtenido algunos resultados alentadores en relación al control de la hipertensión esencial, ya que existe la posibilidad de colo-

car a la presión arterial bajo el control de variables externas sin necesidad de fármacos, administrándole al paciente un placebo con la colaboración y evaluación de un médico<sup>1</sup>.

Los otros dos términos, Psicología de la Salud y Salud Conductual, han sido usados en menor grado y no tienen una clara distinción de los conceptos, Psicología Médica y Medicina Conductual. Stone<sup>7</sup> y Matarazzo<sup>17</sup>, definen la Psicología de la Salud como si fuera sinónimo de Psicología Médica, describiéndola como la aplicación de principios psicológicos (educacionales, científicos y profesionales) al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Stone<sup>7</sup> en particular, ha

enfanzado como único rol de los psicólogos, el ser agentes de cambio (interventores), en contraste con otros tipos de científicos conductuales, y con respecto al trabajador de Psicología de la Salud, él ha especificado diferentes tipos de intervención (por ejemplo, cambio de actitudes, manejo del estrés, educación para la salud) y diferentes objetivos de intervención (por ejemplo, pacientes, familiares, proveedores, sistemas de cuidado de la salud). De esta manera el campo de acción de la Psicología de la Salud luce como muy extenso y poco preciso en su definición y límites.

Similarmente, Matarazzo<sup>17</sup> ha tomado los elementos de prevención y ha acuñado el nuevo término de Salud Conductual, como una disciplina complementaria a la Medicina Conductual.

La Salud Conductual enfatiza el desarrollo de la salud y la prevención de la enfermedad más que, el diagnóstico y tratamiento de desórdenes en individuos enfermos. En este sentido, la Salud Conductual puede verse como una sub-especialidad interdisciplinaria, íntimamente relacionada con la Medicina Conductual, concierne específicamente con el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Incluye, más que un conjunto de técnicas, un cuerpo de investigaciones reportadas por epidemiólogos, cardiólogos, educadores, psicólogos y otros, que contribuyen al conocimiento en el área de la salud. Adicionalmente, se utilizan modelos teóricos para explicar la salud y generar investigaciones adicionales.

Estos últimos dos conceptos, Psicología de la Salud y Salud Conductual crean una cierta confusión a la relación que se puede establecer entre Psicología Médica y Medicina Conductual, pero a su vez, tienen mérito al enfatizar en forma equivalente la salud, prevención y el concepto de "bienestar". Realmente la Psicología Médica, representó un rol vital en la emergencia del campo de la Medicina Conductual, de hecho, fueron los psicólogos médicos quienes colaboraron directamente, en el desarrollo inicial de este campo<sup>14,15</sup>.

En la gráfica No. 1, se puede observar la ilustración que indica la relación que se ha planteado entre las diversas áreas que tocan el tema de la salud y la enfermedad, y donde se destaca la conceptualización de la Medicina Conductual.

### III. DESARROLLO DE LA MEDICINA CONDUCTUAL

El surgimiento de la Medicina Conductual, así como muchos otros movimientos científicos y clínicos, estuvo asociado a una serie de eventos que sirven de apoyo al surgimiento de este campo. Taylor<sup>13</sup> establece que los estudios pioneros relevantes en Medicina Conductual pueden encontrarse en la literatura médica, como por ejemplo, la investigación de Ferster, Numberger y Levin<sup>18</sup> sobre la conducta alimentaria, la cual se convirtió posteriormente en el foco de las intervenciones de Medicina Conductual y Jacobson<sup>19</sup> con el uso de la relajación y los efectos en la tensión muscular. De acuerdo a Pomerleau<sup>20</sup> la Medicina Conductual tiene sus antecedentes en los siguientes eventos: en 1973, aparece la publicación del libro: "Biofeedback: Behavioral Medicine" Birk<sup>21</sup>; en 1974, se organiza el Centro de Investigación Clínica para Medicina Conductual por John Paul Brady y Ovide Pomerleau, en la Universidad de Pensilvania; y por último, en 1977, se realiza la Conferencia de Yale sobre Medicina Conductual, donde se afianza el movimiento que venía surgiendo, y se deriva la primera definición formal de Medicina Conductual<sup>12</sup>. Los años 1978 y 1979 fueron de particular importancia por la formación de la Academia de Investigación de Medicina Conductual y la Sociedad de Medicina Conductual; la publicación del "Journal of Behavioral Medicine" y la organización de la rama de Medicina Conductual del "Instituto Nacional del corazón, pulmón y sangre". Además, de la ocurrencia de todos estos eventos, otro indicador de la vitalidad del movimiento emergente sería la proliferación de publicaciones de investigaciones, (revisar: "Behavioral Medicine Abstracts", 1980, 1981, 1982) así como también, una serie de libros acerca de la teoría y la práctica de Medicina Conductual<sup>20</sup>.

Desde sus comienzos, la Medicina Conductual se ha desarrollado con una importante colaboración interdisciplinaria, y según Taylor<sup>13</sup> la Medicina Conductual difiere de otras áreas de la terapia conductual debido a su conexión cercana con la Medicina, tomando conocimientos esenciales de la fisiología, bioquímica, patofisiología, farmacología, y de la epidemiología. En la práctica, el área comenzó a involucrar las actividades de varias ciencias y metodologías (epidemiología, psicología experimental, fisiología, antropología médica, sociolo-

gía) y profesionales con orientación de servicio (psicólogos clínicos, educadores de la salud, enfermeras y médicos). Así mismo, el tratamiento se lleva a cabo en una variedad de contextos, incluyendo medicina familiar, rehabilitación, medicina interna, psicología clínica, psiquiatría y pediatría. La Medicina Conductual viene mostrando desde su surgimiento, un enorme potencial y por ello ha jugado un rol importante en los cambios que se han experimentado en el cuidado médico.

Pomerlau<sup>20</sup> señalaba cuatro principales líneas de investigación en el desarrollo de la Medicina Conductual en sus intervenciones clínicas, para prevenir o tratar enfermedades:

- a) Intervenciones para modificar una conducta observable o una respuesta fisiológica que por sí misma se constituye en un problema de salud.
- b) Intervenciones para modificar la conducta de los profesionales de la salud, para mejorar la calidad de la atención al paciente.
- c) Intervenciones para modificar la adherencia a los tratamientos indicados para alguna enfermedad.
- d) Intervenciones para cambiar conductas o respuestas que constituyen factores de riesgo de diferentes enfermedades.

En la década del '70 y '80 recibieron considerable atención el manejo de problemas de conducta que involucran la salud en niños<sup>20</sup>; en este contexto se puede indicar el empleo de técnicas de auto-manejo, tales como control de estímulo, análisis y manejo de contingencias y técnicas de autocontrol como el biofeedback y la relajación muscular; procedimientos para manejar la ansiedad asociada a determinadas situaciones, todas ellas aplicadas en el control y tratamiento de trastornos como la enuresis, epilepsia, conducta disruptiva, hiperactividad, anorexia, miedo a determinados procedimientos médicos, asma, entre otros<sup>20</sup>. Con relación al cambio del estilo de vida, desde la década de los '70 se viene trabajando sobre la modificación de aspectos específicos tales como: la inadecuada actividad física, fumar cigarros, comer en exceso y el patrón de conducta tipo "A", junto con indicadores fisiológicos influenciados por el estilo de vida, tales como la hipertensión y la hiperlipidemia, los cuales se consideran importantes factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares<sup>22</sup>. Se reportan diversos estudios con pequeños grupos de individuos, e

intervenciones masivas, en determinadas comunidades, donde se han implementado programas individuales con técnicas de auto control y/o programas educativos e informativos cuyo foco de acción ha sido el estilo de vida y el cambio en los factores de riesgo; todo ello en un intento por fortalecer conductas saludables, con el fin de reducir la incidencia de enfermedades coronarias<sup>23,24,25</sup>. Para Taylor<sup>13</sup> una de las áreas donde la Medicina Conductual ha jugado un rol muy importante, desde sus comienzos ha sido el estudio y el control del riesgo cardiovascular, de esta manera se hace evidente la colaboración de este campo en la reducción de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular.

Por otra parte, la Medicina Conductual también ha incurrido en dos áreas, el abuso y adicción de drogas y las alteraciones del sistema inmunológico, ambas áreas involucran la interacción entre conductas aprendidas y procesos fisiológicos. Numerosos estudios pueden ser citados sobre el consumo y abuso de drogas como la heroína, cigarrillos, alcohol, entre otras<sup>26,27,20</sup>. En el área inmunológica se ha acumulado evidencia acerca de la influencia del sistema nervioso central en los procesos inmunológicos. Muchas investigaciones documentan sobre el efecto de varios estresores en la susceptibilidad a enfermedades y reactividad inmunológica, además sustentan la hipótesis de la condicionabilidad de la respuesta inmune<sup>20</sup>.

En general, las intervenciones en Medicina Conductual están orientadas hacia la modificación de los estilos de vida, particularmente en enfermedades cardiovasculares, infarto y cáncer; resaltando que muchos de estos actuales problemas de salud del mundo en desarrollo tienen un correlato conductual<sup>16</sup>.

En cuanto al abordaje de las áreas anteriormente mencionadas, se han señalado que las investigaciones clínicas de la Medicina Conductual a pesar de su valiosos aportes, han tenido limitaciones a lo largo de su historia en el manejo del diseño de intervención/investigación clínica.

De esta forma, por ejemplo, los tratamientos de la Medicina Conductual muestran ser efectivos en corto tiempo y son ampliamente practicados en diferentes contextos, descuidando el ejercer control en los estudios y no poner atención a la generalización y mantenimiento

de los resultados obtenidos<sup>13,28</sup>. Por ser la Medicina Conductual un campo multidisciplinario que combina métodos de investigación y hallazgos de las ciencias conductuales y de las biomédicas, la tendencia esperada sería la integración de ambas ciencias, no obstante, Epstein<sup>29</sup> señala que muchos investigadores en el campo han tendido a enfatizar mucho más en la contribución de las ciencias biomédicas, que la de las ciencias conductuales, manteniendo así, una visión reduccionista en donde las influencias biológicas serían los mecanismos responsables más importantes de la enfermedad, y estimulando el uso de métodos biomédicos en contraste al uso de métodos conductuales; en este sentido, se puede observar que hay un gran desarrollo en los métodos para la medición de procesos biológicos, por ejemplo, el desarrollo en la medida de colesterol, el HDL y el LDL; el desarrollo del monitoreo ambulatorio de la presión arterial. En contraste se tiene que las mediciones conductuales más comúnmente empleadas se relacionan con el uso de autoreportes de conductas las cuales han sido cuestionadas y tienen serias limitaciones, ya que su uso puede producir sesgos en los datos y proveer hallazgos incorrectos (poca validez y confiabilidad); igualmente otra medida de conducta se realiza a través de cuestionarios estandarizados, aunque continúan siendo una medida indirecta de la conducta, permiten al menos la categorización de la información autoreportada dentro de descripciones de la conducta o mecanismos que pueden influenciarla, por ejemplo cuestionarios de estrés.

De acuerdo a Blanchard<sup>28</sup> en su revisión de los doce años de la evolución de la Medicina Conductual, apunta los logros de este fecundo campo señalando que se está dando más importancia a la realización de estudios más controlados, se ha enfatizado el aumento en el número de sujetos considerados en los estudios, la duración de los tratamientos y la longitud de las medidas de seguimiento, así como la disminución de los costos de las intervenciones. Por su parte Epstein (1992) señala que actualmente los nuevos avances provenientes de la investigación básica en el aprendizaje de las ciencias conductuales, tienen implicaciones importantes para el campo de la Medicina Conductual contemporánea, y sugiere que deben hacerse esfuerzos para lograr la integración entre el aporte de la ciencia biomédica y la conductual, con un cambio de actitud en los profesionales e investigadores de la Medicina Conductual. Asimismo, este autor establece que aún cuando la conducta por

su complejidad y dinamismo es difícil de medir directamente en muchas situaciones, y generalmente el objetivo ha sido recolectar fácilmente una serie de medidas psicológicas y conductuales, mediante el autoreporte, es necesario el avance en la tecnología de la medición conductual que involucren medidas directas de la conducta (observación directa) y la implementación de análisis estadísticos que permitan depurar los errores de medida y solventar las limitaciones del autoreporte.

En una perspectiva actual del campo de Medicina Conductual, Weiss, (1992)<sup>16</sup> señala que para responder a la complejidad de los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad que enfrenta el mundo hoy en día, cada vez se hace más necesario, que los científicos y clínicos responsables de este enfoque reconozcan la necesidad de un enfoque y de una cooperación interdisciplinaria donde se realice más exitosamente una intervención clínica apoyada en investigaciones metodológicamente más rigurosas.

El reconocimiento de la naturaleza multifactorial del problema ha permitido la consideración de enfoques multidimensionales para su resolución, además, prepara el camino para las múltiples terapias que emplean en forma combinada, la experticia de las disciplinas relevantes (Weiss, 1992)<sup>16</sup>. A través de tal cooperación interdisciplinaria, se está comenzando a observar gradualmente mejoras en la eliminación de conductas inadecuadas para la salud y en el mantenimiento de conductas adecuadas a corto y a largo plazo.

En este sentido, Weiss, (1992) explica que tal cooperación no sólo involucra múltiples disciplinas, tal y como se ha mencionado, sino también niveles múltiples de análisis. Weiss propone un Modelo de Planificación de Conductas de Salud, el cual se compone de tres niveles. Tales niveles de análisis se refieren, al nivel *intrapersonal*, donde el foco es el individuo, es decir, los factores genéticos, constitucionales, experiencias del desarrollo, auto-eficacia para manejar las situaciones de la vida diaria, estos factores entre otros, son considerados cuando se evalúan relaciones de salud y problemas de responsabilidad para estrategias de cambios de conducta y la predicción de los resultados de tales estrategias.

El siguiente nivel se refiere al *interpersonal*, donde se encuentran las relaciones sociales, familiares, y como

éstas promueven o inhiben el desarrollo, el cambio y el mantenimiento de las conductas de salud. Como es bien sabido, el soporte social, presión social, y medio ambiente familiar, entre otros, son poderosos reforzadores de conducta a través del ciclo de vida y deben ser consideradas para un mejor entendimiento y definición del papel de los cambios conductuales y los procesos de mantenimiento.

Finalmente, el autor incluye un último nivel en este modelo, los factores *ambientales*, el cual abarca las características físicas del lugar donde se desenvuelve el individuo así como los aspectos legales y políticos que determinan potencialmente las conductas de salud; como por ejemplo, el acceso a ejercicios y a un asesoramiento en salud, la disponibilidad de menús de dieta en las cafeterías de la escuela y/o trabajo, ambientes con buena ventilación e iluminación, acceso a centros culturales, leyes que regulen lo concerniente al consumo y venta de cigarrillos en cualquier lugar, leyes que regulen el uso del cinturón de seguridad, etc. Programas que solamente se enfocan en los niveles intro e interpersonales, sin considerar la correspondiente modificación ambiental, es poco probable que logren los cambios deseados a largo plazo.

Weiss<sup>16</sup>, igualmente diferencia en el modelo propuesto, el desarrollo del proceso de las conductas de salud, tales como, el desarrollo de hábitos alimentarios sanos, el cepillado dental, no fumar, dieta balanceada, realizar ejercicios, etc. Además, cambios en la conducta de salud, tal como, la eliminación de conductas inadecuadas y el mantenimiento de las conductas de salud, como por ejemplo, la adherencia a las conductas prosalud, prevención, etc.

Del modelo propuesto por Weiss, se desprende que programas enfocados sólo en un nivel (el intrapersonal o el interpersonal, o bien en los factores ambientales), y sin tomar en cuenta el proceso individual de desarrollo, cambio y mantenimiento de las conductas de salud, el éxito deseado y sus efectos a corto y a largo plazo son prácticamente imposibles. Además se puede reconocer que la interacción persona-situación tiene un significado especial para las conductas de salud, proporcionando estas interacciones un potencial único de oportunidades para un exitoso control de las conductas de salud.

Es necesario considerar que tenemos que aprender del enfoque clínico y de salud pública, la modificación del estilo de vida (en los lugares de trabajo, programas comunitarios de reducción del riesgo, etc.) e incluirlo en un modelo integrado el cual puede ser adaptado al desarrollo de los aspectos de salud mundial. Combinando las más refinadas técnicas del análisis y modificación de conducta (teoría de la comunicación, modelaje social, teoría de la auto-eficacia, reestructuración cognitiva-conductual, apoyo social, etc.), e identificando los aspectos concernientes a cada uno de los niveles propuestos en el modelo del Weiss<sup>16</sup>, podremos elaborar estrategias apropiadas y relevantes para desarrollar, cambiar y mantener las conductas de salud.

A manera de síntesis, y a la luz de los cambios descritos en la conceptualización de la salud, un modelo biopsicosocial es el que debe servir de eje en el abordaje clínico de un individuo, con el propósito de preservar su salud en el sentido integral, interviniendo en cualquiera de los niveles que sea necesario para así mantener el bienestar físico, psicológico y social. Es importante, además enfatizar en la prevención considerando los diferentes niveles de acción a fin de luchar por una sociedad más saludable y feliz. Por lo tanto, un campo interdisciplinario como lo es la Medicina Conductual, confiamos puede servir como la mejor oportunidad de poner en práctica una nueva visión de salud integral; y permitir el marco de referencia adecuado para la intervención armónica y coordinada de diferentes profesionales de la salud en el logro del bienestar individual y social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Bayes, R. Psicología y Medicina: Interacción, cooperación, conflicto. Brevarios de Conducta Humana, 1979, No.14. Editorial Fontanella: España.
- 2.- Brannon, L. y Feist, J. Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health 1992. Wadsworth Inc. Second edition: Belmont, California.
- 3.- Colan, J. Estudios de prevalencia de Hipertensión Arterial en Venezuela. Años 1993-1994. Sociedad Venezolana de Cardiología, 1995. Bayer de Venezuela.
- 4.- Stone, G. C. Health and the health system: A historical overview and conceptual framework. En: Stone, G. C.; Cohen, F. y Adler, N. E. (eds) Health Psychology-An handbook, 1979. Jossey-Bass (San Francisco) 1, 1-17.

