



Vol. 5 Num1
Enero-Abril 2011

**PUBLICACION DEL
INSTITUTO DE DESARROLLO
FAMILIAR INTEGRAL Y
SOCIAL DEL PERU**
www.idefiperu.org

**Publicación Internacional de
Periodicidad Cuatrimestral**
ISSN 2223-8166



EDITORIAL

El Modelo de Atención Integral de Salud de Perú y el Proceso de Conversión del Conocimiento

The Peruvian Comprehensive Care Model and the Knowledge Conversion Process

Miguel A. Suárez-Bustamante (Universidad Peruana Cayetano Heredia).

PUNTO DE VISTA

El Sistema de Salud en el México del Siglo XXI. Su Estado Frente al Desarrollo Sustentable

Health System in Mexico of the XXI Century. Facing the Sustainable Development.

Francisco Javier Espinoza-Peña (Universidad de Guadalajara, México)

RESEÑA HISTÓRICA EN MEDICINA FAMILIAR

35 Años de la Medicina Familiar en la Caja Nacional de Salud de Bolivia

35 Years of Family Medicine in the National Health Fund of Bolivia

Miguel Angel Suárez-Cuba (Caja Nacional de Salud de Bolivia)

REVISIONES

Abordaje Diagnóstico del Paciente Adulto con Ictericia Colestásica

Diagnosis Approach in the Colestatic Jaundice Patient

Gilberto López Hernández, Carlos Ruelas Martínez (Universidad de Guadalajara, México)

FASCÍCULO DE EDUCACIÓN CONTINUA

Como Preparar un Currículo por competencias para Especialistas en Medicina Familiar y Atención Primaria.

How to prepare a Competence-Based Curricular Program to Family Medicine and Primary Health Care Specialists.

Miguel A. Suárez-Bustamante (Universidad Peruana Cayetano Heredia).

INVESTIGACIONES ORIGINALES

Resiliencia y Mecanismos Protectores en Parejas de Alcohólicos de un Grupo de Ayuda Mutua para Usuarios de Atención Primaria, en la Ciudad de México, México.

Resilience and Protective Mechanisms in alcoholic's couples of a self-help group focused in Primary Health Care users, in Mexico City, Mexico.

Mariela García Urrea, Omar Fernando Ramírez de la Roche (Univ. Nac. Autónoma de México).

Alteraciones del Lenguaje en Niños del Occidente de México/

Speech-Language Disorders in Children of West of Mexico.

Miguel Valeriano Vázquez, María del Rosario Méndez Ramírez, Xochiquetzal Hernández López, Rafael Bustos Saldaña. (Universidad de Guadalajara, México)

Miopatía Inflamatoria Juvenil Idiopática: Reporte de Caso en el Primer Nivel de Atención Médica y Revisión de la Literatura.

Juvenile Inflammatory Idiopathic Myopathy: Case Report of Primary Health Care and Bibliographic Review.

Fabián Alejandro Chávez Lemus, Jaime Eduardo Guzmán Pantoja, Elsa Armida Gutiérrez Román, Lorenzo Manuel Vázquez Vidaurre.



INSTITUTO DE DESARROLLO
INTEGRAL FAMILIAR
(IDEFI PERU)

www.idefiperu.org

Reg. Pub.: 11699811
e-mail: idefiperu@idefiperu.org

Correspondencia científica:
Noticias, Cartas, Anuncios, etc.
mpaejournal@idefiperu.org

Correspondencia Institucional
postmaster@idefiperu.org
Secretaria@idefiperu.org

COPYRIGHT

Hechos los depósitos de ley para registrar los nombres, formatos y logos de MPA e IDEFIPERU.

ISSN: 2223-8166

Este es un documento de publicación abierta, que puede ser utilizado, distribuido y reproducido por cualquier medio, siempre que no sea para fines comerciales y el trabajo original sea convenientemente citado.

Para suscribirse gratuitamente basta con enviar un e-mail a la dirección mpaejournal@idefiperu.org, con el asunto: "Subscribir revista", y ella le será enviada por e-mail.

INFORMACIÓN SOBRE MPA – e-Journal

La información sobre MPA – e-Journal puede ser consultada en:
www.idefiperu.org/mpa.html

INFORMACIÓN SOBRE RAMPA (Revista predecesora)

La información sobre RAMPA puede ser consultada en:
www.idefiperu.org/rampa.html



CONSEJO EDITORIAL CENTRAL

Editor principal:

Dr. Miguel A. Suárez Bustamante. (Perú).

Coeditor:

Dr. Arnulfo Irigoyen Coria (México)

Coeditores Ejecutivos:

Dr. Rafael Bustos Saldaña (México)

Dr. Arturo Jurado Vega (Perú)

Editoras Ejecutivas:

Dra. María José Gimeno T. (España)

Dra. Laura Baillet Esquivel (México)

Asistente de Edición

Dr. Rafael Dominguez Samames (Perú)

CONSEJO EDITORIAL ASOCIADO

Editores Asociados (en orden alfabético del apellido)

Dr. Adrian Eduardo Alasino (Argentina)

Dr. Jorge Bernstein (Argentina)

Dra. M. Sofía Cuba Fuentes (Perú)

Dr. Antônio Carlos G. Espirito Santo (Brasil)

Dr. Carlos García Zavaleta (Perú)

Dr. Gilberto López Hernández (México)

Dr. Nicanor Pinto (Brasil)

Dr. Fernando Poblete A. (Chile)

Mag. Omar Ramírez de la Roche (México-Colombia)

Dr. Miguel A. Suárez Cuba (Bolivia)

Dr. Francisco Tejada Reátegui (USA-Perú)

Dr. Raúl Urquiza (Argentina)

Dra. Cecilia Llorach C. (Panamá)

GRUPO DE REVISORES

Dra. Sylvia Shellenberger (USA)

Dra. Lilia González C. (Cuba)

Dra. Ralyma Marquez M. (Venezuela)

Dr. Miguel Salcedo L. (Perú)

Otros distinguidos revisores

El Instituto de Desarrollo Familiar, Integral y Socia del Perú (IDEFIPERU) es una organización no gubernamental que trabaja en temas relacionados a la salud de la persona, la familia y la comunidad desde el año 2004. MPA – e-Journal Internacional de Medicina Familiar para la Atención Primaria de Salud, reemplazó en el año 2008 a la Revista de Atención Integral de Salud y Medicina Familiar para equipos de Atención Primaria (RAMPA). Como su predecesora, MPA–e-Journal publica, bajo un proceso interno de arbitraje de expertos, los aportes de profesionales, técnicos, investigadores, profesores y estudiantes de ciencias de la salud que trabajan en campos relacionados a la Atención Primaria de Salud.

MPA–e-Journal es una publicación de acceso abierto, sin costo de suscripción y descarga libre a texto completo. En tal medida, MPA–e-Journal cuenta con su propio sitio interactivo en INTERNET (<http://idefiperu.org/mpa.html>) donde se ofrece acceso gratuito a todo su contenido.

MPA–e-Journal presenta materiales relacionados a la investigación, enseñanza y gestión de la práctica asistencial y trabajo comunitario en los campos clave de la revista: Atención Primaria de Salud, Atención Integral de Salud, Medicina Familiar, y sus múltiples disciplinas relacionadas. Se incluyen tanto resultados de trabajos científicos, como textos con bases y planteamientos conceptuales debidamente fundamentados en la literatura académica disponible.

Los contenidos son presentados en Español, Portugués o Inglés, sin restricciones, dependiendo del idioma materno de los autores.



Vol. 5 Núm 1
Enero-Abril 2011

MPA – e-JOURNAL DE MEDICINA FAMILIAR
Y ATENCION PRIMARIA INTERNACIONAL



Indice General

NOTICIAS

Congresos y Eventos de Medicina Familiar
y Atención Primaria.....49

ANUNCIOS

Notas Institucionales sobre Medicina Familiar
y Atención Primaria.....51

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

Instrucciones.....53

Nuestra Portada:

Múltiples facetas, un solo objetivo
Lic. Alicia S. Yazzi.

En lo que quiera que nos desempeñemos,
dando asistencia directa, investigando, haciendo
docencia o trabajando con la comunidad, no
debemos de perder de vista nuestro objetivo es
la salud de la gente.

INVESTIGACIONES ORIGINALES

Resiliencia y Mecanismos Protectores en Parejas de Alcohólicos de un Grupo
de Ayuda Mutua para Usuarios de Atención Primaria, en la Ciudad de México,
México.....7
Mariela García Urrea, Omar Fernando Ramírez de la Roche.

Alteraciones del Lenguaje en Niños del Occidente de
México.....13
Miguel Valeriano Vázquez, María del Rosario Méndez Ramírez, Xochiquetzal Hernández López, Rafael Bustos
Saldaña.

REPORTE BREVE

Miopatía Inflamatoria Juvenil Idiopática: Reporte de Caso en el Primer Nivel de
Atención Médica y Revisión de la Literatura.....19
Jaime Eduardo Guzmán-Pantoja, Elsa Armida Gutiérrez-Román, Denisse Rocío García-Figueroa, Francisco
Valadez-Toscano.

APORTES CIENTÍFICOS A LA DOCENCIA E INVESTIGACION EN MEDICINA FAMILIAR Y ATENCIÓN PRIMARIA

EDITORIAL

El Modelo de Atención Integral de Salud de Perú y el Proceso de Conversión del
Conocimiento.....1
Miguel A. Suárez-Bustamante.

PUNTO DE VISTA

El Sistema de Salud en el México del Siglo XXI. Su Estado Frente al Desarrollo
Sustentable.....27
Francisco Javier Espinoza-Peña

ACTUALIZACIONES Y REVISIONES

Como Preparar un Currículo por competencias para Especialistas en Medicina
Familiar y Atención Primaria.....31
Miguel A. Suárez-Bustamante.

RESEÑA HISTÓRICA EN MEDICINA FAMILIAR PUNTO DE VISTA

35 Años de la Medicina Familiar en la Caja Nacional de Salud de Bolivia.....41
Miguel Angel Suárez-Cuba

CARTAS AL EDITOR

Abordaje Diagnóstico del Paciente Adulto con Ictericia Colestásica.....45
Gilberto López Hernández, Carlos Ruelas Martínez



Vol. 5 Núm 1
Enero-Abril
2011

MPA – e-JOURNAL DE MEDICINA FAMILIAR
Y ATENCION PRIMARIA INTERNACIONAL



Contents

NEWS

Congresses of Family Medicine.....49

ANONCEMENTS

Family Medicine Institutions.....51

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Instructions.....53

ORIGINAL RESEARCH

Resilience and Protective Mechanisms in alcoholic's couples of a self-help group focused in Primary Health Care users, in Mexico City, Mexico.....7
Mariela García Urrea, Omar Fernando Ramírez de la Roche.

Speech-Language Disorders in Children of West of Mexico.....13
Miguel Valeriano Vázquez, María del Rosario Méndez Ramírez, Xochiquetzal Hernández López, Rafael Bustos Saldaña.

Juvenile Inflammatory Idiopathic Myopathy: Case Report of Primary Health Care and Bibliographic Review.....19
Jaime Eduardo Guzmán-Pantoja, Elsa Armida Gutiérrez-Román, Denisse Rocío García-Figueroa, Francisco Valadez-Toscano.

Scientific contributions to Teaching and Research in Family Medicine and Primary Health Care

EDITORIAL

The Peruvian Comprehensive Care Model and the Knowledge Conversion Process..1
Miguel A. Suárez-Bustamante.

POINT OF VIEW

Health System in Mexico of the XXI Century. Facing the Sustainable Development.27
Francisco Javier Espinoza-Peña

UPDATES AND REVIEWS

How to prepare a Competence-Based Curricular Program to Family Medicine and Primary Health Care Specialists.....31
Miguel A. Suárez-Bustamante.

HISTORICAL NOTE IN FAMILY MEDICINE AND PRIMARY HEALTH CARE

35 Years of Family Medicine in the National Health Fund of Bolivia41
Miguel Angel Suárez-Cuba

LETTERS TO EDITOR

Diagnosis Approach in the Cholestatic Jaundice Patient.....45
Gilberto López Hernández, Carlos Ruelas Martínez

MPA – INTERNATIONAL e-JOURNAL OF FAMILY MEDICINE AND PRIMARY HEALTH CARE .