- 5.- Seeman, J. Toward a model of positive health. *American Psychologist*, 1989. 44, 1099-1109.
- 6.- Schwartz, G. E. (1984) Psychobiology of health: A new synthesis. En: Hammonds, B. L. y Sheirer, C. J. (eds.) *Psychology and health: The master lecture series*. 1984. American Psychological Association, 3, 149-193.
- 7.- Stone, G.C. The scope of health psychology. In: G.C. Stone, S.M. Weiss, J.D. Matararazzo, N.E. Miller, J. Rodin, C.D. Belar, M. J. Follick, y J.E. Singer (eds.) *Health Psychology: A discipline and a profession*. 1987. University of Chicago Press.
- 8.- Schwartz, G. Testing the biopsychosocial Model: The Ultimate Challenge Facing Behavioral Medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982. 50, 6, 1040-1053.
- 9.- Ribes, E. *Psicología y salud: una análisis conceptual*. 1.990 Editorial Martínez Roca: España.
- 10.- Gentry, D. y Matararazzo, J. *Medical Psychology: Three decades of growth and development*. In: Prokop, CH. y Bradley, L. A. (eds.) *Medical Psychology: Contributions to Behavioral Medicine*, 1981. Academic Press.
- 11.- Pomerleau, O. F. y Brady, J. P. (Eds). *Behavioral Medicine: Theory and practice*, 1979. Baltimore, Md.: Williams y Wilkins.
- 12.- Schwartz, G. y Weiss, S. What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 1977, 36, 377-381.
- 13.- Taylor, S.E. *Health psychology: The science and the field*. *American Psychologist*, 1990, 45, 40-50.
- 14.- Schwartz, G. y Weiss, S. Yale conference on behavioral medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1978a, 1, 3-12.
- 15.- Schwartz, G. y Weiss, S. Behavioral Medicine revisited: A amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1978b, 1, 249-251.
- 16.- Weiss, S.M. Behavioral Medicine on the World scene: Toward the year 2000. *Annals of Behavioral Medicine*. 1992, 14,4, 302-306.
- 17.- Matararazzo, J.D. Relationships of health psychology to other segments of psychology. In: G.C. Stone, S.M. Weiss, J.D. Matararazzo, N.E. Miller, J. Rodin, C.D. Belar, M. J. Follick, y J.E. Singer (eds.) *Health Psychology: A discipline and a profession*. 1987. University of Chicago Press.
- 18.- Fester, C.B; Numberger, J. Y Levin, E.B. The control of eating. *Journal of Mathematics*. 1962. 1, 87-109.
- 19.- Jacobson, E. *Progressive relaxation*. 1938. University of Chicago Press.
- 20.- Pomerleau, O. A Discourse on Behavioral Medicine: Current Status and Future Trends. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1982. 50, 6, 1030-1038.
- 21.- Birk, L. *Biofeedback Behavioral Medicine*. 1973. Grune y Stratton: New York.
- 22.- Stamler, R.; Stamler J.; Grimm R. Nutritional therapy for high blood pressure: Final report of a four-year randomized, controlled trial. The hypertension control Program. *JAMA*, 1978. 257, 484- 1491.
- 23.- Mahoney, M.J. y Arnoff, D. Cognitive and self-control therapies. In: S.L. Garfield y A.E. Bergin (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 1978. Wiley: New York.
- 24.- Kasl, S.V. Cardiovascular risk reduction in a community setting: some comments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1980.48, 143-149.
- 25.- Meyer, A.; Nash, J.D; McAlister, A.L; Maccoby, N. y Farquhar, J.W. Skills training in a cardiovascular health education campaign. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1980. 48, 129-142.
- 26.- Hunt, W.A. y Matararazzo, J. Smoking behavior. In: R.J. Gatchell A. Baum y J.E. Singer (eds.) *Behavioral Medicine and Psychology: Overlapping disciplines*. 1971. Hills-dale, N.J; Erlbaum, in press.
- 27.- Ludwig, A. Wikler, A. y Startk, L. The first drink psychological aspects to craving. *Archives of General Psychiatry*. 1974. 30, 539-547.
- 28.- Blanchard, E. B. Introduction to the Special Issue on Behavioral Medicine: An Uptade for the 1990s. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992. 60, 4, 491-492.
- 29.- Epstein, L. Role of behavior theory in Behavioral Medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992. 60, 4, 493-498.



## **EL PROCESO DE CONDUCCIÓN COGNITIVA (COGNITIVE COACHING) Y SU APLICABILIDAD EN LAS TUTORÍAS DE LOS POSTGRADOS DE MEDICINA INTERNA**

*Guillermo Boggiano B.\* y Ramón Castro A.\*\**

### **RESUMEN**

En el presente trabajo, se describe el proceso de Conducción Cognitiva, detallando los pasos básicos (planificación, observación y diálogo "reflejo") y los objetivos fundamentales perseguidos como son la confianza, el aprendizaje mutuo y el logro de la "holonomía" considerándose ésta última, como la consecución del desarrollo integral del individuo, de manera personal, que se encuentra a su vez interrelacionada con el desarrollo grupal e inclusive, comunitario. Se describe además el modelo de la programación neurolingüística como base de la propuesta "coaching". Se mencionan las bondades del proceso y los cambios que puede ocasionar a nivel educativo, llamándose éste, la escuela del renacimiento. Por otra parte, se expone la posibilidad de la implementación del proceso "Coaching", en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, en concreto, en el ejercicio de las tutorías de los postgrados.

**Palabras claves:** Cognitive Coaching, Escuela del Renacimiento, Tutoría, Facultad de Medicina.

### **ABSTRACT**

In this paper we explain the cognitive coaching process describing basic steps: Planning conference, Observation and Reflecting Conference and the three mayors goals: trust, facilitating mutual learning and growth toward holonomy whereas autonomal individuals develop interdependent group and community growth. Moreover, we explain a neurolinguistic programation model because of the significance for the "coaching". We mention assessing the effects of cognitive coaching therefore influence in the educational development that we call it the Renaissance School. We propose the cognitive coaching process in the school medical of the Venezuelan Central University specially in the residencies.

**Keywords:** Cognitive Coaching, Renaissance School, tutors, Medicine School.

\* Médico Internista, adjunto al Servicio de Medicina Interna, Hospital Militar "Carlos Arvelo". Maestría en Psicología Cognitiva, Universidad Católica Andrés Bello.  
\*\* Médico Internista, adjunto al Servicio de Medicina Interna, Hospital Militar "Carlos Arvelo".

## INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, se ha venido planteando en los Estados Unidos de Norteamérica, un proceso de revolución en la enseñanza, basada en la importancia del desarrollo evolutivo personal en interrelación con el de los demás. Una revolución que tiene como norte, el logro de conocimientos y destrezas, a la par del logro cada vez mayor de una evolución individual integral. Una consideración importante en esto, es que a pesar de que el conocimiento de estrategias de aprendizaje y de destrezas cognoscitivas debería permitir o facilitar el procesamiento de toda la información disponible en esta época, el dominio de las mismas no pareciera ser suficiente para llevar a cabo, en forma apropiada, las funciones de la docencia.

Si bien es cierto que el conocimiento de estrategias cognitivas y afectivas va encaminada, a desarrollar metodología, conductas y consciencia para el logro de la autosuficiencia en el proceso enseñanza-aprendizaje<sup>2</sup>, no es menos cierto que en estos procesos y en los de enseñanza, los elementos que los estructuran están comprometidos con logros superiores. Al igual que en el sistema educativo norteamericano, sería deseable el poder comenzar estos cambios en nuestro país. Con relación a esto y en concordancia con la mencionada "revolución de la enseñanza" el enfoque del proceso de la Conducción Cognitiva (Cognitive Coaching) propone la consecución de dicho desarrollo integral. Se debe notar que el modelo de la programación neurolingüística<sup>3</sup> que nutre y sustenta la estructuración del proceso "coaching" en áreas tales como la consecución de la confianza y el logro personal superior, debe conocerse en sus ideas principales, para poder comprender con más facilidad el proceso. En este trabajo nos proponemos revisar por una parte, el proceso de Conducción Cognitiva y por la otra, el modelo de la programación neurolingüística (PNL), familiarizar al gremio médico con estos conceptos, postular el uso del primero en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, específicamente en el área relacionada con las tutorías de los trabajos de grado, para lograr una mejor función tutorial y un mejor producto de dicho proceso.

## LA CONDUCCION COGNITIVA

El proceso de Conducción Cognitiva ("Cognitive Coaching") se pudiera definir como la conducción de una per-

sona desde el nivel donde se encuentra, hasta el nivel donde desee llegar, aplicando estrategias específicas con el objeto de inducir el desarrollo de percepciones, decisiones y procesos cognitivos en general.

El cambio o modificaciones en estos procesos internos es fundamental, para, a su vez, modificar conductas que mejorarán el aprendizaje de los estudiantes. La Conducción Cognitiva persigue tres grandes objetivos:

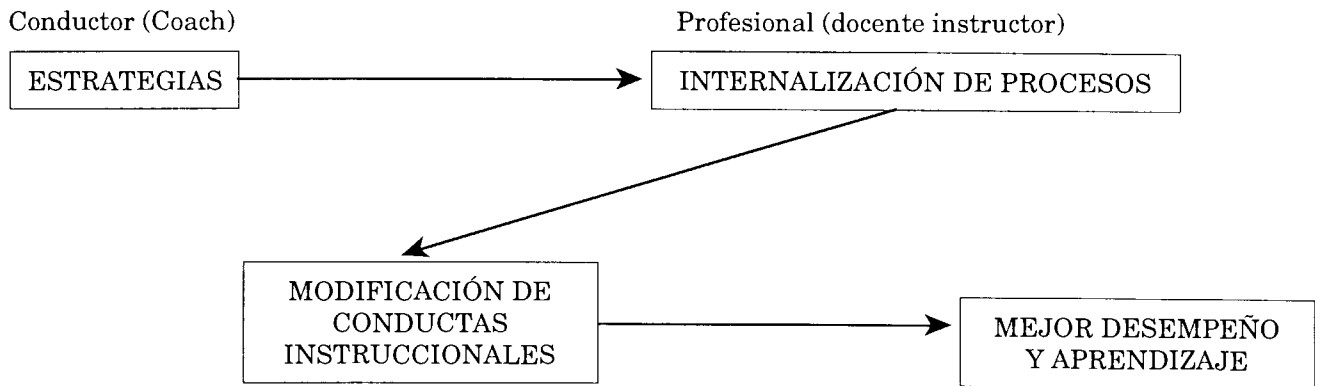
- a) el establecimiento y desarrollo de la confianza;
- b) la facilitación del aprendizaje mutuo y
- c) el desarrollo de la "Holonomía", término éste que pudiera entenderse en dos conceptos, el crecimiento personal individual y el crecimiento interdependiente, simultáneo.

En cuanto a la confianza, el desarrollo y logro de la misma, es fundamental y necesario para llevar a cabo la obtención de los otros dos objetivos. La confianza crea un ambiente sano, donde los cambios y el aprendizaje pueden ocurrir y es en éste sentido, que se requieren cualidades personales de parte del "Coach" (Conductor) que exigen niveles elevados de evolución y de madurez. Características como manipulación, imposición, transgresión y agresión son incompatibles y cancelan el proceso "Coaching"<sup>1,4</sup>.

El aprendizaje, tanto por parte del "Coach" como del instructor es un objetivo de significado implícito en el proceso. Si consideramos a la Conducción Cognitiva como inductora y potenciadora de las funciones intelectuales en la enseñanza, es lógico que se deba conocer como se planea ejecutar y valorar la instrucción. Estos procesos de pensamiento son influenciados fuertemente por las teorías del aprendizaje, creencias sobre la educación, la conducta de los individuos, estilos cognitivos, etc. El "Coach" puede llevar estas formas de estructura profunda a niveles más conscientes de conocimiento, de manera tal, que el profesional (Profesor, instructor, maestro, etc.), pueda elaborar, clasificar y alterar la conducta que considere conveniente. Es necesario entonces, que el "Conductor" que quiera desarrollar estrategias conozca y domine, un modelo básico del funcionamiento intelectual humano, por lo que se propone uno que describe 4 fases de funcionamiento: Entrada (input), Procesamiento, Salida (output) y Metacognición<sup>1,4,5</sup>.

El tercer objetivo, el logro de la "Holonomía", considera que el desarrollo personal autónomo del individuo se entrelaza e influye sobre la comunidad o grupo y a su

**Figura 1. El modelo de la Conducción Cognitiva**



vez estos interaccionan con aquél. Se opera dentro de una “totalidad”. Es el desarrollo de la parte (nomis) y del todo (holos).

#### BASES DEL PROCESO

Se propone la realización del proceso en tres pasos:

- a) Planificación de la conferencia (del acto docente en particular)
- b) Observación y
- c) Diálogo “reflexivo”. Dicho esquema se propone como un mapa que no debe seguirse en forma rígida, ya que un “Coach” puede ir, de acuerdo a sus destrezas cognitivas, hacia atrás y hacia adelante dependiendo de la apreciación del lugar en que el proceso se encuentre<sup>1,4</sup>.

En el proceso de planificación se construye la confianza, es decir, se presenta la oportunidad de comenzar a edificarla a lo largo del proceso. Sin embargo y como su nombre lo indica, se tratan todos los puntos a ser realizados en la Conducción, se busca centrar la atención del “Coach” en los objetivos del otro profesional, promover un repaso detallado de la actividad, establecer los parámetros del Diálogo “reflexivo” y la inducción de la autoconducción, entendiéndose ésta, como la adquisición de destrezas y experticias por parte del profesional relacionadas con la Conducción Cognitiva.

Luego de un tiempo, se automatizarán estas formas de pensamiento y de ejecutorias de las actividades, internalizando puntos importantes como el hecho de pre-

guntarse cuáles son los objetivos planteados y cómo saber si los estudiantes están aprendiendo.

Con relación a la observación, el Conductor simplemente recoge datos de lo que ocurre en la clase o actividad. Para llevar a cabo esto, puede utilizar cualquier método de recolección de datos, mapas de movimiento del instructor, etc. Igualmente la etapa de observación se da en concordancia con lo pautado en la primera fase.

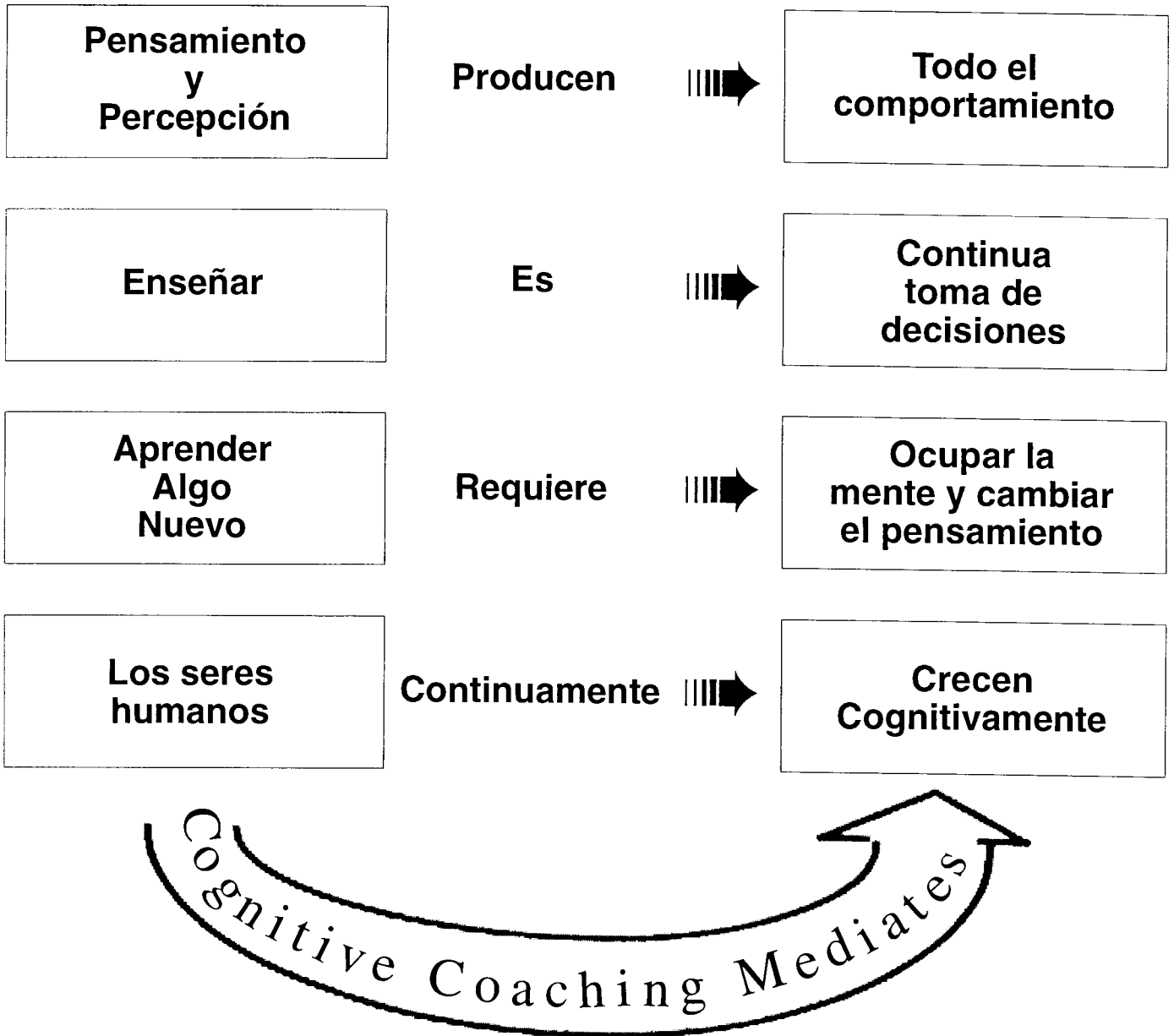
El Diálogo “reflexivo” también es planificado y en él, se realiza un intercambio de opiniones e impresiones, donde el “Coach” puede inducir a recuperar hechos concretos de la actividad, a manifestar cómo se sintió durante la misma, invitar a comparar los objetivos logrados con lo planificado, inducir la realización de inferencias. Para lograr esto, el “Coach” debe emplear una variedad de medios y de destrezas lingüísticas, de necesario dominio. Finalmente, el “Coach” invita al otro profesional a expresar lo que ha aprendido de la experiencia y a que le brinde su opinión del proceso y cualquier sugerencia de cambio. Es importante destacar que el “Coach” no debe “realizar bajo ningún aspecto juicios de valores, inducir respuestas o cualquier conducta que coloque a la defensiva a su interlocutor”<sup>1</sup>. A continuación, se demuestra un diálogo donde se ejemplifican algunos puntos descritos con anterioridad:

*Ramón (Coach): Buenos días, Ramón.*

*Pedro (Instructor / monitor): Buenos días, Ramón.*

*Ramón: En dos horas subiré a la revista general. ¿Qué actividad realizarás mientras llego?*

Figura 2. Conducción cognitiva y supuestos teóricos



*Pedro: Organizaré los casos nuevos y revisaré con el resto de los estudiantes la enfermedad Miastenia Gravis y su relación con el Lupus Eritematoso Sistémico. Lo que me propongo es que una vez terminada la discusión, hayan desarrollado la capacidad de saber cuándo hay una enfermedad y cuándo hay otra, además de cuándo una puede ser expresión de la otra.*

*José: Cuando dices "desarrollar capacidad", ¿qué es lo que eso significa?*

En este punto, el "Coach" prueba especificidad. Por una parte, necesita saber con precisión lo que Pedro quiere decir con miras a tener claro los objetivos planificados en la primera etapa y por la otra, induce al instructor a

---

ser más claro en los objetivos y a desarrollar Metacognición sobre los mismos.

*Pedro: Que espero que logren la diferencia por sí mismos y que entiendan la importancia de establecer dicha diferencia.*

## EL LOGRO DE LA HOLONOMIA

Al insistir sobre el concepto de "Holonomía", es necesario recordar que constituye el tercer gran objetivo del proceso de Conducción. Su logro vendría mediado por cinco estados de la mente: flexibilidad, eficacia, conciencia, interdependencia y el arte profesional. Ellos van a representar todos juntos, una gran fuerza dirigida hacia el incremento de una conducta ética y congruente, esencia de integridad. Igualmente pueden servir de herramientas de diagnóstico por medio de las cuales podemos acceder al desarrollo cognitivo de otros individuos y grupos para planear intervenciones.

La flexibilidad implica la capacidad de ver más allá de uno mismo desde una perspectiva distinta, lo que sería, el sobrepasar el piagetiano. Para muchos psicólogos, esto representa el estado más elevado de la conducta inteligente. Las personas flexibles son empáticas, escuchan con los oídos, con la mente y con el corazón, van más allá de las palabras y de las acciones, siendo capaces de predecir "mal entendidos" y ver a través de múltiples perspectivas.

La conciencia se relaciona con el conocimiento de sí mismo y lo que está sucediendo alrededor. Al saber sobre sus propios pensamientos, sentimientos, conductas, se pueden articular los sistemas de valores, generar y aplicar criterios internos para la toma de decisiones. Se puede estar al tanto de los eventos que ocurren y dirigir su curso, ajustando y reprogramando actividades sobre la base del conocimiento de las intenciones y estrategias.

En cuanto a la interdependencia, se plantea la necesidad del bien común, valorando en consenso, manteniendo los valores y principios propios para lograr objetivos de grupo. La interdependencia modifica las relaciones de trabajo, dándose un crecimiento en reciprocidad con los demás. Cada individuo en el sistema no solamente será influenciado por el mismo sino que dicho individuo, a su vez, influenciará al sistema; se da ayuda y se recibe ayuda; se influye y se es influenciado.

El arte profesional, establece que la elaboración, claridad, refinamiento y precisión son elementos básicos en el aprendizaje expedito y en la profundización de conocimientos y destrezas. La búsqueda de la perfección en el trabajo conlleva a claridad, refinamiento y especificidad, manteniendo los objetivos trazados

## INVESTIGACION EN CONDUCCION COGNITIVA

Se han demostrado en forma clara los beneficios del proceso en tres categorías de investigación: instrucción en el salón de clases, cognición profesional y relaciones dentro de una organización<sup>1</sup>.

Dentro de los resultados tenemos: aumento de destrezas, aumento de la capacidad de instruir a los estudiantes, aumento del repertorio de enseñanza, cambios en el estilo de enseñanza, planificación más cuidadosa, internalización de conductas "autocoaching" luego de 6 ó 7 ciclos del proceso. Además se obtuvo, máxima efectividad en las reflexiones autocríticas, cancelación del enfoque egocéntrico de los problemas, impulsividad disminuida en la toma de decisiones en puntos críticos, capacidad potenciada de generar alternativas en la resolución de problemas, etc.<sup>1,4,6,7,8,9</sup>.

## LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA (PNL)

Se entiende por ella, al conjunto de técnicas y habilidades cognitivas destinadas a organizar y comprender pensamientos y conductas, con miras entre otras cosas al mejoramiento de las comunicaciones interpersonales<sup>3,10</sup>.

Desde un punto de vista filológico, "neuro" expresaría la importancia de la actividad neurológica en la conducta, en concreto, de los registros y procesos sensorio-perceptivos. "Lingüística", debido a que el lenguaje se utiliza para la comprensión y expresión de ideas, pensamientos y la comunicación con los demás. "Programación" se refiere a las formas que se pueden escoger para organizar ideas y acciones con el fin de obtener el resultado deseado.

La PNL plantea además, un proceso de autorevisión profunda, aclarando objetivos tanto personales como interpersonales, la toma de conciencia de los resultados que se obtengan (metacognición) y, unido a esto último, tener la flexibilidad necesaria para los cambios de pensamientos y conductas. En este sentido, la con-

ducta sería la consecuencia de los procesos neurofisiológicos de la información recibida por los registros sensoriales. Estos serían organizados en estrategias y procesos mediante sistemas de comunicación, como el lenguaje. La estructuración del mismo permite la posibilidad de organizar en forma intencional los mencionados procesos para propósitos concretos<sup>3,10,11</sup>.

Como puede observarse, al describirse los puntos anteriores, se puede inferir fácilmente la influencia de la PNL en la elaboración de la propuesta "coaching".

Los autores del modelo empezaron a estudiar la conducta y procedimientos de psicoterapeutas de renombre, diferentes en cuanto a su forma de proceder pero de gran eficiencia en su ejercicio profesional (Milton Erickson, Virginia Satir, Fritz Perls, etc.). Ellos propusieron que los mencionados terapeutas eran grandes comunicadores y se trazaron como objetivo identificar los patrones que ellos utilizaban. De esta manera, estudiando las intervenciones verbales, tono, timbre, velocidad de la voz y el lenguaje; actitudes no verbales, posturas, acciones, etc., llegaron a establecer pautas que pueden ser enseñadas. Es decir, la PNL busca sistematizar y estructurar esas habilidades detectadas y ejecutadas de forma intuitiva por los mencionados terapeutas.

Dentro de los fundamentos de la PNL se encuentra el constructivismo donde se encuentra a la realidad como una invención y no como un descubrimiento. "Construimos" nuestra realidad día a día por lo que en este orden de ideas, vivimos en un mundo en el cual actuamos usando "mapas" y representaciones que creamos permanentemente. En analogía, el mapa de una ciudad o un territorio no es el territorio, es una codificación de la realidad. Esto significa que la conducta de los seres humanos es fundamentalmente, generada y afectada por las representaciones que aquellos crean de su experiencia del mundo.

## LA EDUCACIÓN DEL RENACIMIENTO

A la par de los nuevos enfoques de calidad total a nivel industrial, donde se enfatiza una gerencia de relaciones de confianza, progreso, autonomía y crecimiento individual como la clave para el desarrollo empresarial integral, se observa igualmente un movimiento correspondiente en la enseñanza. Se puede decir que es una revolución en las relaciones y en el intelecto, colocando en el tope la importancia de nuestra mente en interrelación con la de los demás. El proceso (y arte) de la Con-

ducción Cognitiva se propone bajo la premisa de que la enseñanza es un acto profesional, sustentar y conducir a los profesores y profesionales en general involucrados en la docencia, a niveles de mayores destrezas y conocimiento experto, más aún, a niveles más altos de evolución personal. Desde este punto de vista, la escuela del renacimiento sería una empresa "holónoma", de manera, autónoma en su comunidad pero a la vez interaccionando con el resto del sistema educativo, influenciando áreas cada vez mayores. Esta escuela del renacimiento ya había sido apuntada por numerosos autores (en lo esencial) mencionando la necesidad de crear, estimular y proteger el desarrollo individual con miras a estimular el esfuerzo de grupo, de colaboración y el continuo aprendizaje de cómo aprender<sup>1,4,12</sup>.

## LA TUTORIA EN LOS POSTGRADOS DE MEDICINA Y EL PROCESO DE CONDUCCION COGNITIVA

En relación directa a lo mencionado en la enseñanza del "renacimiento" y a lo expuesto sobre el enfoque "Coaching", no bastaría poseer la experticia necesaria ni la productividad científica exigida en el área de la especialidad correspondiente, para ejercer la tutoría de un trabajo de grado.

En este sentido, la Comisión de Estudios para Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, en un taller realizado los días 28 y 29 de Mayo de 1993<sup>13</sup>, reconoce "fallas" en la formación de los tutores de postgrado, aunque estas fallas se encuentren enfocadas básicamente hacia el área de la metodología de la investigación.

Entre otras cosas, se expuso la necesidad por parte de un tutor, del aprendizaje integral, señalado por las labores de docencia e investigación con miras al logro de la excelencia académica. De acuerdo a lo discutido en este taller, el tutor debería poseer los siguientes atributos:

- a) estar involucrado en el trabajo, lo cual permitiría una evaluación diagnóstica, formativa y sumativa del cursante;
- b) precisar deberes y derechos de acuerdo a las normativas existentes;
- c) contacto permanente con el comité académico del curso y de disciplina para la presentación de los informes correspondientes;
- d) el tutor debe, establecer comunicación escrita acla-

- rando aceptación del y/o conformidad del contenido;
- e) el tutor debe proporcionar asesoría técnica, administrativa y ética al tutorado y en caso de ser necesario, enviarlo a los diferentes comités o coordinaciones de postgrado (unidad de desarrollo y promoción de la investigación);
  - f) debe mantener el equilibrio entre ser un tutor severo y uno permisivo. Indudablemente que existe la preocupación de la necesidad de perfeccionamiento<sup>13</sup>.

Se ha propuesto igualmente, la figura de un profesor guía, (eventual tutor) concretamente en la especialidad de Medicina Interna<sup>14</sup>, con atributos de orden general, como docente, evaluador y calificador, dejando en forma implícita la formación integral que debe de tener un docente. A pesar de la aproximación holística de desarrollo profesional, la visión de la relación expertonovato es prevalente, sin la posibilidad del aprendizaje interactivo, recíproco. La posesión de los mencionados atributos y características no asegura que el profesor que fungirá de tutor, lo haga apropiadamente.

Las funciones de tutor, conduciendo a un profesional (que pudiera ser otro profesor e inclusive individuos con postgrados realizados) exige, además de la experticia y el rendimiento académico, altísimo nivel pedagógico e inclusive de desarrollo personal.

En este sentido, el enfoque de la conducción cognitiva pareciera ser una alternativa, adecuando éste por supuesto, al medio en que se realice. Siguiendo este orden de ideas, el tutor, que sería dentro del proceso el "Coach", debe tener muy claros los objetivos del establecimiento y desarrollo de la confianza, la facilitación del aprendizaje mutuo y el desarrollo de la "holonomía"<sup>1,4,12</sup>.

La confianza es fundamental como ya se mencionó y exigirá por parte del tutor grados elevados de evolución personal, dándose sobre sí mismo y en interrelación con los demás.

De esta manera, la descortesía, juicios de valores, hiperreacciones, arbitrariedades, presiones y manipulaciones cancelan un proceso de Conducción<sup>1</sup> y si mantenemos la analogía, igualmente cancelarían un proceso tutorial, al considerarse éste, como una intervención pedagógica. Los mejores Conductores (tutores), deben de estar conscientes sobre sus propios valores y sistemas de creencias en áreas tales como la filosofía, pedagogía, espiritualidad y manejar conductas congruentes con sus escalas de valores y sobre la base de esto y al ejercicio del proceso, se

inducirá la estructuración de percepciones sobre las responsabilidades de su liderazgo<sup>1</sup>.

Por otra parte, se requiere del conocimiento de los estilos cognitivos y del esfuerzo que implica llevar a cabo una labor tutorial, cuando dichos estilos e inclusive las formas de representación mental difieren de las del "Coach" (tutor). Se debe saber, además, que el sexo, la raza, la cultura, la religión, procedencia, historia familiar y experiencias en la infancia, predisponen a realizar determinadas inferencias y a atender a ciertos estímulos mientras se bloquean otros. La Flexibilidad, uno de los cinco puntos a desarrollar para llegar a un estado "holonómico", permitiría saber cuándo se es influenciado por las emociones y cuándo estas influyen a los demás, lo que conduce a gasto inútil de energía y alteración de los procesos atencionales. Los tutores que presenten una confianza bien estructurada serán capaces de edificarla en los demás (tutorados) y en este sentido, la expresión de respeto personal es fundamental a la hora de edificar dicha confianza. El efecto del mismo en el rendimiento de un estudiante ha sido ampliamente demostrada en investigaciones de desempeño estudiantil<sup>9,15</sup>.

## DISCUSION

El "Cognitive Coaching" (Conducción Cognitiva) es un proceso educacional, destinado a originar profundos cambios en la enseñanza, no sólo en un pequeño grupo, sino en la escuela, comunidad y sistema educativo en general. No sólo persigue cambios en cuanto a la adquisición y enseñanza de conocimientos, sino que se propone algo más ambicioso y más completo como lo es, el logro de una mayor evolución y maduración personal. A través del objetivo de la confianza se induce el desarrollo de la autoestima, se consigue el "rapport" o resonancia afectivo personal y por ende, un clima apropiado. Con la practica y el ejercicio continuado se deberán internalizar procesos y conductas de alto nivel. Por otro lado, no podemos pasar por alto la denotación de la importancia de la PNL ya que ésta, tiene enorme influencia en la estructuración del modelo "coaching", con su aporte de conocimientos y destrezas en las áreas psico-neuro-lingüísticas. Es la base de sustentación teórica de la Conducción Cognitiva la cual, tiene su enfoque prevalentemente pedagógico.

En cuanto al "coaching", es necesario destacar que los conductores cognitivos se centran en los procesos internos

del otro profesional como método de mejorar el aprendizaje y la enseñanza. Se busca provocar cambios conductuales que se generarán como resultado de autocorrecciones, percepciones y procesos depurados. Esto, por supuesto, redundará en mayores logros intelectuales del estudiante además de desarrollar relaciones interpersonales positivas que son la fuente de energía para la modificación y adaptación de culturas, escuelas y organizaciones. Con el tiempo, se podrán sustituir procedimientos evacuatorios, curricula y materiales instruccionales con la posibilidad de desarrollar competencias propias (individuales) en el equipo instruccional.

Esto proporcionará el ambiente adecuado donde se tomarán decisiones acordes con lo propuesto en la escuela del renacimiento. Por otra parte, considerando a los tutores de los trabajos de grado de los postgrados de medicina como educadores de alto nivel, se propone la aplicación de la Conducción Cognitiva como un proceso válido para el ejercicio de las mencionadas tutorías. A pesar de las normativas existentes y el esfuerzo por el perfeccionamiento, la insistencia de éste se encuentra en los componentes de la experticia y el rendimiento académico neto. Estos son deseables y necesarios, pero de acuerdo al proceso "Coaching" que consideraría a un tutor como "Coach", el equilibrio, la armonía y el desarrollo personal le sería indispensable en sus funciones.

Como sugerencias se pueden tener:

- a) La realización de talleres y cursos con personal acreditado, que informe en la Facultad de Medicina la existencia del proceso "Coaching";
- b) invitación de investigadores y expertos en la materia (ejemplo : Arthur Costa, D. Ed.) para la realización de algunos de esos cursos;
- c) establecer contactos con otras instituciones universitarias con experiencia, para la transferencia correspondiente (ejemplo: Universidad "Simón Bolívar");
- d) llevar registro psicológico-conductual de los potenciales tutores, al igual que el realizado con los alumnos y aspirantes a postgrado.

De esta manera pudiera ser posible en forma inicial, excluir del proceso tutorial a individuos con problemas adaptativos, de interrelación personal y psicoafectivos. Posteriormente, luego del "diagnóstico" y en base a la enseñanza y al ejercicio del proceso Conductor (si fuera necesario, intervención médica especializada) incluirlo en los planes de tutorías del Comité Académico respectivo. En este punto se debe recordar que lo enumerado

anteriormente "cancela" el proceso de conducción y por analogía, el tutorial. El bajo rendimiento y las consecuencias negativas han sido comprobadas en este sentido<sup>15</sup>.

Para finalizar se debe recalcar que el "Cognitive Coaching" es novedoso y que no ha sido aplicado en nuestro País en ningún contexto educativo. El éxito del proceso ha sido comprobado y su implementación sería de gran beneficio en la Facultad de Medicina. La autenticidad, la integración, la capacidad de expresión de valores éticos y morales, a la larga influencian sistemas de los cuales se es parte, por lo que se podría hacer de nuestra Facultad un mejor lugar donde aprender.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Costa, A. and Garmston, R. (1994). *Cognitive Coaching A Foundation for Renaissance Schools*. Christopher Gordon Publishers, Inc . Washington, USA.
- 2.- Chadwick, C. Estrategias Cognitivas y Afectivas del Aprendizaje. Revista Latinoamericana de Psicología 1988; 1: 1-26.
- 3.- Bandler, R. y Grinder, J. (1975). *The Structure of Magic, vol 1*. Science and Behavior books, Palo Alto, California, USA.
- 4.- Costa, A. Supervision for the Intelligent Teaching. *Search models unlimited*. Sacramento, C.A. 1991; N 40-50: 1-16.
- 5.- Van Dijk, T. Procesamiento cognitivo del discurso. En: Van Dijk, T. (Ed). Estructuras y funciones del discurso. Siglo XXI Editores, Madrid 1995.
- 6.- Garmston, R. and Hyerle, D. Professor's peer Coaching program: *Report of a Pilot Project to develop and test a staff development model for improving instruction at California*. State University, Sacramento C.A.; Agosto 1988.
- 7.- Garmston, R., Linder, C. and Whitaker, J. *Reflections on Cognitive Coaching Educational Leadership*. Association for supervision and curriculum development, Alexandria V.A. 1993; 51: 57-61.
- 8.- Garmston, R. and Prierkorm, J. *Leadership for intelligent teaching: Superintendent's responses to Cognitive Coaching thrust for educational leadership*. Association of California School administrators 1990; 19: 36-38.
- 9.- Naylor, J. "The role and function of Department Chairpersons in the Collegial Peer Coaching Environment" *Doctoral dissertation*. University of Illinois at Urbana/ Champaign 1991.
- 10.- Grindler, J. and Bandler, R. (1976). *The Structure of Magic, vol II*. Science and Behaviors Books, Palo Alto, California.
- 11.- O'Connor, J. y Seymour, J. (1995). *Introducción a la Programación Neurolingüística*. Editorial Urano, 3ª edición, Barcelona, España.
- 12.- Costa, A. and Garmston, R. The Art of the Cognitive Coaching. Supervision for the intelligent Teaching. *Training syllabus, Institute for the intelligent Behavior*. Berkeley C.A. 1993; N94708: 1-7.
- 13.- Montes de Oca, I., Krivoy, S., Rincón, L., Puchi, J., Cevallos, J., Martínez, L., et al. Taller: Tutoría Científica: Algunas Normas de Perfeccionamiento. Postgrado en Medicina. *Boletín informativo de la Comisión de Estudios de Postgrado. Facultad de Medicina, U.C.V. 1993; 2: 42-45*.
- 14.- Montes de Oca, I. El profesor guía de Postgrado. *Med Intern Caracas*. 1995; 11: 101-113.
- 15.- Joyce, B. and Showers, B. *Student Achievement Through Staff Development*, New York: Longman Inc. 1988.



# EL MÉDICO DEL ADOLESCENTE: RESULTADO PRELIMINAR

Trina María Navas Blanco\*; María Eugenia Delpiani\*\*; Manuel Fonseca\*\*

## RESUMEN

La **adolescencia** es un periodo de transición, cuyo control médico es controversial respecto a que su especialidad debe ser la principal en su atención; la Medicina Interna tiene clara su competencia al respecto, sin embargo, nos propusimos conocer la opinión del adolescente acerca de las características que debe tener su médico. *Diseño*: estudio transversal, descriptivo basado en una encuesta anónima semicerrada sobre una población escolarizada, el análisis estadístico fue descriptivo y en base a Excel 5.0. *Resultados*: reportaron 65 estudiantes, con edad promedio de 15,8 años, 57% femeninos; 25% recibía atención médica **Preventiva**. La edad y el sexo no fueron características importantes como criterio de selección de un médico; 70% de las

mujeres y 68% de los hombres no deseaban seguir control pediátrico; las razones dadas fueron: entrada a la adultez, trato diferente, mejor control y mayor experiencia; en los que deseaban mantenerla, la razón fue confianza. El aspecto físico y el vocabulario del médico fueron importantes en 42% y el 85%. El área de conocimiento que debe manejar el médico comprende: general, ginecológico, psicológico y dermatológico como las más importantes. *Conclusión*: los adolescentes encuestados conocen sus necesidades y la descripción realizada se corresponde con **Médico Internista**.

**Palabras claves**: Adolescente, Medicina Interna, Prevención.

## INTRODUCCIÓN

Conceptualizar la adolescencia, implica definir una serie de criterios polifacéticos en el aspecto biológico, psicológico, espiritual, y social de una fase vital del ser humano, en el cual se deja atrás la infancia, en la búsqueda del camino hacia la adultez<sup>1,2</sup>.

La OMS definió cronológicamente la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años<sup>3</sup>, ésto con el fin de precisar el grupo poblacional para las estrategias de acción en la salud adolescente, debido a que este grupo poblacional posee exigencias especiales de salud integral, el bienestar físico, mental y social son más evidentes y es además donde el individuo necesita respuestas, para cumplir con sus aspiraciones del desarrollo propio, familiar y del país<sup>2,3</sup>.

El adolescente tiene características propias de su etapa evolutiva, que deben ser conocidas a cabalidad por las personas que lo rodean, para que de esta manera no

\* Profesor Asistente de Clínica Médica de la Escuela Luis Razetti de la UCV, Adjunto Docente y Coordinadora del Postgrado de Medicina Interna del Hospital General del Oeste.

\*\* Residentes del 3er. año del Postgrado Universitario de Medicina Interna del Hospital General del Oeste.

sean confundidas con problemas de conducta y estar conscientes de que se trata de expresiones normales de su edad entre las que se encuentran las constantes variaciones del estado de ánimo, la tendencia a estar en grupos, la necesidad de intelectualizar y fantasear, crisis religiosas y políticas, desubicación temporal, evolución sexual, separación progresiva de sus padres y actitud social reivindicadora<sup>2,3,4</sup>. Todas estas características forman parte de la evolución normal en el desarrollo de la personalidad durante el período de la adolescencia; se incluyen aquí también, el grupo familiar y social en donde éste se desarrolló, así como las figuras y patrones que admiran o no, ya que de esta interacción emergerá el futuro individuo que asumirá los diferentes roles en la sociedad<sup>2,3,4</sup>. La importancia de este grupo poblacional ha sido objeto de estudio a todo nivel, esto incluye a la OPS, que en 1990, definió el marco conceptual de la salud del adolescente abarcando todos los niveles de prevención de la salud<sup>5</sup>.