(Quarterly publication of IDEFIPERU, replacement of REVISTA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD Y MEDICINA FAMILIAR PARA EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (RAMPA)

The Development Comprehensive, Social and Family Peruvian Institute is a non governmental organization working in persons, family and community health since 2004. This e-Journal replaced in 2008 the *Revista de Atención Integral de Salud y Medicina Familiar para equipos de Atención Primaria (RAMPA)*. Like its predecessor, MPA-e-Journal publishes, with an intern and extern peer-review process, contributions of health science professionals, technicians, researchers, professors and students working on Primary Health Care related fields.

MPA-e-Journal is an open access with no subscription cost and free full text publication. MPA-e-Journal has its own interactive website (<http://idefiperu.org/mpa.html>), where its full contents are available for downloading free of cost.

MPA-e-Journal contains materials related to research, teaching, practice management and community service in the Journal's key fields: Primary Health Care, Comprehensive Care, Family Medicine, and related knowledge areas. MPA-e-Journal accepts not only research reports but also conceptual papers, only if they are based on academic literature.

Articles are presented in Spanish, Portuguese or English, without restrictions, depending on authors original language.



Editorial

El Modelo de Atención Integral de Salud de Perú y el Proceso de Conversión del Conocimiento

The Peruvian Comprehensive Care Model and the Knowledge Conversion Process

RESUMEN

Miguel A. Suárez-Bustamante,
[Méd.Dr., MF, Mag.Sal.Púb.*](#)

Introducción: En el año 2003 se formuló el primer documento marco del Modelo de Atención Integral Peruano. En los años sucesivos se experimentó una notable dificultad para la implementación de esta política. El año 2011, a pesar de los importantes pedidos de normatividad complementaria para implementar mejor el modelo, se formuló un nuevo documento marco, que en su contenido nuclear no difiere mucho del primer documento del año 2003.

Objetivos: Reflexionar sobre cómo puede incrementarse la viabilidad de la implementación de una Reforma Sanitaria como el Modelo de Atención Integral Peruano cuando hay una adecuada gestión del conocimiento, que respalda su formulación/ejecución empleando herramientas complementarias como áreas vitrina, entrenamiento en servicio y otros aspectos que favorecen el Proceso de Conversión del Conocimiento.

Temas abordados: Dificultades en la implementación del Modelo de Atención Integral Peruano. Análisis comparativo entre los documentos de política del año 2003 y 2011. Etapas para la conversión entre el conocimiento explícito y tácito, y construcción de la denominada Espiral del conocimiento. Relación entre las propuestas del Proceso de Conversión del Conocimiento y el éxito en la implementación de políticas de Reforma Sanitaria como el Modelo de Atención Integral Peruano.

Descriptor: Atención Primaria de Salud, Reformas de Salud, Atención Integral, Proceso de Conversión del Conocimiento.

Documento de posición editorial no sujeto a arbitraje.

MPA e-j. med.fam.aten.prim.int. 2011, 5 (1): 1-6

Este artículo está disponible en www.idefiperu.org/mpa.html

Filiación del Autor:

*Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Facultad de Medicina, Residencia y Maestría de Medicina Familiar, Lima, Perú. Universidad San Antonio de Abad, Residencia de Medicina Familiar, Cusco, Perú (Prof. Invitado). Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU), Lima, Perú.

Méd.Dr.: Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar. Mag.Sal.Púb.: Magíster en Salud Pública.

Correspondencia para el autor: Dr. Miguel Suárez B: miguazuarezb@yahoo.com



ABSTRACT

Introduction: In 2003 was formulated the first framework document of the Peruvian Comprehensive Care Model. In the next years, it was happened serious difficulties to implement this health politics. In 2011, despite to the important claims for complementary norms to help to implement this politics, it was formulated a new framework document, that in his core content it was not very different of his first 2003 version.

Objectives: To reflect about how could be more viable, the implementation of a Health Reform like the Peruvian Comprehensive Care Model, when there are an adequate Knowledge Management. Especially if this management promote complementary tools like pilot areas, service training, and other aspects that reinforce the Knowledge Conversion Process.

Reviewed topics: Peruvian Comprehensive Care Model difficulties of implementing. Comparative Analysis between framework documents of 2003 and 2011. Steps to the Conversion between explicit and tacit Knowledge. Building of the Spiral of Knowledge. Relationship between the Knowledge Conversion Process and the success in the Health Reforms Implementation like the Peruvian Comprehensive Care Model.

Keywords: Primary Health Care, Health Reforms, Comprehensive Care, Knowledge Conversion Process

En la época actual, diversos países vienen desplegando esfuerzos para desarrollar modelos de Reforma Sanitaria en los ámbitos financiero, organizativo y de prestaciones o asistencial, teniendo como eje central a las personas, y bajo un esquema de aseguramiento universal [1-4]. En el Perú de la primera década del milenio, un pilar de dicha reforma fue el desarrollo de un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) a la medida de las necesidades de la población, empleando como referente

el Documento Marco aprobado en el año 2003 [5]. Recientemente, con Resolución Ministerial RM464-2011/MINSA del 14 de Junio del 2011, se aprobó un nuevo Documento Marco titulado Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), el cual busca reemplazar al desarrollado en el 2003 [6].