Luego de esbozar la complejidad e implicaciones de este grupo, cabe señalar dos aspectos que son trascendentes desde el punto de vista médico: uno es que en éste se inician los factores modificables para múltiples enfermedades crónicas, por lo tanto es el ideal para sembrar las medidas fundamentales de prevención a través de la educación individual y en grupos, y por otro lado el médico que lo atiende debe ofrecer la atención ideal y la relación médico-paciente perfecta y duradera que evite cambios drásticos en decisiones médicas nuevas para el paciente que forman parte de momentos trascendentales de su vida. A nuestro parecer, el médico Internista cumple con estas características y tiene las capacidades para desempeñar este rol, tal y como lo resume el concepto de la especialidad la cual desde allí mismo incluye el adolescente como parte de su campo de acción. Además el internista es un líder natural<sup>6</sup> cuya base de trabajo es la historia clínica<sup>7</sup> lo que lo lleva a utilizar la palabra como su primer medio de acción y tiene además la capacidad de orientar en todo tipo de problema de salud al paciente.

Suele ser costumbre sub valorar la opinión de este grupo en muchas de las áreas en que se desenvuelve, más aún se manipula indiscriminadamente la estructuración de sus necesidades o derechos adquiridos de cualquier índole ( biológicos, sociales o psicológicos), en base a las nuevas opciones sobre las que decidirá; para ello, imágenes y conceptos de índole principalmente publicitario que tratan de identificarse con ellos, muchas

veces a través de conceptos erróneos o paradójicos. Tal es el caso de algunas campañas las cuales se basan en la *identidad*, esto es: "un sistema de representaciones, que ante todo presenta un margen de semejanza (lo idéntico, lo mismo, lo cercano) y una marca de diferencia (lo singular, lo único, lo solo), es decir un signo de proximidad y otro de distancia, y todavía más, es un testimonio de una pertenencia negativa y positiva a la vez"<sup>8</sup>, muchas veces con mensajes perjudiciales como lo serían: elemento de identificación del adolescente, marca de diferencia: el vocabulario, el vestir, la responsabilidad etc.; peor aún estos patrones son creídos como exactos por otros grupos etarios desvirtuando más las capacidades del adolescente. Aún cuando para nosotros es claro nuestra responsabilidad sobre esta persona, en base al párrafo anterior y sobre todo con la inminente responsabilidad de abordar al paciente sano que no nos busca, en la comunidad, fuera del hospital, lo que plantea una manera poco usual de asistencia médica, nos pareció de crucial importancia conocer ¿qué espera el adolescente sano o enfermo del Médico que le prestará servicio?; es decir, conocer las características, forma, ambiente y conocimientos que debe tener el médico que satisfaga las necesidades de atención médica del adolescente; de esta forma conoceremos la mejor forma de abordarlo, y de allí el planteamiento de este trabajo.

## METODOLOGÍA

Se planteó un estudio transversal y descriptivo, en base a los cursantes del 5º año de educación secundaria del Colegio San José de Calazans, pertenecientes al Distrito Sanitario II del MSAS, autorizados por la Institución y por sus padres o representantes para formar parte del estudio. Se les practicó a todos ellos una encuesta anónima, semicerrada, voluntaria, sin ningún tipo de evaluación, la cual debían responder antes de tener algún contacto médico o personal con los autores; en caso de que eso existiera, el estudiante no formaría parte del estudio. Una vez realizada la encuesta, se analizaría a través de estadística descriptiva (distribución de frecuencia, porcentaje y desviación standard) en base a la hoja de cálculo Excel 5.0.

## RESULTADOS

Se analizaron 65 encuestas que correspondieron a la totalidad del curso, no hubo exclusiones.

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

La edad de la muestra se encontró entre 15 y 19 años con un promedio de 16,28 años y una DS: 0,65 años, en cuanto al sexo 57% pertenecían al sexo femenino.

Al preguntarles si tenían algún control médico, 30% de las mujeres y 39% de los hombres lo tenían, de esa totalidad 75% tenían patologías de la infancia como: Asma 70%, Epilepsia 2%, Oftalmológico 3%, y el restante 25% eran sanos.

## DATOS DE LA ENCUESTA PROPIAMENTE DICHA

Al preguntarles sobre el sexo del médico que los atiende las respuestas fueron las siguientes:

**Tabla I**

### El Sexo que debe tener el Médico según el estudiante

Sexo del Estudiante	Sexo del Médico %		
	Masculino	Femenino	Diferente
Femenino	8	32	59
Masculino	21	18	61

Al preguntarle acerca de la edad que debe tener el médico que lo atiende las respuestas fueron las siguientes: Al 40% del total les fue indiferente, el 41% pensaba que entre 20 y 30 años, siguieron en orden de frecuencia 20 y 30, 40 a 50, y 50 a 60 en 14%, 3% y 2% respectivamente, al desglosarlo por el sexo del estudiante se encontró:

**Tabla II**

### La edad que debe tener el Médico según los estudiantes

Edad del Médico años	Estudiante %	
	Femenino	Masculino
20-30	16	11
31-40	38	46
41-50	0	7
51-60	0	4
>60	0	0
Indiferente	46	32
Total	100	100

En cuanto a la pregunta de si querían seguir siendo evaluados por su pediatra, 70% de las mujeres y 68% de los hombres respondieron negativamente. Aquellos que respondieron que querían seguir con control pediá-

trico tuvieron como razón fundamental la confianza (87%), al analizarlo por sexo se encontró:

**Tabla III**

### Razones para continuar con Control Médico Pediátrico

Razonamiento	Sexo del Estudiante %	
	Femenino	Masculino
Confianza previa	100	73
Indiferente	0	18
Sin respuesta	0	9

Las razones para dejar el control médico pediátrico entrando en control de médicos para adultos fueron: entrada a la adultez en un 60%, mejor control médico 24%, mayor experiencia 4%, trato diferente 2% y el resto no definió sus razones, al desglosarlo por sexo obtuvimos:

**Tabla IV**

### Razones para cambiar a Médicos de Adultos

Razones	Sexo del Estudiante %	
	Femenino	Masculino
Entrada a la adultez	65	55
Mejor Control	22	26
Mayor experiencia	9	0
Trato diferente	0	3
No responde	4	16
Total	100	100

Se les preguntó también respecto al área de dominio que a su juicio debería tener el médico que atiende al adolescente; aquí se estudió en función del total de respuestas dadas pues fueron múltiples en algunas ocasiones y en la muestra total, el 50% opinó que debería tener dominio general, el 15% dominio psicológico, el 14% dominio ginecológico, y en menor frecuencia dermatológico, oftalmológico, neurológico y otros al analizarlo por sexo:

**Tabla V**

### Área de dominio del conocimiento del Médico según la encuesta

Área de dominio	Sexo del Estudiante %	
	Femenino	Masculino
General	44	62
Ginecológico	21	0
Psicológico	21	5
Dermatológico	12	14
Oftalmológico	0	5
Neurológico	0	5
Otros	0	5

El aspecto físico del médico fue importante para el 42% de los encuestados; las razones por las cuales fue importante el aspecto físico fueron: "inspira confianza" en un 50%. Según el sexo fue importante para las mujeres en un 46% y para los hombres en un 36%, desglosándose las respuestas según el sexo en:

**Tabla VI**  
**Razones importantes en el aspecto físico según el estudiante**

Razones	Sexo del Estudiante %	
	Femenino	Masculino
Inspira confianza	61	30
Inspira seguridad	7	16
Personalidad	29	16
No responde	4	29

Aquellos a quienes no les importó el aspecto físico del Médico, justificaron su razonamiento de la siguiente forma: "importa su conocimiento" en el 35%, le era indiferente 33%, "importa su buen trato" 11% y no respondieron 20%, las respuestas según el sexo fueron:

**Tabla VII**  
**Razones prioritarias y diferentes al aspecto físico según el estudiante**

Razones	Sexo del Estudiante %	
	Femenino	Masculino
Conocimiento	45	24
Buen trato	15	8
Indiferente	35	32
No responde	5	32

También se preguntó acerca de la importancia del vocabulario del Médico, a esto el 85% del grupo general respondió que sí, y su importancia radica en: mejor entendimiento en un 34%, describe al médico en un 30%, inspira confianza en un 24% y no respondieron un 11%. Al analizar por sexo un 84% de las respuestas femeninas y el 79% de las masculinas clasificaron el vocabulario como importante, y la distribución de las razones fue la siguiente:

**Tabla VIII**  
**Importancia del vocabulario del Médico según el estudiante**

Razones	Sexo del Estudiante %	
	Femenino	Masculino
Conocimiento	45	24
Buen trato	15	8
Indiferente	35	32
No responde	5	32

Con respecto al consultorio, el 81% respondió que eran importantes; según el sexo la respuesta fue afirmativa en el 84% de las mujeres y el 79% de los hombres.

En la pregunta final, ningún estudiante añadió opiniones particulares.

## DISCUSIÓN

Existen muchos mitos en lo que a adolescente se refiere, su inmadurez es la tesis de muchos para subestimar su capacidad en la toma de decisiones, este trabajo, demuestra cómo analizaremos a continuación, que su opinión es válida, más madura de lo que muchos esperamos y nos dice claramente cuáles son sus necesidades en lo que a orientación médica se refiere.

El primer hallazgo es que la mayoría de los que tienen control médico son aquellos que portan una patología que amerita control; con estos adolescentes estaríamos actuando en un nivel de prevención secundaria; sólo un 25% de adolescentes sanos tiene control médico, esto esboza que sólo un muy pequeño porcentaje de la población estudiada maneja los criterios de prevención en la salud del adolescente. Este es el campo virgen y necesario por explotar para el Internista, el cual a través de la intervención en la comunidad, en conjunto con la educación aportada podrá sentar las bases de una cultura de prevención en el futuro adulto que sólo transitoriamente es un adolescente.

La timidez es una característica frecuente en el adolescente, los representantes de ellos suelen tener quizá proyecciones sobre sus representados en este particular, esta tesis se refuerza al analizar algunas de las respuestas de los estudiantes encuestados, por ejemplo, en relación al sexo del médico que lo atiende, lo esperado era que la gran mayoría quisiera ser evaluado por el mismo sexo, sin embargo, en ambos sexos fue predominante la respuesta indiferente; esto quiere decir que existen otros determinantes en sus criterios de selección de mayor envergadura en esta decisión, lo que señala más madurez de la esperada por los autores.

En el mismo análisis la edad del médico tampoco fue del todo importante en el criterio de selección, sin embargo existió similitud en la frecuencia entre los adolescentes que pensaban en un médico joven o que la edad les era indiferente. El médico joven representa un

mundo nuevo por descubrir, y quizá uno de los modelos que esté a su alrededor y que pueda ser útil en la formación y búsqueda de metas futuras, mientras que el médico de mayor edad puede representar una experiencia similar a la que tiene con sus profesores y familiares, con quienes algunas veces podrían existir problemas de comunicación. No podemos generalizar sin embargo; la intención de los autores es profundizar en el proyecto futuro para una mejor interpretación de este dato.

De particular importancia fue la pregunta respecto a su razonamiento en cuanto a seguir con control pediátrico o tener un médico de adultos, la confianza en el médico que lo trata actualmente y la enfermedad crónica fueron razones fuertes para desear mantenerse con control pediátrico; la confianza debe sembrarla el médico a través de la comunicación y la asertividad en sus conductas médicas, pero es importantísimo que el adolescente sienta esa confianza desde su primer contacto, esto le permitirá brindarle todo el espectro de beneficios que la medicina interna le brinda<sup>8</sup>. Por otro lado, aquellos que quieren cambiar a un médico de adultos, con esta respuesta el adolescente está definiendo su condición de adulto<sup>9</sup>, rechaza el trato que lo ubica como niño y desea que el médico que lo atienda tenga experiencia en adultos, lo que le da una mayor capacidad de controlar sus problemas médicos, una excelente definición de un Internista. Es importante detenerse aquí, ya que si bien es cierto que el pediatra puericultor está en perfecta capacidad de atender al adolescente, éste es sólo un momento de su vida, y el Internista, es la alternativa desde la transición a adulto, sobre todo si tomamos en cuenta el control a largo plazo con la intervención inclusive en ausencia de enfermedad<sup>10</sup>, sobre las patologías previsible tales como: Obesidad<sup>11</sup>, enfermedades cardiovasculares<sup>12</sup>, gestaciones precoces<sup>13</sup>, enfermedades crónicas como la diabetes<sup>14</sup>, drogadicción<sup>15</sup>, el adolescente de alto riesgo<sup>16</sup>, entre muchas otras actividades de manejo frecuente por el Internista más que por otra especialidad.

Todo lo analizado se afianza, al revisar el área de conocimiento que debe manejar el médico según el razonamiento del adolescente encuestado, todas y cada una de sus respuestas, que no es otra cosa que sus necesidades: asesoría general en un 50% del total de respuestas, además también: ginecológica, dermatológica, neurológicas, oftalmológica, psicológica, todas éstas pueden ser orientadas por el Internista para referir sólo en

determinadas circunstancias, tal y como lo plantea el Dr. Prado en el artículo el Internista del futuro<sup>7</sup>. También la respuesta más frecuente del adolescente define su unidad como persona, al enunciar que el médico debe tener conocimientos generales, está solicitando que todos sus problemas en cualquiera de sus áreas sea manejado lo más frecuentemente posible por un médico, ésta es otra característica de la Medicina Interna, es algo más que una suma de subespecialidades, acatando nuevamente la solicitud del paciente adolescente.

Realmente interesantes fueron las respuestas en cuanto al aspecto del médico y su vocabulario, hubo quórum suficiente para analizar las 2 alternativas, aquellos que les importaron ambas características señalaron claramente necesidades primordiales no sólo en la relación médico-paciente, no sólo del adolescente sino de cualquier edad y cualquier especialidad: confianza, seguridad, y el reflejo de su personalidad a través de estas dos características, debemos recordar que todo ser humano que consulta para asesoría médica necesita sentirse seguro y confiado del consejo que recibe y muy especialmente, necesita saber quién se lo da. Aquellos que respondieron que no les importaba el aspecto físico o el vocabulario, argumentaron buen trato, el conocimiento en lo que respecta al aspecto físico y para el vocabulario confianza, entendimiento y "describe al médico" que no es otra cosa que el juicio de valores, conocimiento, humanidad que alguna vez hacemos todos al escuchar a alguien. En ninguno de los casos las respuestas son despreciables, son importantes y nos enseñan la importancia de todos los elementos personales en una comunicación médico-paciente.

El consultorio fue considerado como un coadyuvante del acto médico en la gran mayoría de las respuestas, alegaron: comodidad, confianza y mejor atención en diversos porcentajes. Todas estas respuestas señalan la necesidad de un trato adecuado por parte del médico.

En todas las respuestas, las frecuencias fueron similares en ambos géneros a excepción por supuesto del área ginecológica, eso facilita los programas de atención y homogeniza la población.

En la gran mayoría de las respuestas estuvo presente la palabra confianza, quizá este sea el punto más álgido en la relación médico-paciente del adolescente. Si analizamos, el primer contacto con un Médico de adultos por parte de un adolescente, sería una de las prime-

ras decisiones trascendentes de adulto que deba tomar, para ello, el Médico Internista debe necesariamente ser capaz de lograr a través de la palabra, lenguaje gestual, transmisión de conocimientos, respuestas a las necesidades planteadas y comodidad brindada durante la atención, tal y como ellos mismos lo describen en sus respuestas.

Una vez analizadas las respuestas del grupo estudiado, revisamos el concepto de Medicina Interna: es una especialidad compleja, que considera los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales, de pacientes sanos o enfermos, a través de la prevención, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia que incluye desde la adolescencia hasta la senectud, corroboramos que el equipo médico que asiste al adolescente debe ser gerenciado por un Médico Internista, pues cubre a corto, mediano y largo plazo todas las expectativas del adolescente encuestado.

## CONCLUSIONES

- 1.- Una minoría de la población estudiada recibía atención médica profiláctica
- 2.- Según el adolescente, el perfil del Médico que debe atenderlo se corresponde con la definición del Médico Internista.
- 3.- Las opiniones emitidas por los adolescentes se correspondieron con sus necesidades de información y atención.
- 4.- Las frecuencias en las respuestas fueron similares entre ambos géneros.

## AGRADECIMIENTO

Al Instituto San José de Calazans por su cálida colaboración, y en especial a todos los adolescentes que participaron en el estudio, y que nos siguen acompañando en nuestro trabajo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- MSAS, División Materno Infantil, División de Salud del Niño y del Adolescente, Departamento de Salud del Adolescente. Los adolescentes actuando por su salud. Caracas, Octubre 1992.
- 2.- MSAS. Programa de Atención Integral de Salud del Adolescente. División Materno Infantil División de salud del niño y del adolescente, Departamento de salud del adolescente. Programas de Atención Integral del Adolescente. Caracas, Marzo 1991.
- 3.- MSAS. División Materno Infantil, División de Salud del Niño y Adolescente, Departamento de Salud del Adolescente. La salud del Adolescente y la acción en la comunidad, 2ª Edición, Caracas, Julio 1992.
- 4.- MSAS. División Materno Infantil, División de Salud del Niño y del Adolescente, Departamento de salud del Adolescente. Sexualidad del Adolescente. Caracas, Enero 1992.
- 5.- OPS. Programa de Salud Materno Infantil. Marco conceptual de la Salud integral del Adolescente. 1990, Washington U.S.A.
- 6.- Prado R. El Internista del Futuro. *Med Intern* 1993; 9 (3): 109-11.
- 7.- Prado R, Pérez J, Trocoli M. Bases Doctrinarias del Perfil del Médico Internista. *Med Inter* 1992; 8 (1): 22-23.
- 8.- Gryspeerdt A., Heinich N. La comunicación de Benetton una singular identidad universal en Benetton una peculiar identidad universal. *Editorial Universitaria* 1995: 7-32.
- 9.- Ogni M., Castro R., Cuadra C. Medicina Interna: análisis de la especialidad. *Med Inter* 1996; 12 (1) 33-36.
- 10.- Castro R., El futuro de la Medicina Interna 1995 *Med Intern* 11 (4) 147-151.
- 11.- Sargent J., Blanchflower D. Obesity and stature in adolescence and earning in young adulthood. *Arch Pediatr Adolesce Med* 1994; 148: 681-687.
- 12.- Webber L., Osganian V., Luepker R., Feldman H., Stone E., Elder J., Perry P., Nadder P., Parcel G., Broliés S. Cardiovascular Risk factors among third grade Children in four regions of the United States. The CATH study. *Child and adolescent trial for Cardiovascular health* 1995; 141 (5) 428-39.
- 13.- Adolescent pregnancy -Another look. Goldenberg R., Klerman L. *N Eng J Med* 1995; 332 (17): 1161-1162.
- 14.- Weissberg - Benchel J., Glasgow A., Tyan W., Wirtz P., Turek J., Ward J. Adolescent Diabetes management and mismanagement. 1995. *Diabetes Care* 18 (1): 77-82.
- 15.- Patton L. Adolescent substance abuse. *Pediatric Clinics of North America* 1995; 42 (2): 283-293.
- 16.- MSAS. Dirección Materno Infantil. División del Niño y el Adolescente. Departamento de Salud del Adolescente. El adolescente de alto riesgo. 1992. Caracas.

## UTILIDAD CLÍNICA DE MARCADORES SUSTITUTOS DEL RECUENTO ABSOLUTO DE LINFOCITOS TCD4 EN PACIENTES INFECTADOS Y ENFERMOS POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Elizabeth Hernández M. \*, Rita Bravo M. \*, Israel Montes de Oca \*\* y Mario Patiño T. \*\*

### RESUMEN

**Objetivo:** Establecer si individualmente o en combinación el recuento de linfocitos,  $\beta$ -2 microglobulina, Hematocrito y Proteína C reactiva predicen el recuento de linfocitos TDC4 en nuestro medio, para facilitar la toma de decisiones terapéuticas, utilizando los recursos disponibles.

**Diseño:** Estudio de corte transversal, de carácter descriptivo.

**Población y métodos:** 76 pacientes seropositivos para el Virus de Inmunodeficiencia Humana de las salas de hospitalización y consulta de Medicina Interna del Hospital Universitario de Caracas, a quienes se les determinó recuento total de linfocitos,  $\beta$ -2 microglobulina, Hematocrito, Proteína C reactiva y recuento absoluto de linfocitos TCD4.

**Método estadístico:** Se realizaron cálculos de coeficientes de correlación, con modelos de regresión simple, múltiple y el método del paso acertado (Step-Wise). Se calculó la sensibilidad y la especificidad del recuento de linfocitos totales, definiendo sensibilidad como la proporción de pacientes con cuenta absoluta de TCD4 < 200 céls/mm<sup>3</sup> que tenían un recuento linfocitario total

< 1500 céls/mm<sup>3</sup> y especificidad como la proporción de pacientes con cuenta TCD4 > 200 céls/mm<sup>3</sup> que tenían linfocitos totales > 1500 céls/mm<sup>3</sup>.

**Resultados:** La muestra se distribuyó de la siguiente manera: 59 hombres, con edad media de 34 años y 17 mujeres, con edad media de 35 años. El análisis de regresión de las variables, recuento total de linfocitos,  $\beta$ -2 microglobulina y hematocrito sobre la variable dependiente TCD4 mostraron valores de  $P < 0.001$ , resultando la cuenta total de linfocitos con el más alto coeficiente de correlación: 56.2% y el método de Step-Wise, estableció como variables que más afectan la variación de la variable dependiente la cuenta total de linfocitos y hematocrito. Por modelos de regresión múltiple, las combinaciones CDC1 (pacientes con cuenta absoluta de TCD4 mayores de 500 céls/mm<sup>3</sup>) y CDC3 (pacientes con cuenta absoluta de TCD4 menores de 200 céls/mm<sup>3</sup>) tienen un coeficiente de correlación del 70%, determinándose que en el grupo CDC1 las variables que guardan mayor correlación con el CD4 fueron cuenta total de linfocitos y hematocrito y para el grupo CDC3 cuenta total de linfocitos y  $\beta$ -2 microglobulina.

**Conclusiones.** Las variaciones de los marcadores estudiados: cuenta total de linfocitos,  $\beta$ -2 microglobulina, hematocrito, están asociados con variaciones del TCD4, sin embargo, no lo sustituyen. El 70% de los pacientes

\* Residente Postgrado Medicina Interna. Hospital Universitario de Caracas. U.C.V.

\*\* Profesor Medicina Interna. Hospital Universitario de Caracas. U.C.V.

---

con cuenta TCD4 menor de 200 céls/mm<sup>3</sup> tienen cuenta total de linfocitos menor de 1500 céls/mm<sup>3</sup> y el 79% de los pacientes con TCD4 mayor de 200 céls/mm<sup>3</sup> tienen cuenta total de linfocitos mayor de 1500 céls/mm<sup>3</sup>. Leucoplaquia vellosa, historia de Herpes Zoster, diarrea crónica y placas blanquecinas sugestivas de candidiasis oral se asociaron con TCD4 menor de 200 céls/mm<sup>3</sup>.

**Palabras claves:** Recuento linfocitario total,  $\beta$ -2 microglobulina, Hematocrito, Proteína C Reactiva, Linfocitos TCD4, Virus de Inmunodeficiencia Humana.

## ABSTRACT

**Objective:** Establish if individually or in combination: total lymphocytes's count,  $\beta$ -2 microglobulina, hematocrit and C reactive protein predict the lymphocytes TCD4's recouts in our patients, to facilitate the therapeutic's decisions using the available resources.

**Design.** Cross-sectional study.

**Population and methods.** 76 seropositive patients for the human immunodeficiency virus from hospitalization's rooms and Internal Medicine consultation of the University Hospital of Caracas to whom total lymphocytes count,  $\beta$ -2 microglobulina, hematocrit, C reactive protein and TCD4 lymphocytes's count and absolute recout of TCD4 were determined.

**Statistical method.** To evaluate the predictive capacity of the markers studied on the absolute recout of lymphocytes TCD4 we used correlation coefficients, with simple and multiple regression and the step-wise

method, we defined sensibility as the proportion of patient with count of TCD4 <200 céls/mm<sup>3</sup> that had a total lymphocytes's recout <1500 céls/mm<sup>3</sup> and specificity as the proportion of patient with TCD4 <200 céls/mm<sup>3</sup> that had a total lymphocytes's recout <1500 céls/mm<sup>3</sup>.

**Results.** 59 men (34 years old average) and 17 women (35 years old average). The analysis of regression of the variables lymphocytes's total count,  $\beta$ -2 microglobulin and hematocrit on the dependent variable TCD4 showed values of P <0.001, resulting in the lymphocytes's total count with the highest correlation's coefficient: 56.2% and the step-wise method established as variables that affect more the variation of the dependent variable to: lymphocytes's total count and hematocrit. For regression's multiple models, the combinations CDC1 (patient with TCD4 bigger than 500 céls/mm<sup>3</sup>) and CDC3 (patient TCD4 smaller than 200 céls/mm<sup>3</sup>) have a coefficient of correlation of 70%, being determined that in the group CDC1 the variables that keep higher correlation with the CD4 were the lymphocytes's total count and hematocrit and for the group CDC3 lymphocytes's total count and  $\beta$ -2 microglobulin.

**Conclusions.** The variations of the studied markers were associated with variations of TCD4, however they don't substitute it. 70% of the patients with TCD4 smaller than 200 céls/mm<sup>3</sup> have lymphocytes's total count smaller than 1500 céls/mm<sup>3</sup> and 79% of the patients with TCD4 higher than 200 céls/mm<sup>3</sup> have lymphocytes's total count higher than 1500 céls/mm<sup>3</sup>. Hairly leucoplaquia, history of Herpes Zoster, chronic diarrhea and oral candidiasis are associated with TCD4 smaller than 200 céls/mm<sup>3</sup>.

---

## INTRODUCCION

Mundialmente la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), han llevado a invertir grandes esfuerzos en cuanto a conocimiento fisiopatológico, de diagnóstico y estadio de la enfermedad, pero es de resaltar que las herramientas diagnósticas y terapéuticas no se encuentran ampliamente disponibles en los países en desarrollo o son sólo accesibles para un grupo privilegiado de pacientes. Por ésta razón se

ha tratado de establecer la utilidad de algunos parámetros clínicos y paraclínicos de más fácil acceso y su relación con determinaciones de subpoblación linfocitaria y carga viral para de ésta manera adoptar conductas terapéuticas adecuadas con los recursos disponibles<sup>1,2</sup>. El recuento absoluto y el porcentaje de CD4 son marcadores útiles para clasificar la enfermedad, tomar decisiones terapéuticas, tanto terapia antiretroviral como de medidas de profilaxis<sup>3</sup> y predecir la progresión a SIDA de personas infectadas por el virus<sup>3,4,5,6,7</sup>.



La determinación en el laboratorio del recuento CD4 requiere del uso de citometría de flujo activada con fluoresceína, que es costosa y laboriosa, y el resultado no se encuentra disponible frecuentemente para pacientes infectados que se presentan a la consulta externa, emergencia hospitalaria o a los médicos de atención primaria; así mismo la determinación de la carga viral por cualquiera de los métodos disponibles<sup>8</sup>: NASBA (método de amplificación de ácidos nucleicos), bDNA (determinación de DNA amplificado). PCR (cuantificación de la transcriptasa reversa por reacción en cadena de polimerasa) implica también el uso de metodologías especializadas con costos elevados. Adicionalmente se acepta que existe variación en la carga viral en presencia de infecciones concomitantes<sup>9,10,11,12,13</sup>.

Inicialmente cuando se pretendió establecer un sistema de clasificación para infección y enfermedad por VIH se utilizaron parámetros clínicos y paraclínicos con miras a que los últimos fueran fácilmente accesibles<sup>14,15</sup>, pero adoptar estos sistemas de clasificación en países en desarrollo implica que deben ser estudiados extensamente en estas regiones, ya que han sido evaluados en países desarrollados donde la enfermedad tiene un espectro diferente y los métodos diagnósticos complejos están disponibles<sup>16</sup>. El uso del recuento linfocitario total como predictor del recuento de células TCD4 es limitado por la presencia de reducción de células TCD4 hasta en un 30% de pacientes no linfopénicos, a pesar de esto un recuento linfocitario bajo ha sido reportado como predictor de progresión a SIDA<sup>4</sup>.

## POBLACIÓN Y MÉTODOS

**Diseño del estudio y pacientes.** Estudio de corte transversal, donde se incluyeron 76 pacientes mayores de 13 años con diagnóstico de infección por VIH con prueba de Elisa reactiva en dos oportunidades y prueba confirmatoria (Western-Blot), procedentes de la consulta y salas de hospitalización de los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario de Caracas, entre los meses de Enero y Septiembre de 1997.

Los criterios de exclusión fueron:

- 1) Pacientes menores de 13 años.
- 2) Pacientes con enfermedad neurológica incapacitante para adoptar los datos.
- 3) Pacientes que no desearon participar en el trabajo de investigación.

**Datos de laboratorio.** Se obtuvieron 18 cc de sangre de cada paciente, 10 cc con EDTA para el procesamiento de valores hematológicos y subpoblación linfocitaria y 8 cc en tubo estéril seco para la determinación de  $\beta$ -2 microglobulina y Proteína C reactiva. Las muestras de sangre fueron obtenidas al momento de la realización de la historia clínica. Se determinaron en los 76 pacientes: recuento total de linfocitos, hematocrito,  $\beta$ -2 microglobulina, Proteína C reactiva y recuento absoluto de células TCD4.

**Recuento total de linfocitos y hematocrito.** Los valores hematológicos fueron determinados por contador automatizado de células sanguíneas (Coulter). El recuento absoluto de linfocitos totales se obtuvo de la multiplicación del total de glóbulos blancos por el porcentaje de linfocitos.

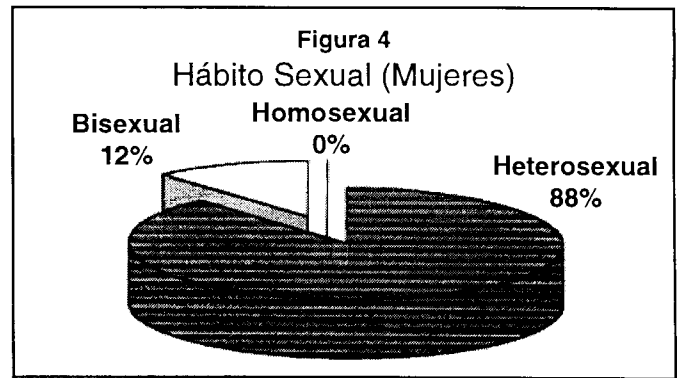
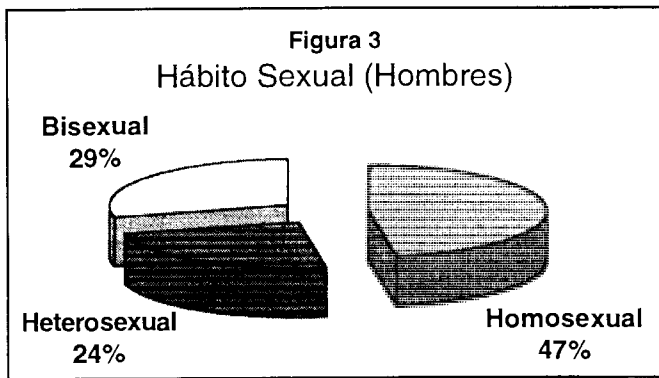
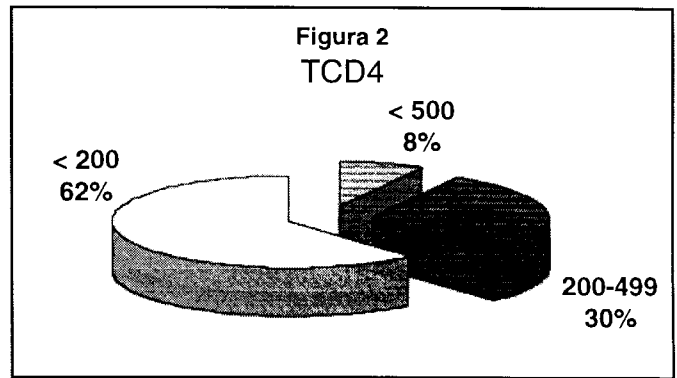
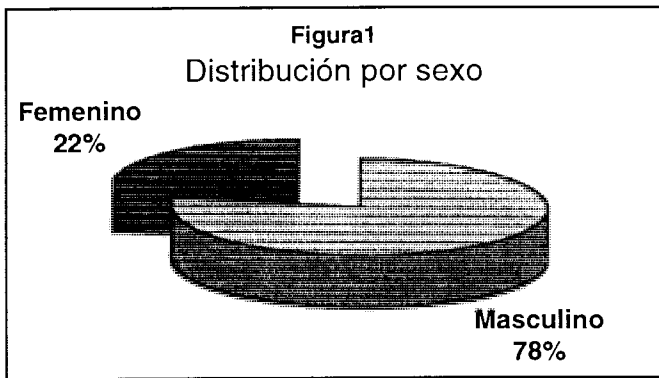
**$\beta$ -2 microglobulina.** Las concentraciones fueron medidas en suero con el método de inmunoensayo enzimático de micropartículas (Imx  $\beta$ -2) de Laboratorios Abbot.

**Proteína C reactiva.** Fue determinada usando la prueba de látex P-CRP, cuyo fundamento es una reacción inmunológica entre el antígeno (Proteína C reactiva) presente en el suero y su anticuerpo específico asociado a partículas de látex produciendo la aglutinación de éstas.

**Subtipos de linfocitos.** Las subpoblaciones de linfocitos fueron evaluadas por la técnica de inmunofluorescencia indirecta para lo cual se utilizaron anticuerpos monoclonales contra células ayudadoras (CD4) y supresoras (CD8) del clon Coulter número SFC11274D11, isotipo Ig G 1, T4-RDI/T8-FITC. El porcentaje de linfocitos TCD4 fue determinado por citometría de flujo<sup>17</sup> usando un EPICS PROFILE II (Coulter). El número absoluto de TCD4 fue calculado basado en el recuento total y diferencial de glóbulos blancos y el porcentaje de linfocitos T marcados, según la siguiente fórmula: Valor absoluto de células/mm<sup>3</sup> = cuenta absoluta de leucocitos x porcentaje de linfocitos x porcentaje de CD4 marcados.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizaron cálculos de coeficiente de correlación con modelos de regresión simple y múltiple en 76 pacientes<sup>18,19</sup>.



Se realizó inicialmente un modelo de regresión simple que incluyó el número total de pacientes y luego regresión múltiple y método de paso acertado (Step-Wise). Las correlaciones entre 0- 0.25 indican una escasa o nula relación, entre 0.25-0.50 un grado considerable de relación, 0.50-0.75 relación entre moderada y buena, mayor de 0.75 entre buena y excelente<sup>18</sup>.

Los pacientes fueron estratificados por recuento absoluto de células TCD4 según lo establecido por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta para categorías de células TCD4: CDC 1: >500 cél/mm<sup>3</sup>. CDC 2 entre 200 y 499 cél/mm<sup>3</sup> y CDC 3 <200 cél/mm<sup>3</sup>. La variable TCD4+ se definió como la variable dependiente y todas fueron continuas. La asociación entre variables fue medida por coeficiente de correlación en el programa estadístico Statgraphics plus 6.0.

Para calcular sensibilidad y especificidad, como se ha realizado en otros trabajos<sup>3,4</sup>, definimos sensibilidad como la proporción de pacientes con una cuenta absoluta de TCD4 <200 céls/mm<sup>3</sup>, que tenían un recuento linfocitario total <1500 céls/mm<sup>3</sup>. Definimos especifici-

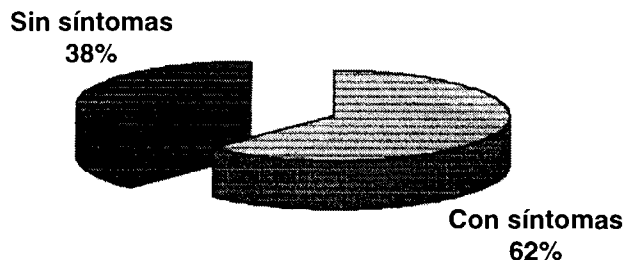
dad como la proporción de personas con una cuenta absoluta de TCD4 >200 céls/mm<sup>3</sup>, que tenían linfocitos totales >de 1500 céls/mm<sup>3</sup>.

## RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis 76 pacientes seropositivos para VIH, 59 hombres con edad media de 34 años (rango 21-62 años), 17 mujeres con edad media de 35 años (rango 18-48 años).

La recolección incluyó 56 pacientes ambulatorios y 20 hospitalizados en las salas de Medicina Interna del Hospital Universitario de Caracas. La distribución de la muestra fue: 6 con TCD4 mayor de 500 céls/mm<sup>3</sup>, 23 con TCD4 entre 200-499 céls/mm<sup>3</sup> y 47 con TCD4 menor de 200 céls/mm<sup>3</sup>, (Fig. 1). De la población masculina el 47.4% tenía hábito homosexual, 23.72% con conducta heterosexual y el 28.81% bisexual (Fig. 2); en la población femenina el 88.23% refirió hábito heterosexual no promiscuo y el 11.77% bisexual promis-

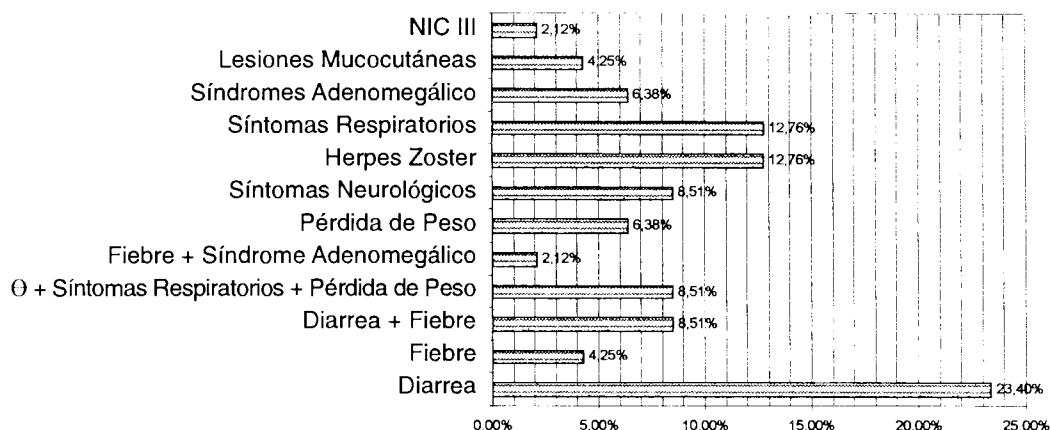
**Figura 5**  
**Fecha de Diagnóstico**



<200 céls/mm<sup>3</sup>, todos los pacientes con leucoplaquia vellosa tenían CD4 <200 céls/mm<sup>3</sup>. El 90% de los pacientes con Herpes Zoster tenía CD4 por debajo de 200 céls/mm<sup>3</sup>.

La población estudiada para el momento de la entrevista médica y toma de la muestra se encontraban recibiendo terapia antiretroviral 21 pacientes (28%), de los cuales el 33% recibía monoterapia, el 48% terapia doble y el 19% terapia triple. El 72% de la muestra no recibía terapia antiretroviral.

**Figura 6**  
**Síntomas**



cuo. Del total de pacientes, 17% refirieron drogadicción endovenosa.