Si bien es cierto que el documento del 2011 trae un conjunto amplio de elementos informativos concernientes a los avances del Ministerio de Salud en una década, y elementos conceptuales múltiples que respaldan sus acciones, cuando nos concentramos específicamente en las pautas relacionadas al desarrollo del nuevo modelo de salud, una mirada sistemática a las normativas del 2003 y 2011, no muestra variaciones substanciales entre ellas. Así, al igual que para el MAIS, el objetivo prioritario del MAIS-BFC era asegurar un conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando de manera coherente, garantizarán la atención a la persona, la familia y la comunidad, satisfaciendo sus necesidades de salud dentro del marco de las políticas del Ministerio de Salud [7,8]. En ese sentido, tanto el MAIS como el MAIS-BFC buscan constituir a la persona y la familia como el centro del modelo de prestaciones o asistencial, resaltando el abordaje por etapas de vida en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, reconociendo a los individuos en su multidimensionalidad como seres biopsicosociales, y priorizando el abordaje de la familia, entendida como una unidad que va más allá de la suma de sus miembros. Igualmente, en ambas normas se enfatiza la búsqueda de la universalidad en el acceso, equidad, eficiencia y respeto a los derechos de las personas, así como la continuidad en la atención, favoreciendo una adecuada referencia y contrarreferencia entre servicios y establecimientos. Además, tanto en los Documentos Marco del MAIS como en el del MAIS-BFC se resalta la necesidad de incorporar intensivamente a la comunidad y el entorno, pues encarnan la realidad de las personas, promoviendo la participación y promoción de la ciudadanía, la descentralización y el abordaje intersectorial. Adicionalmente, en ambas normativas se plantean los



mismos cuatro componentes con aproximadamente las mismas características delineadas para la implementación: Provisión, Organización, Gestión y Financiamiento. Además, como puede verse en las figuras 1 y 2, los esquemas centrales que resumen las declaraciones de intenciones de ambos Documentos Marco son prácticamente idénticos, dado que apenas se reemplaza en el del MAIS-BFC los términos “Estrategias Sanitarias Nacionales...” por el de “Determinantes ...” y el de “Programas de Atención Integral...” por “Paquetes...”. Fuera de estas diferencias poco substanciales, dado que el documento del MAIS ligaba las Estrategias Sanitarias Nacionales a los determinantes de salud, y los Programas de Atención Integral a sus respectivos Paquetes, puede establecerse nítidamente que ambos referentes normativos no difieren en mayor medida [5,6].

Por el contrario, en el nuevo MAIS-BFC se omiten elementos críticos que deben aparecer en todo documento marco de un modelo. Al respecto, es importante esclarecer que los documentos marco de modelos de atención representan los mapas básicos para la reingeniería de los principales componentes de un Sistema de Salud bajo reforma, y por ello hay información que no puede dejar de ser abordada para que realmente sirva para poner los cimientos de un nuevo modo de desarrollar la Salud Pública en el país [9]. Ellos equivalen a un plano arquitectónico para la construcción de una nueva edificación, la que metafóricamente representa un revigorado Sistema de Salud. En consecuencia, todo documento marco de un modelo debe concentrarse en:

-Delinear cuales son las necesidades de salud de su población, en el momento y para los escenarios en los que el modelo será formulado. (¿Para qué se genera el modelo?).

-Proponer la reorganización del Sistema de Salud y sus intervenciones, definiendo que componentes, servicios, programas y demás que deberán desarrollarse, y explicitando bajo que orientación, se cubrirán las necesidades de salud previamente definidas (¿Cuál es el modelo?).

-Esclarecer que actores, considerando el contexto vigente del sector y la sociedad en general, harán posible desarrollar las acciones propuestas (¿Quién ejecutará el modelo?).

Siguiendo con el símil arquitectónico, debemos apreciar que así como para levantar toda edificación, el plano original debe acompañarse de un “expediente técnico”, el cual define el desarrollo de la construcción, los materiales, y otros aspectos relevantes, igualmente el Documento Marco de cualquier modelo de atención

requerirá un conjunto de manuales posteriores y guías específicos, para explicitarlo operativamente.

En este sentido, el documento del 2011, no define con detalle cuales serán las intervenciones sanitarias que constituirán el andamiaje estructural del nuevo sistema de salud al que se aspira [6] y tampoco especifica la oferta pública que se establecerá para responder a las necesidades de las personas. Esta última si se explicitaba en el Documento Marco del MAIS con el nombre de Cuidados Esenciales, y en una adaptación posterior de la Seguridad Social Peruana (ESSALUD), denominada cartera de servicios para la atención primaria de la seguridad social [10]. Adicionalmente, el nuevo MAIS-BFC tampoco venía con un “expediente técnico”, como el que sí fue plasmado para el MAIS en su momento [11], aun cuando debe explicitarse que en este caso, dicha normatividad complementaria fue insuficiente en cuanto a las diversas guías, instrucciones específicas, instrumentos detallados y manuales que deberían acompañarlos, o no contó con el necesario detalle explicativo [12].

Ahora bien, aunque se reconoce que ha sido muy pobre el avance en la implementación del MAIS desde su promulgación original [12], es bastante evidente que emitir un documento marco con tan pocas modificaciones, tendría un margen menor de impacto potencial para ayudar a la implementación de un modelo. La pregunta es: ¿Qué explica que en víspera de concluir una gestión gubernamental, se apruebe un nuevo Documento Marco para el MAIS que en esencia no añade modificaciones fundamentales sobre el texto anterior, en vez de profundizar en la normatividad complementaria que ayudaría a este fin?

Nosotros encontramos la explicación a esta interrogante, en la insuficiente valoración del denominado Proceso de Conversión del Conocimiento, desarrollado a fines del siglo pasado por Nonaka y Takeuchi [13]. Si bien esta teoría se define en el marco de la generación de conocimiento tecnológico para industrias de punta, esta puede adaptarse bien a la implementación de la Reforma Sanitaria que nos convoca,



dado que las normas son en esencia conocimiento institucional que debe ser recepcionado, asimilado, adaptado y aplicado, por cada uno de sus miembros. Simplificando, diremos que el Proceso de Conversión del Conocimiento propone una complementariedad fundamental entre el Conocimiento Explicito, expresado mediante elementos institucionales como normas o directrices, y el Conocimiento Tácito, consolidado en la propia práctica a través de la ejecución de lo normado y reflexión sobre la acción realizada. Cuando en la transición entre el conocimiento explícito y tácito, estos se retroalimentan entre sí, establecen un círculo virtuoso denominado “Espirale del Conocimiento”. Este proceso es denominado “Espirale” y no “Ciclo”, porque en la repetición iterativa de etapas entre un tipo de conocimiento y otro, no sólo transmiten o perfeccionan el elemento normativo procedimental desarrollado, sino que permiten su enriquecimiento por el sistema, alcanzando una calidad y detalles más refinados y de mayor profundidad [14].

A nuestro entender, muchas de las dificultades para la implementación de normas o directrices, como la del MAIS, reside en las múltiples restricciones presentes en las instituciones gubernamentales, que impiden desarrollar lo que Nonaka denominaba “Ba”: Contexto compartido donde el conocimiento es creado, distribuido y utilizado [15]. Como menciona un autor refiriéndose a escenarios institucionales de este tipo, en muchos entornos, la supremacía de la burocracia estructurante sobre la creatividad flexible —ambos elementos necesarios en toda institución, aunque en términos balanceados— impide una Conversión del Conocimiento espontánea, por lo que se requiere generar un entorno artificial que modifique este tipo de gestión del conocimiento [16]. Cuando estas condiciones no se dan, no opera en la práctica un proceso como el antes propuesto, confiándose en apenas dos etapas para la generación de conocimiento:

-Paso del Conocimiento Tácito a Explicito: Opera cuando el saber-hacer (know-how) práctico se transforma en disposiciones, normas o directrices concretas. Esto se desarrolla por ejemplo

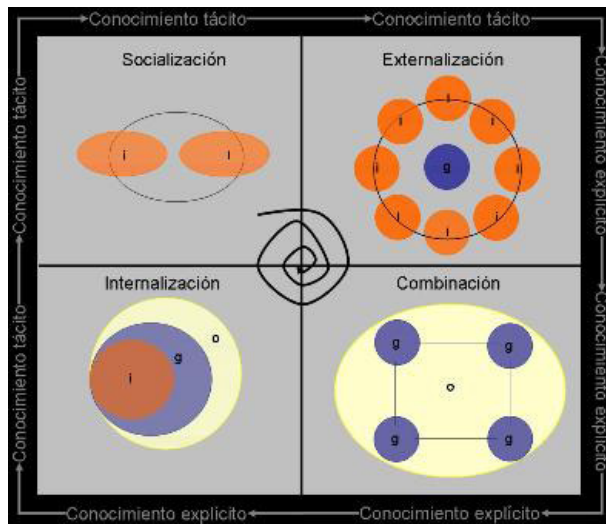
al convocar a representantes regionales para, a partir de una sistematización de su trabajo en diversas realidades, desarrollar conjuntamente la normatización de ciertos procesos que ellos dominan.

-Paso del Conocimiento Explicito a Explicito: Se establece cuando la normatización de procesos previamente desarrollada, se combina con otros conocimientos para formar normas o directrices a transmitirse a los niveles operativos para su aplicación directa. No necesariamente, esta etapa implica un seguimiento a lo normado hasta su implementación, centrándose apenas en garantizar una adecuada recepción de los elementos normativos previamente generados, por la población objetivo.

Para que un enfoque como este funcione, serían necesarias dos circunstancias ideales. Primeramente, evitar distorsiones al transferir el conocimiento tácito al explícito, lo cual es relativamente infrecuente incluso si fuese personal operativo experto en los procesos mismos, quienes decantasen el conocimiento para la norma —algo inusual, pues habitualmente se generan a través de intermediarios representantes de los niveles gerenciales regionales. El segundo requerimiento sería una relativa homogeneidad de realidades, que valide la norma para los diferentes contextos. Siendo difícil alcanzar el contexto ideal que requiere esta vía, no es infrecuente una pobre utilización y limitada efectividad en las directivas generadas. Como respuesta, es común que la única salida visible sea repetir la primera etapa, volviendo a desarrollar la norma, a veces incluso reemplazando la fresca del proceso inicial de recoger el conocimiento tácito de los operadores, por casquetes teorizadores o arreglos políticos que se espera, ayuden a alcanzar mejores logros. A nuestro juicio, algo semejante debe haber ocurrido entre el MAIS y el MAIS-BFC, cuando se repite el proceso de desarrollar la norma marco, antes de continuar profundizando en el desarrollo de conocimiento complementario que ayude significativamente a su implementación.

El abordaje anterior, limitado a sólo dos pasos, contrasta con la secuencia para la conversión del conocimiento propuesta por Nonaka y Takeuchi [13] (Ver figura 1). En dicho esquema puede verse una trayectoria espiral ascendente para el conocimiento generado, que pasa por las siguientes transformaciones:

Figura 1. Proceso de Conversión del Conocimiento y Concepto de espiral del conocimiento propuesto por Nonaka y Takeuchi.



Fuente: Base de datos de Wikipedia. Figura de uso público y uso irrestricto. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Espirale_de_conocimiento.jpg

-Paso del Conocimiento Tácito a Explícito:
Esta primera etapa del proceso, rotulada por los autores originales como “Externalización”, la adaptaríamos como la normalización de procesos en base al trabajo previo realizado. Aquí, quienes desarrollan la ejecución práctica —niveles operativos— funcionan como “expertos”, que empleando un lenguaje escrito y gráfico alimentarán con su experiencia y claridad acumulada, documentos que generalicen los procesos, llevándolos hacia otros equipos que nos los desarrollan cotidianamente.

Paso del Conocimiento

-Paso del Conocimiento Explícito a Explícito:
Es la etapa en la cual se combinan diversos contenidos de materiales escritos, ya sean directrices generadas en procesos anteriores, o modelos teóricos o evidencia complementaria, para constituirse en una normatividad definida. Esto que los autores originales denominan “Combinación”, puede también referirse a publicaciones complementarias más detalladas, que al constituir un agregado de disposiciones, se comportan como el “expediente técnico” de una norma marco, al cual nos referíamos previamente.

-Paso del Conocimiento Explícito a Tácito:
Cuando las normas o directrices son ejecutadas, la validación práctica decurrente, genera un subsecuente Conocimiento Tácito y Explícito que en la formulación original del enfoque fue denominada “Internalización”. Esta etapa del proceso, no sólo favorece una efectiva asimilación del conocimiento institucional por sus miembros individuales, sino que, al ser confrontados con la práctica, permite actualizar sus conocimientos y marcos teóricos, haciéndolos

más adecuados a la realidad.