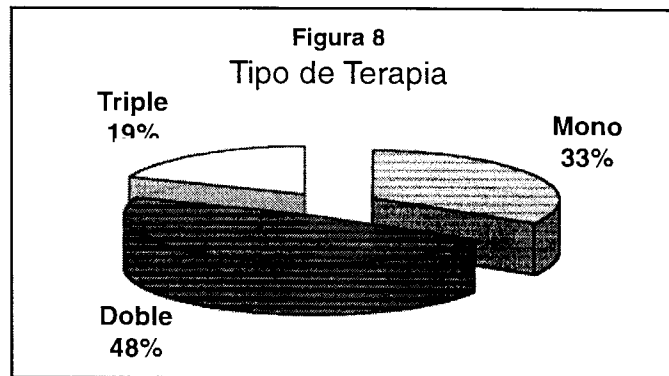
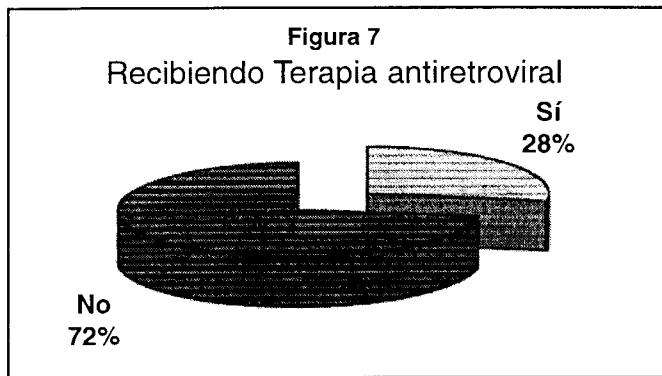
Para la fecha del diagnóstico de la infección resultó que el 38% de los pacientes estaban asintomáticos y se concluyó en el diagnóstico por presentar factores de riesgo.

Los pacientes sintomáticos para la fecha del diagnóstico fueron el 62% y en éstos pacientes los síntomas y signos más frecuentes fueron: diarrea, fiebre, síntomas respiratorios, pérdida de peso, adenomegalias (2.12%), síntomas neurológicos, herpes zoster, lesiones mucocutáneas, NIC III (Fig. 3).

Como hallazgo adicional encontramos que de los pacientes que tenían en la boca lesiones compatibles con candidiasis oral; el 74.2% tenían cuenta de células TCD4

El análisis de regresión de las variables: recuento linfocitario total,  $\beta$ -2 microglobulina, hematocrito del total de pacientes respecto a la variable dependiente muestra valores de  $P < 0.001$  en todos los casos, lo que implica que las variaciones que producen cada una de éstas variables independientes por separado en la dependiente (TCD4) son estadísticamente significativas. Esto no sucedió con la Proteína C reactiva.

Cuando se analizaron las variables por regresión simple, es el recuento linfocitario total el que tiene mayor coeficiente de correlación con respecto al CD4, 56.2%, con un coeficiente de determinación de 31.62%, es decir, la variación del recuento linfocitario total sin tomar puntos de corte explica el 31.62% de la variación de TCD4 (Fig. 4). El coeficiente de correlación para hematocrito fue del 45.8% con un coeficiente de determinación del 21.02% (Fig. 5). Cuando se analizaron los



resultados de  $\beta$ -2 microglobulina y proteína C reactiva la correlación existente fue muy baja.

Cuando se analizan por el método de paso acertado (Step-Wise) se determinó que las variables que mejor explican la variación de la dependiente son el recuento linfocitario total y el hematocrito (Fig. 5).

Posteriormente se realizó la estratificación de los pacientes de acuerdo a valores de CD4:  $\geq 500$  céls/mm<sup>3</sup> (CDC1), 200-499 céls/mm<sup>3</sup> (CDC2),  $< 200$  céls/mm<sup>3</sup> (CDC3). Los pacientes con categoría CDC1 muestran coeficientes de correlación con  $\beta$ -2 microglobulina, recuento linfocitario total y hematocrito de 61%, 71% y 80% respectivamente (coeficientes de determinación de 37.61%, 49.76%, 65.35%), encontrándose sólo significancia estadística para la variable hematocrito. Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con cautela debido al pequeño número de pacientes en esta categoría (Figs. 6,7, y 8). Para la categoría CDC3 la selección de paso acertado (Step-Wise) determinó que las variables que explicaban la variación de la variable dependiente fueron:  $\beta$ -2 microglobulina y cuenta total de linfocitos con un coeficiente de determinación de 41.8%.

Por medio de regresión múltiple, las combinaciones CDC1 y CDC3 explican hasta el 50% de la variación del CD4 con un coeficiente de correlación del 70%.

Según la definición de sensibilidad y especificidad usada en este trabajo, cuando tomamos en cuenta un valor linfocitario total mayor de 1500 céls/mm<sup>3</sup> se obtuvo una especificidad del 79.3% (I.C: 60.3-92) y la sensibilidad con un recuento linfocitario menor de 1500 céls/mm<sup>3</sup>

es del 70.20% (I.C: 55.1-82.7). Los valores de sensibilidad y especificidad utilizados en otros estudios, con las mismas variables, se encuentran comprendidos dentro de los límites de confianza de los resultados obtenidos en este trabajo.

## DISCUSIÓN

Para el año 2.000, la Organización Mundial de la Salud (OMS), proyecta un total de cerca de 40 millones de casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en hombres, mujeres y niños, y de estos casos, más del 90% serán en países en desarrollo donde la infraestructura de salud se encuentra inundada por otras causas de morbilidad. El impacto económico de la infección por VIH es probablemente más importante que el de otras enfermedades porque el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad 100% fatal, que afecta principalmente a adultos en sus años más productivos de vida, así que existe una gran pérdida de la fuerza de trabajo activa que potencialmente impide el desarrollo<sup>2</sup>.

La situación real del problema en nuestro país es desconocida, calculándose para la fecha un índice de subregistro de hasta el 70%<sup>20</sup>. El último boletín disponible de vigilancia epidemiológica de la división SIDA-ETS/M.S.A.S., reporta un número de casos y muertes desde el año de 1982 hasta el 30/06/97 de 6912 y 4019 respectivamente<sup>21</sup>, lo que definitivamente impide la realización de estimaciones del impacto de la enfermedad en la infraestructura socio-económica y de salud en nuestro medio, más aún la implementación de atención médica adecuada a estos pacientes.

Figura 9

Regresión de TCD4 en Linfocitos Totales

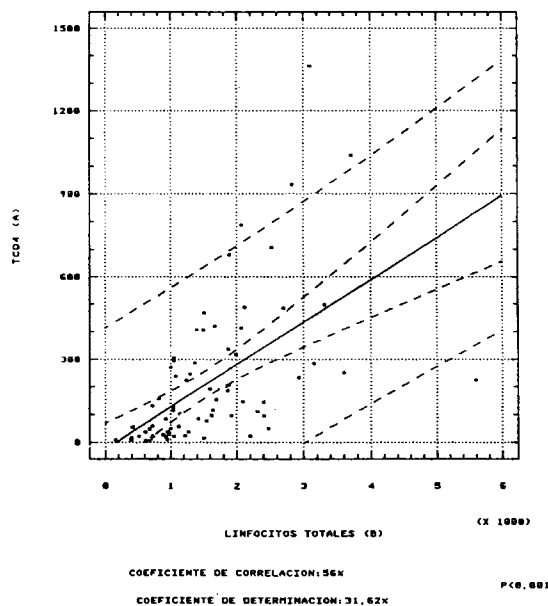
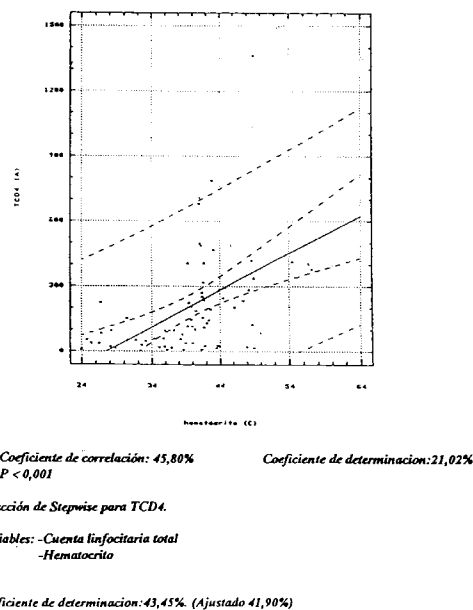


Figura 10

Regresión de TCD4 en Hematocrito



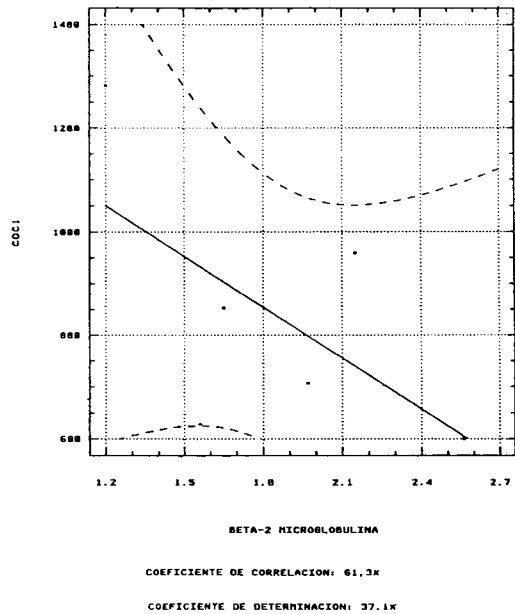
Alrededor del conocimiento del grado de inmunosupresión de un paciente infectado por el virus de inmunodeficiencia humana se han girado diversas investigaciones tanto desde el punto de vista clínico como paraclínico, intentándose establecer inicialmente relaciones entre hallazgos clínicos específicos, cuenta total de linfocitos TCD4 y progresión de enfermedad. Los parámetros clínicos más ampliamente estudiados han sido: leucoplaquia vellosa, candidiasis oral, Herpes Zoster, dermatitis seborrérica, diarrea crónica, encontrándose una probabilidad de hasta un 70% de estas condiciones con una cuenta CD4 menor de 500 céls/mm<sup>3</sup><sup>22</sup>. Nuestro análisis reveló que el 74% de los pacientes estudiados con lesiones en boca compatibles con candidiasis oral, 90% de los pacientes con historia de herpes zoster, 100% de los pacientes con leucoplaquia vellosa y 90% de los pacientes con síndrome diarreico crónico tenían cuenta CD4 menor de 200 céls/mm<sup>3</sup>. Los análisis sugieren que estas condiciones clínicas están asociadas con TCD4 pero estos parámetros no pueden ser usados para determinar con certeza si un sujeto infectado con VIH tiene o no una cuenta CD4 baja. Una razón para este limitado valor predictivo es la variabilidad asociada con CD4<sup>22,23</sup>.

Actualmente en nuestro país son pocos los hospitales y laboratorios particulares que tienen citometría de flujo

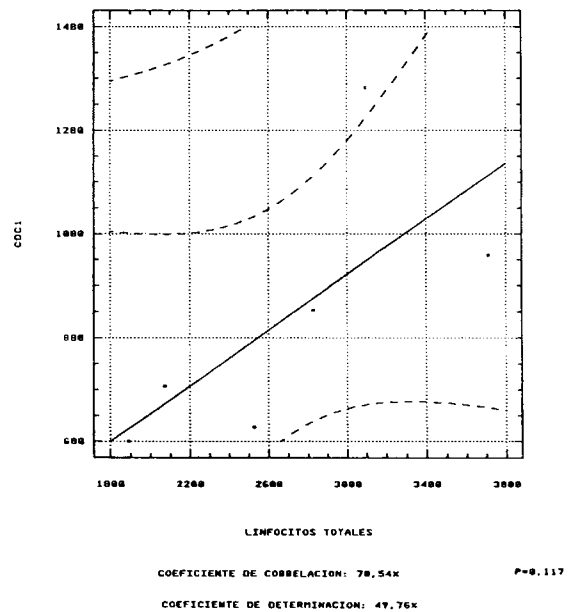
disponible, lo que obliga a llevar la muestra a lugares de referencia con el consecuente retardo en la obtención de resultados necesarios para el tratamiento. La cuenta linfocitaria total fácilmente accesible a través de una cuenta diferencial de glóbulos blancos puede ser útil en estimar una inmunosupresión significativa (definida como un recuento TCD4 menor de 200 céls/mm<sup>3</sup><sup>3,4</sup>. Los países en desarrollo están en la necesidad y obligación de adaptar el diagnóstico y la clasificación de la enfermedad de acuerdo con los recursos disponibles<sup>20</sup>. Basándonos en reportes de la literatura<sup>3,4</sup> que proponen puntos de corte de cuenta linfocitaria total como predictor de inmunosupresión, se eligió la cuenta total de linfocitos en 1500 céls/mm<sup>3</sup> como punto. De esta manera la sensibilidad de la prueba alcanzó el 70%, lo que significa que existe una probabilidad del 70.21% (I.C: 55.1-82.7) que los pacientes que tienen menos de 200 céls TCD4 tengan menos de 1500 linfocitos /mm<sup>3</sup> y una especificidad del 79.3% (I.C: 60.3-92), significando que los pacientes con cuenta de linfocitos TCD4 mayores de 200 céls/mm<sup>3</sup> tienen una probabilidad del 79% de tener más de 1500 céls/mm<sup>3</sup> de linfocitos totales.

Cuando se utilizan las variables independientes para estimar numéricamente el TCD4 las mejores variables predictivas son el recuento linfocitario total y hema-

**Figura 11**  
Regresión de CDC1 en Beta-2 Microglob.



**Figura 12**  
Regresión de CDC1 en Linfocitos Totales



tocrito. De la relación recuento linfocitario total y TCD4 se obtiene un coeficiente de correlación de 0.56 que refleja una correlación entre moderada y buena, con un coeficiente de determinación del 31.62%; en cuanto a hematocrito el coeficiente de correlación es de 0.45 (grado considerable de correlación). Cuando se utilizan ambas variables, cuenta total de linfocitos y hematocrito, el coeficiente de determinación aumenta al 43% lo que implica que ambas variables explican el 43% de la variación de TCD4.

Cuando aplicamos por categoría (CDC1, CDC2, CDC3), CDC1 y CDC3 con respecto a la variable independiente, cuenta linfocitaria total, tienen un coeficiente de correlación del 71% (buena correlación), es decir que en los polos extremos de la enfermedad, la capacidad predictiva de la variable recuento linfocitario total es mejor.

Si se realiza un modelo de regresión múltiple y agrupamos por categorías de CDC: hematocrito, cuenta total de linfocitos y  $\beta$ -2 microglobulina tienen un mejor coeficiente de correlación (0.80, 0.70, 0.61 respectivamente). Sin embargo la limitante para concluir que realmente los pacientes con recuento absoluto de células TCD4 mayor, tienen mayor cuenta total de linfocitos, hematocrito y menor  $\beta$ -2 microglobulina, es el número

de pacientes de esta categoría. En la selección de paso acertado, para la categoría CDC3 las variables que explicaron la variación de la variable dependiente fueron, cuenta linfocitaria total y  $\beta$ -2 microglobulina con un coeficiente de determinación del 42%.

En nuestro análisis los resultados fueron mejores para las categorías CDC1 y CDC3. En la categoría CDC3 el análisis ubica al 79% de los pacientes correctamente y en la CDC1 al 67%.

Resta por demostrar, si aumentando el tamaño de la muestra y teniendo un número equivalente de pacientes en cada categoría se reproducen y/o mejoran los resultados.

## CONCLUSIONES

- 1.- Las variaciones de los marcadores utilizados: recuento linfocitario total, hematocrito,  $\beta$ -2 microglobulina, estuvieron asociados con variaciones de TCD4, sin embargo, no sustituyen al TCD4.
- 2.- La capacidad predictiva de las variables: cuenta linfocitaria total y hematocrito sobre el recuento de células TCD4 fue mayor en la categoría CDC1 y el

recuento linfocitario total y  $\beta$ -2 microglobulina fueron mejores predictores de CDC3.

- 3.- La proteína C reactiva no se correlacionó con la cuenta de TCD4.
- 4.- Los resultados del estudio indican que el 70% de los pacientes con TCD4 menor de 200 céls/mm<sup>3</sup> tienen cuenta linfocitaria total menor de 1500 y que el 79% de los pacientes con TCD4 mayor de 200 tienen cuenta linfocitaria total mayor de 1500 céls/mm<sup>3</sup>.
- 5.- En nuestro medio la cuenta linfocitaria total, a pesar de no sustituir al TCD4, representa una buena alternativa para la toma de decisiones en terapia profiláctica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Strathdee SA; O'Shaughnessy MV, Montaner JS, Schechter MT. A decade of research on the natural history of HIV infection: Part I. Markers. *Clin Invest Med* 1996; 1:1,11-120.
- 2.- De Vita V.T, Hellman S, Rosenberg S. AIDS: Etiology, Diagnosis and Prevention. Lippincott-Raven Publishers. (Philadelphia). 1997. Fourth edit, capítulo 6,103-107.
- 3.- Blatt S.P, Lucey C. R., Butzin C., Hendrix C, Lucey D. R. Total lymphocyte count as a predictor of absolute CD4+ count and CD4+ percentage in HIV -infected persons. *JAMA* 1993; 269: 622-26.
- 4.- Post F, Wood R and Maartens G. CD4 and total lymphocyte counts as predictors of HIV progression. *Q.J.M.* 1996; 89: 505-508.
- 5.- Bruisten S. M., Frissen P.H.J, Harrigan P.R, Van Swieten P, Kinghorn I, Larder B, et al. Prospective longitudinal Analysis of viral load and surrogate markers in relation to clinical progression in HIV type - infected persons. *ADS Res Hum Retroviruses.* 1997; 13(4). 327-335.
- 6.- Carpenter C.J, Fischl M.A, Hammer S. M, Hirsch M.S, Jacobsen D.M, Katzenstein D.A, et al Antiretroviral therapy for HIV infection in 1997 *JAMA* 1997; 277: 1962-1969.
- 7.- Verhofstede C, Reniers S, Van Wanseele F, Plum J. Evaluation of proviral copy number and plasma RNA level as early indicators of progression in HIV- infection: correlation with virological and immunological markers of disease. *AIDS.* 1994; 8:1421-1427.
- 8.- Saag, M. S. Use of HIV viral load in clinical practice: Back to the future. *Annals of Internal Medicine.* 1997; 126: 12.983-85.
- 9.- Goletti d, Weissman D, Jackson R., Graham N, Vlahov D., Klein R. et al Effect of Mycobacterium tuberculosis on HIV replication. *The Journal of immunology.* 1996; 157: 1271-1278.
- 10.- Heng M., Heng S., Allen S., Co-infection and synergy of human immunodeficiency virus -1 and Herpes samples virus-1. *Lancet:* 1994;343: 255-258.
- 11.- Biet D, Cadranet J, Even P. Human immunodeficiency virus production by alveolar lymphocytes is increased during Pneumocystis Carinii pneumonia. *Am. Rev. Respir Dis* 1993; 148: 1308-1312).
- 12.- Denis M. and Ghadiran E. Mycobacterium , Avium infection in HIV-I infected subjects increases monokine secretion and is associated with enhanced viral load and diminished immune response to viral antigens. *Clin. Exp Immunology.* 1994; 970-976.
- 13.- Claydon E, Bennet J. Transient elevation of serum HIV antigen levels associated with intercurrent infection. *AIDS* 1991; 5: 113-118.
- 14.- Montaner J. S. Le T. Y. Crabb K. J and Shechter M. Application of the World Health Organization system for HIV infection in a cohort of homosexual men in developing a pronostically meaningful staging system. *AIDS.* 1992;6: 719-724.
- 15.- 1993 revised C.D.C. HIV classification system and expanded AIDS surveillance definition for adolescents and adults. *MMWR* 1992; 41:RR-17.
- 16.- Vanderbraune M. Colebunders R, Goeman J Alary M., Farber C.M, Kestens L .et al. Evaluation of two standing system for HIV infection for use in developing countries, *AIDS* 1993; 1613-1615.
- 17.- Loken MR., Stall .AM. Flow cytometry as an analytical and preparative tool in immunology. *J. Immunol Methods.* 1982; 50: 85-112.
- 18.- Colton T. Estadísticas en medicina. Salvat Editores, S.A. (España). 1979. Primera edición, capítulo 6; 197-225.
- 19.- Friedman G.D. Primer of epidemiology MacGraw-Hill (E.E.U.U.) 1989. Fourth edition, capítulo 12; 225-247.
- 20.- Narvaez B. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida. *Memorias. Año Louis Pasteur.* 1995: 24-28.
- 21.- Boletín de vigilancia epidemiológica. División SIDA-ETS/ M.S.A.S. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Venezuela. 1982, Junio de 1997.
- 22.- Lifson A ,Allen .S. Wolf W.; et al. Classification of HIV infection and disease in women from Rwanda. *Ann Intern Med.* 1993; 122: 262-270.
- 23.- Lifson A., Hessol N., Buchinder S. and Holmberg. The association of clinical conditions and serologic test with CD4. lymphocyte counts in HIV infected subjects without AIDS, *AIDS.* 1991, 5: 1209-1215.
- 24.- De G. Fleming T, Lin D. and Coombs R. Perspective: Validating Surrogate Markers-Are we being naive? *JID.* 1997: 175: 237-246.

# ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CONOCIMIENTO DEL PÚBLICO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN MEDIO SUBURBANO (HIPERTENSOS VS. NORMOTENSOS)

Efrain Sukerman Voldman\*, Ana Rita Rodríguez\*, Alaa Saab\*, Carmen Nuñez\*, Yelitza Rocca\*, y María Cristina Guardia\*

## RESUMEN:

Los autores analizan las respuestas de 500 personas interrogadas sobre la hipertensión arterial, en Centros Comerciales y Plazas Públicas de Guacara (Estado Carabobo, Venezuela) y comparan los resultados con un grupo similar de encuestados en la ciudad de Valencia (Venezuela). De los entrevistados en esta población suburbana, el 44.8% era hipertenso (conocidos o no como tal), hubo un 20.2% de falsos positivos y un 24.6% de falsos negativos. De los hipertensos conocidos el 56% se encontraba bajo vigilancia médica pero sólo el 29% había alcanzado la normotensión. 34% habían abandonado la terapia argumentando el costo de los medicamentos y el creer que ya estaban curados por ser asintomá-

ticos. El 54% tenía antecedentes de hipertensión en por lo menos uno de sus progenitores. El 50% de los fumadores y el 48% de los bebedores eran hipertensos. Fue más frecuente la hipertensión arterial en los varones, en los mayores de 50 años, los bebedores y fumadores y los que tenían el antecedente familiar de hipertensión. El porcentaje de respuestas correctas a las preguntas específicas sobre la enfermedad y sus consecuencias fue bastante alto (entre el 60 y el 90%). Comparando todos estos resultados con los obtenidos de personas del medio urbano, encontramos más hipertensos, más fumadores y más bebedores en el medio suburbano; el conocimiento sobre la enfermedad, sus consecuencias y el riesgo de abandonar la terapia fue más acertado en los hipertensos del medio urbano.

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial continua siendo un problema que atañe tanto a diversos médicos especialistas como al médico generalista; toda vez que en nuestro país, de acuerdo a proyecciones de lo reportado en trabajos nacionales<sup>1,2</sup>, se estima que cerca de 3.500.000 personas padecen o pueden llegar a padecer de tal entidad noso-

lógica. Más de la mitad de estos sujetos desconocen que la tiene. De ese 50% que se conoce como hipertenso, la mitad no lleva ningún control médico y peor aún, de los que están bajo vigilancia médica la mitad no ha conseguido disminuir sus cifras presóricas a valores normales<sup>3</sup>.

Dado que no hay, en la actualidad, el número suficiente de profesionales de la salud para atender un problema de tal magnitud se torna imprescindible encontrar nuevos métodos que permitan reducir el número de hipertensos que siéndolo no se conocen como tal, de aquellos que no están bajo tratamiento médico o lo han abando-

\* Servicio de Medicina Interna. Maternidad Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia, Edo. Carabobo.



nado y finalmente de quienes estando bajo terapia hipotensora no han revertido a la normotensión.

Dentro de estos métodos cabe destacar la educación, no sólo la masiva a través de los medios de comunicación social muy amplios en su cobertura (información) pero poco profundos (formación) en sus alcances prácticos, sino más bien circunscrita, combatiendo la desinformación tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes.

Para esto es preciso conocer dónde está esa información errada o insuficiente, que debe ser modificada de inmediato si queremos resultados significativos en la lucha contra este flagelo. Por este motivo decidimos estudiar el problema en un medio suburbano y comparar los hallazgos con lo obtenido en un estudio anterior realizado en un medio urbano.

## POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se entrevistaron 500 personas, mayores de 18 años, indiferentemente de su sexo, que circulaban por algunos Centros Comerciales y Plazas Públicas de la ciudad de Guacara (Estado Carabobo, Venezuela). Para cada uno de estos individuos se llenó un formulario con preguntas de respuesta cerradas, a la vez que se le tomaba la presión arterial en posición sentada luego de cinco minutos de reposo, utilizando para ello un esfigmomanómetro de mercurio previamente calibrado. De esta manera los individuos fueron clasificados como hipertensos cuando:

- a) se le encontraban cifras de presión diastólica igual o superior a 90 mm de Hg y/o presión arterial sistólica igual o superior a 140 mm (estuviese o no bajo tratamiento en ese momento)
- b) sus cifras de presión arterial se encontraban dentro de los límites normales pero se conocía a sí mismo como hipertenso y estaba tomando medicación hipotensora.

Las respuestas contenidas en los formularios fueron sometidas a un estudio estadístico, primero como un grupo global, luego separándolos en dos grupos: no hipertensos e hipertensos y estos resultados fueron comparados con un estudio similar realizado entre personas de la ciudad de Valencia (Venezuela).

## RESULTADOS

Entre los entrevistados hubo un discreto predominio del sexo masculino (51%); el 12% era menor de 30 años, un 53% estaba entre los 30 y 50 años de edad y el 35% restante eran mayor de 50 años. En cuanto al grado de instrucción, más del 65% tenían aprobado más de la mitad de los años de su educación secundaria, técnica o universitaria.

Cuando se les interrogó si se conocían como hipertensos, 183 (37%) respondió afirmativamente. Sin embargo, 37 de ellos tenían cifras de tensión arterial normal a pesar de no estar recibiendo tratamiento alguno (20.2% de falsos positivos). Por otra parte a 78 personas que no se conocían como hipertensas, se les halló cifras presóricas correspondientes a valores de hipertensión arterial (24.6% de falsos negativos).

Del total de la muestra en estudio 224 personas (44.8%) eran hipertensas. El 35% de estos hipertensos, para el momento de la entrevista, no sabían que lo eran. De los hipertensos conocidos (146) el 56% se encontraba bajo control médico (pero sólo 29% eran normotensos actuales), 45% tomaban algún medicamento hipotensor (el 30% de ellos había alcanzado la normotensión con el tratamiento). Los medicamentos hipotensores más empleados fueron los IECA (52%) betabloqueadores (23%) y calcioantagonistas (6.5%).

Un poco más de un tercio (34%) de los que habían recibido alguna vez medicación hipotensora, la habían abandonado para el momento de la entrevista. Los argumentos esgrimidos para tal actitud fueron:

- a) creer que ya estaban curados (31%),
- b) costo de los medicamentos (31%) y
- c) efectos secundarios desagradables o intolerables (13%).

El 54% de los 500 sujetos tenía antecedentes de hipertensión arterial en uno o ambos progenitores, con un ligero predominio en el antecedente materno (63%).

El 77% de los entrevistados fumaban más de 5 cigarrillos/día. De ellos el 50% presentó hipertensión arterial. Por otra parte 335 sujetos consumía alcohol más de una vez a la semana, de ellos el 48% eran compatibles con el diagnóstico de hipertensos.

Este grupo total fue subdividido en hipertensos (224) y no hipertensos (276) de acuerdo a la definición establecida en Pacientes y Métodos. Entre el grupo de hipertensos era más frecuente el sexo masculino, las edades comprendidas entre los 30 y los 50 años, la instrucción secundaria o superior, los fumadores, los consumidores de bebidas alcohólicas y las personas con antecedente familiar de hipertensión arterial. Las únicas diferencias importantes con el grupo de los no hipertensos fue el predominio femenino entre éstos.

Comparando los dos grupos estudiados hubo una proporción superior (cerca de 2:1) de mayores de 50 años en el grupo de los hipertensos que en los que no lo eran. El hecho de consumir bebidas alcohólicas como el fumar así como el antecedente familiar de la patología tuvo un porcentaje mayor entre los hipertensos (Cuadro I).

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas para el antecedente familiar de hipertensión (más riesgo de la patología entre los descendientes de hipertensos con un RR= 1.48 <1.85 <2.32 y una P <0.000001), el antecedente del consumo de cigarrillos (hay un riesgo mayor de hipertensión arterial entre los "fumadores" con un RR= 1.34 <1.84 <2.22 y una P <0.000001) y el antecedente del consumo de bebidas alcohólicas (hay un discreto riesgo mayor de hipertensión arterial entre los "bebedores" con un RR= 1.01 <1.26 <1.57 y una P <0.04).

**Cuadro I**

**Valor porcentual de algunas variables epidemiológicas entre el grupo de personas hipertensas y no hipertensas**

Variable	Hipertensos (162 casos)	No Hipertensos (338 casos)
Sexo Masculino	54.6%	47.1%
Mayores de 50 años de edad	46.6%	25.9%
Entre 30 y 50 años de edad	52%	55.3%
Instrucción Secundaria o Superior	64%	76.5%
Fumadores	86.2%	50%
Bebedores	71.8%	51.9%
Antecedente Familiar de HT	58.5%	45.9%

Para el análisis de las preguntas específicas de conocimiento sobre la enfermedad, dividimos el grupo entrevistado en los que se autocalificaban como hipertensos (n=183) y aquellos que se creían a sí mismos normotensos (n=316).

**Cuadro II**  
**Porcentaje de respuestas correctas a preguntas sobre hipertensión arterial en un grupo de normotensos e hipertensos**

Pregunta	Hipertensos (n=183)	Normotensos (n=316)
Cada cuanto tiempo debe controlarse la tensión arterial	27%	33%
Qué es la hipertensión arterial	51%	66%
Daños que causa la hipertensión	91%	86%
Cuando debe tratarse la hipertensión	60%	52%
Durante cuánto tiempo debe tratarse	64%	54%
Riesgos de no tratar la HT	91%	86%

Como puede verse en el Cuadro II el porcentaje de respuestas correctas a las interrogantes planteadas sobre hipertensión fue mayoritario en ambos grupos, salvo el concepto de cada cuanto tiempo debe controlarse el hipertenso. No hubo grandes diferencias entre ellos.

**Cuadro III**

**Valor porcentual de algunas variables epidemiológicas entre el grupo de personas hipertensas (conocidos como tal) de un medio urbano y un medio suburbano**

Variable	Valencia (n=162)	Guacara (n=224)
Sexo Masculino	64%	54.6%
Mayores de 50 años de edad	30.3%	46.6%
Entre 30 y 50 años de edad	43.2%	52%
Instrucción Secundaria o Superior	81.1%	64%
Fumadores	77.2%	86.2%
Bebedores	64.8%	71.8%
Antecedente Familiar de HT	53%	58.5%

Comparando los resultados del presente trabajo con uno anterior realizado por nosotros mismos<sup>3</sup> pudimos notar las siguientes diferencias (Cuadro III). Hubo una frecuencia mayor de hipertensos de sexo masculino, con instrucción de nivel de secundaria o superior en el medio "urbano" (Valencia); mientras que en el medio "suburbano" (Guacara. Estado Carabobo) había una frecuencia mayor de hipertensos de más de 30 años y especialmente mayores de 50 años, fumadores, con hábito de tomar y con antecedentes familiares de hipertensión.

En el Cuadro IV se compara el porcentaje de respuestas correctas a preguntas específicas sobre hipertensión arterial entre personas del medio urbano y del medio suburbano. Cabe destacar que en los hipertensos del medio urbano había un porcentaje mayor de res-

puestas correctas sobre los diversos tópicos interrogados, salvo a lo relativo al tiempo de intervalo entre los controles médicos.

**Cuadro IV**  
**Porcentaje de respuestas correctas a preguntas sobre hipertensión arterial en un grupo de hipertensos en un medio urbano y un medio suburbano**

Pregunta	Valencia (n=162)	Guacara (n=224)
Cada cuanto tiempo debe controlarse la tensión arterial	18%	27%
Qué es la hipertensión arterial	55%	51%
Daños que causa la hipertensión	90%	91%
Cuando debe tratarse la hipertensión	85%	60%
Durante cuánto tiempo debe tratarse	82%	64%
Riesgos de no tratar la HT	92%	91%

## DISCUSIÓN

Se sabe que un pequeño aumento de la presión arterial resulta en un importante aumento del riesgo de coronariopatía (de cerca del 30%) y en un 46% del riesgo de sufrir un accidente cerebro-vascular<sup>4</sup>. De igual manera se sabe que disminuir estas cifras tensionales puede significar una reducción de hasta el 42% en los accidentes cerebro-vasculares y de hasta un 14% en los accidentes coronarios<sup>5</sup>. En los Estados Unidos de Norteamérica, en el año de 1991, se encontró que cerca del 80% de los hipertensos sabían que lo eran y el 73% recibía medicación pero sólo el 21% había logrado la normotensión. Estas cifras son sensiblemente iguales a lo descrito recientemente por uno de nosotros<sup>3</sup> y por López<sup>6</sup> y colaboradores en 1996.

Continuamos entonces en la búsqueda de una respuesta que nos lleve a la solución del problema de lograr la disminución significativa de la morbi-mortalidad por hipertensión arterial, que persisten elevadas a pesar de todos los adelantos experimentados en la última década sobre el diagnóstico y particularmente sobre las medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas para esta patología.

La educación parece ser el eslabón perdido de esta disrupción en la evolución natural de la lucha contra una determinada enfermedad. Así nos lo dice un trabajo realizado en Brasil<sup>7</sup> donde se concluye que el nivel

presórico era inversamente proporcional al grado de conocimiento sobre su enfermedad; igualmente Iso y colaboradores en Japón<sup>8</sup> mostraron que con la simple educación sanitaria se podría reducir 5 mm de Hg la presión arterial; Dukatt<sup>9</sup> nos demuestra que de 220 hipertensos que siguieron un proceso educativo durante un mes, un 80% había reducido sus cifras tensionales y que esta reducción se sostuvo hasta 18 meses después y finalmente German<sup>10</sup> no encontró diferencias en el efecto benéfico de la educación si ésta se hacía individualmente o en grupos.

Examinando el conocimiento sobre hipertensión arterial de un grupo de 500 individuos que transitaban en sitios públicos de un medio suburbano, encontramos que cerca de la mitad de ellos (45%) eran hipertensos (conocidos o no), 35% no sabía que lo eran. De los conocidos como hipertensos, el 56% estaban en control médico y a su vez un 29% de éstos se encontraban normotensos para el momento de la encuesta. Redondeando las cifras podríamos resumir así el problema al cual nos enfrentamos: la mitad de los hipertensos no tienen idea de que lo son, de los que lo saben la mitad no está bajo control de un médico y de los que lo están la mitad no ha alcanzado la normotensión. Y lo peor es que estos hallazgos son sensiblemente iguales en el medio urbano<sup>3</sup>, en otros lugares del planeta<sup>11-13</sup> y en el tiempo en las dos últimas décadas<sup>14,15</sup>.

Dentro de los antecedentes epidemiológicos de importancia encontramos una diferencia muy significativa ( $P < 0.00001$ ) en lo que respecta al antecedente de hipertensión en los progenitores, en el porcentaje de fumadores y en el de bebedores, todos ellos mayores entre hipertensos que entre normotensos. De igual manera las cifras son mayores en los hipertensos del medio suburbano que en los del medio urbano. En lo que respecta al antecedente familiar de hipertensión tal predominio podría ser un artefacto estadístico por cuanto la hipertensión fue también discretamente (9%) mayor en el medio suburbano. En cuanto al mayor consumo de cigarrillo y de bebidas alcohólicas caben las siguientes explicaciones: rasgo cultural o menos conciencia entre las personas del medio suburbano, del daño que estos productos causan.

El riesgo del abandono de la terapéutica parece ser perfectamente conocido (más del 80% de respuestas acertadas), tanto por hipertensos como por normotensos e indiferentemente de ser provenientes de un medio ur-

bano o suburbano. Sin embargo este conocer no se traduce en saber, ya que el 34% de los que alguna vez habían recibido terapia hipotensora no lo continuaban haciendo para el momento de la encuesta, argumentando como causales el creer que ya estaban curados o el costo de los medicamentos (31% cada una) y en menor proporción (13%) la intolerancia medicamentosa. En estas razones no hubo diferencias con lo hallado en el medio urbano, exceptuando el que el costo de la terapia es más importante en el medio suburbano. Lo cual no es difícil de explicar si se toma en cuenta que el salario mínimo mensual para la época era de Bs. 15.000 y el costo mensual promedio de una terapia hipotensora con un solo medicamento genérico (IECA) estaba alrededor de los 6.000 Bs. En un país donde la economía informal y el trabajo ocasional alcanza a más del 30% de la población productiva y donde la seguridad social es una entelequia, esta desproporción de ingresos y gastos médicos no es más que un genocidio dosificado. Especialmente si aplicáramos el aforismo que: "más caro que tratar la hipertensión resulta el no tratar la hipertensión".

En cuanto al conocimiento propiamente dicho sobre la hipertensión arterial, encontramos que la pregunta con menor porcentaje de respuestas correctas, tanto en hipertensos como en normotensos, fue el cada cuanto tiempo debe controlarse la presión arterial. Para la mayoría de las personas la medición de la presión arterial sólo se justifica en la presencia de síntomas. Una situación similar encontramos en las respuestas de los hipertensos del medio urbano. Esto nos lleva a pensar que el novelesco epíteto de "el asesino silencioso" acuñado a la hipertensión arterial es vista por el público más como un eslogan publicitario que como un concepto real con sus implicaciones vitales para quien la padece.

Cuando comparamos el porcentaje de respuestas acertadas de las otras preguntas sobre los daños causados por la hipertensión y de las características de su tratamiento observamos cómo los hipertensos tenían un discreto conocimiento mayor que los normotensos pero significativamente menor que los hipertensos del medio urbano. Probablemente esta diferencia geográfica pueda explicarse por alguna de las siguientes razones: el nivel de instrucción de los pacientes y las oportunidades de aprender sobre su enfermedad de médicos especialistas en la misma.

Podemos concluir que no hay una respuesta única al problema de la desinformación y la falta de informa-

ción que sobre la hipertensión arterial parecen compartir pacientes y personal de la salud. Pero nos parece más grave aún el hecho de que a pesar de disponer de fármacos más eficaces, inocuos y de menor costo que hace dos décadas los porcentajes de pacientes bajo tratamiento que están normotensos no han superado lo alcanzado en esas épocas.

La comunicación bidireccional entre médico y paciente debe acarrear una mayor satisfacción de éste sobre los cuidados que se le prodigan, debe generar una aceptación total del plan terapéutico propuesto y finalmente una sustancial mejora del resultado esperado.

Obviamente la SVMI, el Comité Venezolano de Hipertensión Arterial de la Sociedad Venezolana de Cardiología y las autoridades del Ministerio de Sanidad deben abocarse con urgencia al establecimiento de una planificación programática que tome en cuenta las necesidades de los hipertensos como grupo así como las de los hipertensos individualmente considerados, para de esta manera incrementar la aceptación de un tratamiento que suele ser para toda la vida, de alto costo económico y no exento de efectos secundarios desagradables o definitivamente intolerables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Hernández R, Chacon L, Aguero R, Armas MJ, Armas MC. Estudio epidemiológico de la hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de 20 y más años en Barquisimeto. *Avanc Cardiol* 1995;15(3): 19.
- 2.- Colan J, Acosta J, Mancebo-Gómez JR y Col. Prevalencia de la hipertensión arterial diastólica. Una toma única en la población general de Venezuela. *Avanc Cardiol* 1996;16(4): 108-9.
- 3.- Sukerman-Voldman E, Paolini P, Sequera M, Guardia MC. Aspectos epidemiológicos y conocimiento del público sobre hipertensión arterial (hipertensos vs normotensos). 2. En un medio sub-urbano. Comparación con el medio urbano.
- 4.- MacMahon S, Peto R, Cutler J y Col. Blood pressure, stroke, and coronary hearth disease I. *Lancet* 1990;335: 765-74.
- 5.- Collins R, Peto: R, MacMahon S y Col. Blood pressure, stroke, and coronary hearth disease II. *Lancet* 1990;335: 827-38.
- 6.- López R, Torrealba JR, Serrano AJ, Teppa RJ, Uzcategui N, Azuaje C, Linares G. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y control de la presión arterial. *Avanc Cardiol* 1996;16(4): 148-9.
- 7.- Car MR, Pierin AM, A quino VL. Estudio sobre a influencia do processo educativo no controle da hipertensao arterial. *Rev. Esc. Enfermagem USP*. 1991; 25:259-69.