-Paso del Conocimiento Tácito a Tácito:
Aprendizaje rutinario que ocurre a través de la experiencia misma ejecutando los procesos normalizados, y que opera en esta etapa denominada “Socialización” en la formulación original del enfoque. Así, por efecto de la asimilación individual de quienes aprendieron los procesos en cuanto los ejecutaban, es posible conseguir un desempeño adecuado en los procesos normalizados, incluso cuando nunca hubiesen tomado contacto con las normas o directrices, sino indirectamente.

-Paso del Conocimiento Tácito a Explícito:
Iterativamente, cuando se ha alcanzado un nuevo conocimiento tácito sobre lo que debe hacerse, el proceso puede influenciar nuevas normatizaciones a su vez explicitarán con mayor precisión, los procedimientos a implementarse. De este modo se completa el ciclo que al ir generando mayor valor, conducirá a la Espiral del Conocimiento, ya descrita.

De este modo, puede apreciarse que dentro del Proceso de Conversión del Conocimiento, tanto el conocimiento explícito como el tácito, interactúan entre sí y con la realidad varias veces, en una confrontación iterativa que conducirá a normas y directrices cada vez más sólidas y adecuadas a la realidad. Además, al ver la aplicación de una normatividad como generación de conocimiento, ampliamos los posibles abordajes para lograr su implementación —consiguiendo que el conocimiento impregne el sistema—, y que vaya más allá de lo inmediato hacia una construcción de la sostenibilidad en la implementación y expansión de lo normado [17].

Aplicando el enfoque al proceso de desarrollo normativo, veremos que ello implicaría insistir en que todas las normas con sus posteriores guías, directrices, manuales e instrumentos y con sus respectivos instructivos sean idealmente basadas en un real conocimiento operativo de la realidad —Paso del conocimiento tácito a explícito— buscando idealmente su enriquecimiento progresivo a través de un adecuado sustento teórico, y



respetando las líneas de aprendizaje de las experiencias vigentes. Además, en esta concepción, tan importante como generar la directriz, es impulsar que efectivamente se aplique a grande o pequeña escala, siendo importante será desarrollar entornos protegidos para lograr experiencias demostrativas, sedes piloto o áreas vitrina como las que se vienen desarrollando con limitado apoyo y desde hace algunos años en Perú [18-20] en las cuales se pueda apreciar en la práctica lo que la normatividad propone —Paso del conocimiento explícito a tácito. El establecimiento de dichas sedes, sumadas a experiencias de “entrenamiento en servicio” a través de rotaciones o pasantías, con una directa exposición del personal a capacitarse en los contenidos, las habilidades y los valores que las normas promueven ejecutar —Paso del conocimiento tácito a tácito— ayudaran a favorecer la concreción de las directivas en acción, y en consecuencia asegurar una adecuada transición entre la norma

general y un robusto detalle técnico producto del aprendizaje a través de su aplicación. Finalmente, será valioso contar con espacios de permanente reflexión y evaluación sobre la aplicación de la normatividad generada, dando facilidades para una adecuada cooperación entre las regiones en las cuales se vienen desarrollando dichos procesos, y así alcanzando una secuencia normativa potente, la cual se ramifica y amplía con la llegada de nueva información procedente de diversas fuentes —Paso del conocimiento explícito a explícito.

En conclusión, a partir de estas reflexiones nos queda claro que cuando en la implantación de un nuevo modelo de atención existen dificultades para su aplicación, como lo ha habido en el desarrollo del MAIS peruano que inspira este editorial, la respuesta no necesariamente pasa por generar otro Documento Marco sino por explotar las etapas en el Proceso de Conversión del Conocimiento previamente descritas. Esperemos que en sucesivas gestiones gubernamentales, esta responsabilidad no siga siendo postergada.

REFERENCIAS

- (1) Larizgoitia I. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy*. 1997; 41 : 121-37.
- (2) Martín-Zurro A. Sobre la reforma de la atención primaria en España: entre la autocrítica y las propuestas neoliberales. *Atención Primaria*. 1997; 19 : 105-7.
- (3) Martín-Zurro A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Atención Primaria*. 2000; 25 : 48-58.
- (4) WHO. *The World Health Report 2010. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization; 2010.
- (5) Perú Ministerio de Salud. *El modelo de atención integral*. Lima: MINSA; 2003.
- (6) Perú Ministerio de Salud. *Modelo de atención integral de Salud Basado en Familia y Comunidad*. Lima: MINSA; 2011.
- (7) Delgado-Arroyo RM, Delgado-Espinoza. El médico familiar, clave de la sostenibilidad de la Atención Integral de salud en el Perú. *RAMPA - Rev Aten Integral Salud y Med Fam*. 2006; 1 (2): 122-32.
- (8) Perú Ministerio de Salud. *Modelo de atención integral en salud permite encaminar reforma del sistema de salud*. 2011. citado en: 15 agosto 2011. Disponible en: <http://www.connuestroperu.com/ciencia-y-tecnologia/salud/37-ciencia-y-salud/18668-modelo-de-atencion-integral-en-salud-permite-encaminar-reforma-del-sistema-de-salud>.
- (9) Castello-Castello J, Arce M, Pinillos-Ashton L, Calderón R. *Perspectiva de la Salud Pública en el Perú*. Anales de la Academia Nacional de Medicina. 2005; 2005 : 35-45.
- (10) Goicochea-Ríos E. *Cartera de Servicios de Salud - Perú*. 2010. citado en: 15 Agosto 2011. Disponible en: <http://www.sli-deshare.net/EvelynGoicochea/cartera-de-servicios-salud-per>.
- (11) Perú Ministerio de Salud. *Guía Técnica de Operativización del MAIS*. Lima: MINSA; 2006.
- (12) OPS. *Avances de la Atención Integral de Salud en el Perú. Versión Preliminar de Documento Técnico*. 2008. citado en: 15 Agosto del 2011. Disponible en: bvs.per.paho.org/SCT/SCT2008-002/SCT2008002.pdf.
- (13) Nonaka I, Takeuchi H. *The Knowledge-Creating Company*. New York: Oxford University Press; 1995.
- (14) Nonaka I, Teece DJ. *Managing Industrial Knowledge*. London: Sage Publications; 2001.
- (15) Nonaka I, Konno N. The concept of “Ba”. *Building a Foundation for Knowledge Creation. Management Review*. 1998; 40 (8): 40-54.
- (16) Kivijärvi J. *Knowledge Conversion in Organizational Contexts: A Framework and Experiments*. 2004. citado en: 15 Agosto 2011. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.120.1892&rep=rep1&type=pdf>.
- (17) Alfaro G. *La Medicina Familiar y su incidencia en las Reformas de los Sistemas de Salud y la APS*. Bogotá: OPS-Colombia. Observatorio Talento Humano en Salud; 2009. citado en: 15 de marzo del 2010. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VbeContent/library/documents/DocNewsNo19076DocumentNo11180.PDF>.
- (18) Dirección Regional de Salud La Libertad. *El Modelo de Atención Integral: Propuesta de Paquetes de Atención Integral de Salud Equipo Técnico DISA La Libertad*. La Libertad: Ministerio de Salud; 2004.
- (19) Dirección Regional de Salud Ayacucho. *Trabajo Comunitario en promoción de la salud en el “Modelo de Atención de Salud Ayacucho”*. Ayacucho: Ministerio de Salud; 2003.
- (20) Dirección Regional de Salud Ayacucho. *Modelo de Atención de Salud- Ayacucho*. Ayacucho: MINSA Perú; 2004.