- 
- 8.- Iso H, Shimamoto T, Yokota K, Sankai T, Jacobs DR Jr, Komachi Y. Community-based education classes for hypertension control. A 1.5-year randomized controlled trial. *Hypertension*. 1996; 27:968-74.
  - 9.- Dukat A, Balazovjeh I. A 5-year follow-up of preventive approach to patients with essential hypertension. *J Hum Hypertens*. 1996 ;10 Suppl 3:S131-3.
  - 10.- German C, Heierle C, Zunzunegui MV, Contreras E, Blanco P, Ruiz E, Salas A.: El control de la hipertensión arterial en atención primaria: evaluación de un programa de autocuidados. *Aten Primaria*. 1994; 13:3-7.
  - 11.- Control de la hipertensión arterial en España, 1996. *Rev Esp Salud Pública*. 1996; 70:139-210.
  - 12.- Bursztyn M, Shpilberg O, Ginsberg GM, Cohen A, Stessman J. Hypertension in the Jerusalem 70 year olds study population: prevalence, awareness, treatment and control. *Isr J Med Sci*. 1996;32:629-33.
  - 13.- Burt VL, Whelton P, Roccella EJ y Col. Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the third national health and nutrition examination survey 1988-1991. *Hypertension* 1995; 25(3):305-13.
  - 14.- Gubaira J, Guevara R, Gutiérrez N, Herrera O, Infante M. *El asesino silencioso*. Edt. Sistemas Gráficos Fama SRL. Caracas, Venezuela. 1977.
  - 15.- Sukerman-Voldman E., Rigano F, González R., Rojas B., Posada M., Mota J. y Capote N.: *El Asesino Silencioso 10 años después*. *Gacet Med Caracas*. 1989;97: 223-8.

## **ENFERMEDAD DE CASTLEMAN REPORTE DE UN CASO, Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

*Elizabeth Hernández M.\* , Rita del Valle Bravo M.\* y Mario Patiño T.\*\**

### **RESUMEN**

Se discute el caso de paciente femenino de 24 años de edad con antecedente de convulsiones tónico clónicas dos años previos al inicio de su enfermedad caracterizada por cuadro poliarticular inflamatorio simétrico aditivo de grandes y pequeñas articulaciones, dificultad respiratoria progresiva hasta esfuerzos moderados, infiltración de tejido mamario y edema ascendente desde miembros inferiores, adenopatías generalizadas y síntomas musculares dados por mialgias y debilidad muscular a predominio proximal en quien el reporte anatomopatológico de ganglio linfático reportó: Enfermedad de Castleman. Esta entidad engloba un grupo heterogéneo de procesos linfoproliferativos poco frecuentes, de causa incierta y de probable etiología inmune o autoinmune con una hiperproducción de Interleuquina 6 por las células dendríticas foliculares y posiblemente otras células plasmáticas, en la cual se describen dos formas: la localizada y la multicéntrica, la última con un pronóstico desfavorable por la afección multisistémica con que se presenta. Se describe, además, que ninguno de los hallazgos histológicos son característicos de la enfermedad de Castleman ya que estas alteraciones pueden encontrarse en otras enfermedades autoinmunes (artritis reumatoidea, síndrome de Sjögren, etc.). Se realiza una revisión bibliográfica haciendo particular énfasis en la presentación multicéntrica de la enfermedad por la sin-

tomatología sistémica con la cual se presentó nuestro paciente.

### **ABSTRACT**

A 24 years old woman with a history of seizures two years before the beginning of her illness, characterized by polyarticular inflammatory syndrome of big and small joints, progressive dispnea until moderate efforts, mammary tissue infiltration and upward edema from lowers limbs, lymphadenopathies also muscular symptoms given by mialgias and proximal muscular weakness; the pathologic study of lymphatic node reported: Castleman's disease. This entity includes a heterogeneous group of lymphoproliferatives processes, not very frequent, of uncertain cause and of probable immune or autoimmune etiology with a hiperproduction of Interleuquina 6 for the dendritics foliculars cells and possibly other plasmatic cells, in which two forms are descried: one regional and the multicentric, the last one has a poor prognostic value for the multisistemic affection with which it is presented. None of the histologic findings are characteristic of Castleman's disease since these alterations can be present in other autoimmune diseases. We present a literature review with particular emphasis in the multicentric presentation of the illness.

\* Residente Postgrado Medicina Interna. Hospital Universitario de Caracas.

\*\* Profesor Medicina Interna. Hospital Universitario de Caracas.

## INTRODUCCIÓN

La descripción original de la enfermedad de Castleman la hizo Benjamín Castleman en una serie de 13 pacientes con masas mediastínicas asintomáticas diagnosticadas en su mayoría por radiografías de rutina que no podían ser consideradas ni neoplásicas ni de origen tímico por su estructura anatomopatológica<sup>1</sup>. Actualmente forma parte de un grupo de procesos linfoproliferativos poco frecuentes de probable origen inmune con hiperproducción de Interleuquina 6 se denomina también: hiperplasia angiofolicular linfoide multicéntrica poliadenopatía angiofolicular y plasmocítica y linfadenopatía plasmocítica idiopática con hipergammaglobulinemia policlonal. El espectro de la enfermedad engloba dos tipos histológicos (hialino-vascular y plasmocelular) y dos formas de presentación: localizada y multicéntrica. La presentación en forma localizada se comporta como una entidad benigna curable con resección quirúrgica y para la presentación multicéntrica se reporta un pronóstico desfavorable por el compromiso multisistémico<sup>2</sup>.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 24 años de edad, natural de Colombia y procedente de Caracas, casada sin hijos, ocupación oficios del hogar, asintomática hasta Abril de 1995, cuando inicia síndrome poliarticular inflamatorio simétrico y aditivo de grandes y pequeñas articulaciones (IFP, MCF, muñecas, codos, rodillas y tobillos), sin concomitantes motivos por los cuales consulta médico documentándose hiperuricemia y anemia, recibe tratamiento con alopurinol y AINES, evolucionando con períodos de remisión y exacerbación variables, concomitantemente refiere disnea a grandes esfuerzos. En Mayo de 1996 inicia con aumento de volumen en región laterocervical derecha, edema en MsIs, MsSs y bipalpebral que posteriormente se generaliza, se asocia fiebre diaria de 39°C a predominio vespertino, mialgias generalizadas, debilidad muscular proximal, disnea que progresa hasta el reposo por lo que consulta centro hospitalario recibiendo tratamiento sintomático y se le realiza biopsia de ganglio cervical que reportó: "infiltración capsular y parenquimatosa de células plasmáticas maduras, inmaduras y muchas de ellas atípicas" por lo que es referida al HUC. Pertinentes negativos: fotosensibilidad, rash malar úlceras mucosas, disfagia, Raynaud, trastornos sensitivos. Antecedentes de importancia: convulsiones tónico-clónicas en N° 4, última hace 2 años.

IIIG, IIA (I provocado, II espontáneos). Antecedentes familiares: no contributorios. Examen físico de ingreso: eupneica, hidratada, sin fiebre. TA: 120/80mmhg FC:80x' FR 14x'. Piel: infiltrada en MsSs con nódulos subcutáneos en tórax posterior. Pérdida de pliegues en tercio distal de dedos de ambas manos, acropaquia en manos, uñas en vidrio de reloj. Ojos: normal. ORL: normal. Adenomegalias laterocervicales, supraclaviculares, occipitales, axilares e inguinales, mayores de 1 cm, de consistencia aumentada. Mamas: muy voluminosas, con piel infiltrada, dolorosas a la palpación, sin secreciones. CP: normal. Abdomen: blando, doloroso en hipocondrio derecho, hepatometría: 13 cm en LMC. Osteoarticular: sin limitación ni deformidad: MsIs: edema pretibial. Fuerza muscular IV/V distal, cintura escapular y pélvica II/IV. A su ingreso en los paraclínicos se evidencia anemia normocítica, normocrómica, monocitosis, elevación discreta de AST, ALT, con LDH, fosfatasa alcalina normales, hipoproteinemia con aumento de globulinas VSG elevada (120 mm), VDRL y HIV negativos y en el examen de orina proteinuria (+), hemoglobina (4+), con proteinuria cuantitativa de 0,510 gr/24 horas con depuración de creatinina de 65cc/min y volumen 1550cc/24 horas (creatinina en orina 62,4). Pruebas inmunoreumatológicas ANA: patrón moteado 3+, anti-DNA negativo anti-Sm:1+, anti-RNP 1+, anti-RO 1+, anti-LA 1+, CH50: 86. C3 :30, C4: 10.ACA: IgG DO: 0,434 (V.N. menor o igual a 300), Ig M 0,244 (VN menor o igual que 0,700). Electroforesis de proteínas: patrón policlonal. Ecosonograma abdominal: hepato-esplenomegalia resto normal. Electromiografía y biopsia muscular: miopatía inflamatoria. Biopsia de mucosa labial: infiltrado inflamatorio linfocitario. Espirometría: patrón obstructivo moderado con disminución importante de la capacidad vital y alteración severa de la difusión de CO. Biopsia de Médula ósea: normocelular sin evidencia de neoplasia o enfermedad granulomatosa, cultivos BK y hongos negativos. Biopsia de ganglio linfático Hiperplasia linfoide gigante: Enfermedad de CASTLEMAN. Se decide debido al compromiso multisistémico, inicio de tratamiento esteroideo a razón de 1 mg/Kg. de peso con evidente mejoría del cuadro clínico manteniéndose tratamiento por 6 meses y se comienza disminución progresiva hasta 20 mgrs día reapareciendo lesiones cutáneas y debilidad muscular, consulta nuevamente en Marzo del 97 con infiltración del tejido mamario, edema en MsIs, debilidad muscular y disnea en reposo, portando además embarazo de 13 semanas, evidenciándose además síndrome nefrótico y glomerulonefritis, reiniciándose esteroides a 60mgrs día egresando con-

tra opinión médica, refiere mejoría clínica hasta el mes de Junio cuando por aumentar edema en MsIs, disnea y aparición de lesiones superficiales supurativas en miembro inferior izquierdo y fiebre de 39°C que no cedió con A TB automedicado decide consultar nuevamente portando embarazo de 28 semanas, se mantiene tratamiento con esteroides a igual dosis ASA 100 mg/día, heparina 5000 Uds. vía subcutánea BID (por imposibilidad de cumplimiento de heparina de bajo peso molecular) con monitoreo fetal frecuente por el servicio de neonatología y se inicia inducción de maduración pulmonar fetal según esquema de perinatología. El día 04/07/97 hace ruptura prematura de membranas y es trasladada a sala de partos manteniéndose conducta expectante pero en vista de disminución de movimientos fetales, disminución de presión arterial y ascenso de cuenta blanca se decide realización de cesárea segmentaria obteniéndose producto vivo que permaneció en UTIN con evolución favorable. La paciente egresa en tratamiento con esteroides, ASA, warfarina, captopril 12,5mgrs v.o. día quedando pendiente la realización de biopsia renal y esterilización quirúrgica.

## DISCUSIÓN

La identificación de la enfermedad de Castleman multicéntrica o sistémica se basa en cuatro criterios clínico patológicos:

- 1.- Criterios histopatológicos de enfermedad de Castleman de tipo plasmocelular, en la mayoría de los casos.
- 2.- Presentación clínica como una enfermedad predominantemente linfadenopática.
- 3.- Evidencia de afección multisistémica.
- 4.- Naturaleza idiopática<sup>2</sup>.

Histológicamente los ganglios afectados suelen mostrar un patrón compatible con el tipo plasmocelular de Keller et al<sup>3</sup> o un tipo mixto<sup>4</sup>. En ellas se observa una hiperplasia folicular florida con capas de células plasmáticas en la región interfolicular, sin presentar alteraciones vasculares prominentes del tipo hialino vascular; se han descrito casos con presencia de alteraciones vasculares similares al tipo hialino vascular y algunos inmunoblastos suelen ser de naturaleza policlonal.

Ninguna de las características histológicas descritas es diagnóstica per se de enfermedad de Castleman ya que estas alteraciones histológicas pueden encontrarse en el contexto de enfermedades autoinmunes (artritis reu-

matoidea, síndrome de Sjögren y en inmunodeficiencias tanto congénitas como adquiridas). las alteraciones de los ganglios linfáticos abarcan por una parte alteraciones puramente reactivas y por otra los linfomas. Entre estos dos extremos se sitúan los trastornos linfoproliferativos denominados atípicos<sup>5</sup>. La forma multicéntrica o sistémica de la enfermedad de Castleman se engloba entre estos procesos linfoproliferativos atípicos junta con la linfadenopatía angioinmunoblástica los procesos linfoproliferativos en los receptores de trasplante y las proliferaciones inmunoblásticas policlonales, los cuales representan proliferaciones linfoides de probable naturaleza reactiva en el contexto de un sistema inmunitario defectuoso, lo cual facilita su evolución hacia un proceso monoclonal. las características histológicas de la enfermedad multicéntrica son esencialmente las de una respuesta proliferativa secundaria a una estimulación antigénica. Se cree que el estímulo proliferativo activa la capacidad de reacción de los linfocitos B produciéndose una disregulación de la producción de Interleuquina 6 (IL6) por los centros germinales<sup>6</sup>, la cual posee múltiples funciones: es un factor de crecimiento para las células B, facilita la diferenciación terminal de los linfocitos B en células plasmáticas, es además un pirógeno endógeno como la Interleuquina 1 (IL1), interviene en la hematopoyesis y estimula la producción por parte de los hepatocitos de reactantes de fase aguda como proteína C reactiva, fibrinógeno y velocidad de sedimentación globular. Se ha observado disminución de los linfocitos T con inversión del cociente CD4/CD8. Estas observaciones nos permiten comprender la enfermedad de Castleman multicéntrica o sistémica como un proceso linfoproliferativo de origen inmune o autoinmune con una hiperproducción de IL6 por las células dendríticas foliculares y posiblemente por otras células plasmáticas.

Según las tres series más importantes publicadas<sup>7,8,9</sup> la forma multicéntrica suele presentarse en pacientes con una edad media de 64 años (19 a 85 años) claramente superior a la de la forma localizada. La forma de presentación puede ser aguda pero más frecuentemente es subaguda. Los síntomas más frecuentes se centran en manifestaciones sistémicas como fiebre, pérdida de peso, astenia y sudores nocturnos que se presentan entre el 50 y el 95% de los pacientes, a la exploración física destaca la linfadenopatía multicéntrica en el 100% de los casos seguida de hepatoesplenomegalia en el 70%; síntomas menos frecuentes son erupciones cutáneas, a veces con prurito, edemas periféricos, artralgias, mial-



gias, queratoconjuntivitis seca y fenómeno de Raynaud. las alteraciones del sistema nervioso pueden presentarse inicialmente en un 15% de los casos, alcanzando el 30% durante la evolución de la enfermedad, destacando por su importancia la polineuropatía periférica sensitivo-motora en ocasiones graves o alteraciones del sistema nervioso central dando lugar a coma, convulsiones, afasia, disartria, alteraciones del campo visual y a veces un cuadro de pseudotumor cerebral<sup>10</sup>.

Las alteraciones analíticas más importantes son: anemia, hipergammaglobulinemia policlonal y elevación de la velocidad de sedimentación globular que se presenta prácticamente en todos los casos. La anemia es del tipo de la enfermedad crónica, pero puede existir en algunos casos un componente hemolítico autoinmune con una prueba de Coombs positiva con trombocitopenia discreta<sup>7,8,9</sup>; sin embargo se puede encontrar en algunos casos trombocitosis por efecto de la IL6. Son frecuentes las alteraciones de las pruebas hepáticas, afectación de la función renal con proteinuria, pudiéndose desarrollar un síndrome nefrótico con intensa hipoalbuminemia<sup>7,11</sup>. El curso clínico de la forma multicéntrica suele ser más agresivo que el de la forma localizada aunque su historia natural es impredecible: Existen casos con enfermedad benigna persistentes, otras con un curso episódico caracterizado por remisiones espontáneas y exacerbaciones, y finalmente casos con un curso muy agresivo y supervivencia corta<sup>12,19</sup>; en conjunto la supervivencia es pobre con un 50% de pacientes vivos después de un tratamiento eficaz con una media de 29 meses<sup>12</sup>.

En el curso evolutivo de la enfermedad pueden aparecer complicaciones tumorales entre el 15 y 20% de los casos. Los dos tipos de neoplasias más frecuentes son: el sarcoma de Kaposi y los linfomas no Hodgkin de células grandes o inmunoblásticas. La asociación descrita entre enfermedad de Castleman de tipo plasmocelular con el síndrome de Poems sugiere una conexión entre la presentación generalizada, las discrasias de células plasmáticas y la producción anormal de IL6.

Debido a que se trata de una enfermedad con curso impredecible las opciones terapéuticas han sido muy variadas; la reducción de la cantidad de tejido afecto podría ser suficiente para controlar los signos y síntomas sistémicos de la enfermedad. Los corticoesteroides consiguen remisiones completas duraderas<sup>3,7,8,9</sup> y son considerados por algunos autores como elección. Toman-

do en cuenta los riesgos potenciales del tratamiento esteroideo y habiéndose descrito hasta la fecha 8 casos que presentaron sarcoma de Kaposi después del inicio del tratamiento se debe valorar cuidadosamente la indicación del tratamiento y el seguimiento del paciente.

Otra opción terapéutica es la quimioterapia<sup>7,8,9</sup> se han usado fármacos como la ciclofosfamida, alcaloides de la Vinca, o combinaciones activas como los esquemas CHOP, CVP, consiguiéndose control de la enfermedad con remisiones completas duraderas. La más reciente alternativa es el desarrollo de un anticuerpo monoclonal que tiene la particularidad de neutralizar la IL6 con la cual se requieren más experiencias in vivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Castleman B; Iverson L; Menendez V. Localized mediastinal Lymphoide hyperplasia resembling thymoma. *Cancer* 1956; 9:822-30.
- 2.- Ribas A; Ribas M. Enfermedad de Castleman multicéntrica *Sangre* 1995;40(5):401-406.
- 3.- Keller A; Hochhdzer L; Castleman B. Hyaline vascular and plasma cell types of giant lymph node hyperplasia of mediastinum and other locations. *Cancer*. 1972;29:670-81.
- 4.- Peterson B; Frizzera G. Multicentric Castleman's disease. *Semin Oncol* 1993; 20:636-47.
- 5.- Frizzera G. Atypical lymphoproliferative disorders. *Neoplastic Hemopathology*. Williams Wilkins. 1992: 459-95.
- 6.- Leger M; Peuchmaur M; Devergne O; Audouin Van Dame. Interleukin-6 gen expression in Castleman's disease. *Blood* 1991; 78:2923-30.
- 7.- Weisemburger D; Nathwani B; Winberg C; Rappaport H. Multicentric angiofollicular Lymph node hyperplasia: A clinicopathologic study of 16 cases. *Hum pathol* 1985;16:162-72.
- 8.- Frizzera G; Peterson B; Bayrd E; Goldman A. A systemic lymphoproliferative disorder with morphologic features of Castleman's disease: clinical findings and clinicopathologic correlations in 15 patients. *J Clin Oncol* 1985;3:1202-16.
- 9.- Kessler E. Multicentric giant Lymph node hyperplasia. A report of seven cases. *Cancer* 1985;56:244-51.
- 10.- Gianarjis P; Leestma J; Cerullo L; Butler A. Castleman's disease manifesting in the central nervous system: case report with immunological studies. *Neurosurgery* 1985;24:608-13.
- 11.- Alegre J; Tovar J; Galicia M; Ortega A; Pahissa A; Fernández T. Hiperplasia angiofollicular linfoide multicéntrica, variante plasmocelular con nefropatía por depósito de cadenas ligeras. (Letter). *Rev. Clin Exp* 1988;8:443-44.
- 12.- Frizzera G. Castleman's disease and related disorders. *Semin Diagn Pathol* 1988;5:346-64.