Investigación Original

Resiliencia y mecanismos protectores en parejas de alcohólicos de un grupo de ayuda mutua para usuarios de atención primaria, en México D.F, México.

Resilience and protective mechanisms alcoholic's couples of a self-help group for Primary Health Care users, in Mexico City, Mexico.

RESUMEN

Mariela García Urrea. Med Dr.
MF(1), Omar Fernando Ramírez
[de la Roche Ant. Mag.\(2\)*](#)

Objetivo: Identificar el grado de resiliencia y los mecanismos protectores en mujeres, parejas de enfermos alcohólicos de un grupo de autoayuda.

Diseño: Investigación cualitativa, con base en una población usuaria de una unidad de atención primaria.

Ámbito: Grupo de autoayuda Al-Anon para parejas de pacientes alcohólicos atendidos en un Centro de Salud Urbano de la ciudad de México.

Participantes: 20 mujeres que acudieron al grupo Al-Anon en el periodo comprendido entre 1° agosto del 2008 a 31 de enero del 2009.

Principales mediciones: Variables sociodemográficas, violencia intrafamiliar, mecanismos protectores y resiliencia.

Resultados: La mayoría de las mujeres entrevistadas sufrieron violencia en sus distintos tipos siendo el tipo predominante la violencia intrafamiliar. Debido al consumo familiar de alcohol en sus propios progenitores, algunas de estas mujeres enfrentaron inadecuadamente estas adversidades, originándose otras adicciones y desintegración familiar. Otras mujeres aprendieron de las crisis familiares, logrando salir adelante con sus hijos, y recuperar la convivencia familiar.

Conclusiones: El sostén de los grupos de autoayuda, así como del apoyo multidisciplinario de los servicios de salud a este tipo de mujeres y sus familias, contribuiría a crear familias resilientes.

Palabras claves: Resiliencia, mecanismos protectores, alcoholismo.

Investigación original sujeta a arbitraje.
Fecha de presentación: 15 de Junio
2010
Fecha de aceptación: 20 de Octubre
2010
Fecha de publicación on-line: 1 de
Septiembre 2011

MPA e-j. med.fam.aten.prim.int. 2011
5(1): 7-12

Este artículo esta disponible en [www.
idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

Filiación de los Autores:

*Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México (1). Departamento de Investigación Educativa, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México. (1, 2)

Méd.Dr.: Médico Titulado. Med Fam: Médico Especialista en Medicina Familiar. Ant: Antropólogo, Mag. Adm. Sal: Magister en Administración en Salud

Correspondencia para el autor: Dra Mariela García Urrea:
Carnesi_777@hotmail.com



ABSTRACT

Objectives: To identify the degree of resilience and protective mechanisms in women, couple of alcoholic patients of a self-help group.

Design: Qualitative Research based in a users of a Primary Health Care Unit.

Settings: Al-Anon Self-help group intended to orient young women, couple of alcoholic patients attended by a Health Center.

Participants: 20 women that participate of the Al-Anon group between August 1st 2008 and January 31 2009.

Main outcome measures: Socio-demographic variables, familiar violence, protective mechanisms and resilience.

Results: Most part of studied women had violence of different types, prevailing the familiar violence. Due to familiar use of alcohol in their parents, some of these women faced inadequately this problems, leading to addictions and family disintegration. Other women learning with the familiar crisis, achieving a successful recovering of his live with this families and these children

Conclusions: Self-help groups and multi-discipline health could create resilient families.

Keywords: Resilience, protective mechanisms, alcoholism

INTRODUCCION

Se puede definir a la resiliencia como la capacidad de hacer frente a las dificultades de la vida, superarlas y ser transformados positivamente por ellas, así como a la capacidad del ser humano de sobreponerse a sus dificultades y al mismo tiempo aprender de sus errores, al igual que la capacidad de la familia de adaptarse y construir a partir de la adversidad. La resiliencia humana se define como la capacidad de un individuo o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente, a pesar de las difíciles condiciones de vida y más aún, de salir fortalecidos y ser transformados por ellas [1,2].

La resiliencia distingue dos componentes: a) la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión y por otra parte, b) la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles [3]. La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Por tanto, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con el que los niños nacen, ni que adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre los infantes y su medio [4,5].

Los pacientes alcohólicos tienen repercusiones en las familias originarias, creando mecanismos de defensa en negación o resignación ante el problema que presenta el familiar, tanto ante la sociedad como ante el mismo núcleo familiar

El objetivo general del estudio fue describir el grado de resiliencia y los mecanismos protectores desarrollados por las parejas de enfermos alcohólicos participantes de un grupo de autoayuda para usuarios de un Centro de Salud Urbano en la ciudad de México, empleando una metodología cualitativa de investigación [6].



MATERIALES Y METODOS

Diseño del estudio

Cualitativo en base a la población usuaria de un Centro de Atención Primaria en la Salud

Área y Población de Estudio

Familiares de pacientes enfermos alcohólicos consultados en primer nivel de atención, específicamente pertenecientes al grupo de auto ayuda llamado Al-Anon "Buscando un amigo" de Tlalpan. Este grupo de auto ayuda apoya a usuarios enfermos alcohólicos del centro de salud "Dr. José Castro Villagrana" de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México con pláticas semanales.

Muestra

Veinte mujeres parejas de enfermos alcohólicos con por lo menos 10 años de vivir con su pareja, y que acudieron del 1 de agosto del 2008 al 31 de enero del 2009, al grupo de auto ayuda previamente referido.

Recolección de los datos

Durante una de las sesiones, al grupo de mujeres de la muestra se les aplicó un cuestionario con doce preguntas abiertas para identificar los mecanismos protectores y el grado de resiliencia. Las integrantes del grupo firmaron una carta de consentimiento informado.

Variables e Instrumento

El instrumento se construyó según lo reportado por la literatura acerca de la resiliencia y los mecanismos protectores en las parejas de enfermos alcohólicos. y se incluyeron variables sociodemográficas, mecanismos protectores y marcadores del grado de resiliencia [1,3,4,7]. El instrumento contenía las siguientes variables: a) fecha, edad, religión, estado civil, escolaridad, años de vivir con su pareja y número de hijos, b) el segundo apartado se constituyó de 12 preguntas, las 7 primeras preguntas indagaban por el desarrollo de la resiliencia en la pareja del alcohólico, la pregunta número ocho valoraba la introspección, la número nueve la independencia, la diez la interacción, la número once la iniciativa y la doce el humor.

Análisis de la información

Una vez concluidas los cuestionarios, se capturaron textualmente de datos y en una hoja del programa EXCEL 2003 de Microsoft Office, posteriormente se distribuyeron en 12 matrices cualitativas, de las que se derivaron categorías primarias y secundarias para iniciar su análisis.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Caracterizando a los 20 sujetos que constituyeron a muestra vemos que el promedio de edad de los participantes fue de 42.5 años, con una media de 18.7 años de convivencia con su pareja y 2.5 hijos. En lo que respecta al estado civil, hubo un 65% de casados y 35% de unión libre. En cuanto a la religión (elemento de la resiliencia desde el punto de vista espiritual) se encontró que la católica era profesada por el 85% de ellos (aunque solamente el 15% refirieron ser consistentemente religiosos), otro 10% dijo ser atea y un 5% refirió pertenecer a los Testigos de Jehová. Un 35% de las participantes tenía su escolaridad en secundaria, otro 30% en primaria, 20% en preparatoria y una sola de las entrevistadas (5%) tenían licenciatura.

Estos resultados son consistentes con la literatura que en relación al nivel escolar, reporta que tanto el alcoholismo como la convivencia con un enfermo alcohólico como pareja sentimental no está asociado con un nivel escolar ni estrato social [8,9].

Los acontecimientos que originaron el consumo de alcohol en las parejas de las mujeres del estudio se pueden dividir en dos categorías:

a) Consumo antes de iniciar una nueva familia, observándose que los patrones de crianza son enseñados en las familias de origen. Se desprende entonces que la violencia vivida y aprendida fueron los principales acontecimientos que originaron el consumo de alcohol. En la literatura existente se menciona que los patrones de repetición son frecuentes, cuando en las familias de origen se vive con un enfermo alcohólico [7,9,10].

b) Consumo de alcohol posterior a la unión con sus respectivas parejas,



principalmente motivado por el ambiente laboral y social, o acontecimientos como la muerte de una persona cercana. Contrariamente a lo reportado por la literatura, la pérdida del empleo fue una causa infrecuente (ocupó el último lugar en frecuencia) de inicio del alcoholismo [11].

Para las mujeres del estudio, la culpa, la tristeza, y en algunas de las entrevistadas la baja autoestima, fueron sentimientos derivados del consumo o aumento del consumo de alcohol por parte de sus parejas.

Las transformaciones percibidas por estas mujeres en sus vidas, fueron muy variadas; principalmente la fortaleza adquirida, el aprendizaje, la independencia y el inicio de la vida laboral. Estos cambios positivos permiten ver la capacidad resiliente de estas mujeres. Sin embargo, algunas de ellas, continuaron con baja autoestima, aumento de la violencia intrafamiliar, y presentaron casos extremos de disolución de la relación de pareja.

Familias con múltiples conflictos, violencia intrafamiliar y de pareja, aislamiento social, autoestima baja y adicciones en otros miembros de la familia, fueron los principales daños referidos por las mujeres del estudio. Los patrones de conducta en este tipo de familias suelen estar marcadas por la violencia, y la indiferencia hacia los miembros más vulnerables [9]. Las parejas de los pacientes fueron los miembros de la familia principalmente afectados por el daño del alcoholismo, causando resentimiento hacia los pacientes y en sus hijos produciendo actos de repetición de conductas nocivas [7].

La manera en que las mujeres comenzaron a resolver la crisis familiar fue apoyándose en grupos de autoayuda, mejorando la comunicación de pareja, apoyándose en el amor que sienten por su cónyuge, contando con redes de apoyo familiares y sociales. Pese a esto hubo quien no pudo enfrentarse a la crisis y la manera de lidiar con ello fue con enojo permanente contra su pareja e indiferencia.

En cuanto a la situación actual en las familias de las mujeres del estudio que

lograron superar sus crisis, se encontró que la comprensión de que “el alcoholismo es una enfermedad y el alcohólico un enfermo”, ayudó a estas familias a enfrentarla y resolverla y con ello lograron una mejora en la convivencia familiar. Por otro lado, en las familias de las mujeres que no lograron superar estas crisis, la situación posterior de estos núcleos fue de adicción en otros miembros de la familia, la disolución de la relación de pareja, así como patrones de repetición, lo que muestra que no fueron resilientes [9].

Algunas de las mujeres del estudio reflexionaron sobre sus actos, al hacerlo el aprendizaje sobre sus vivencias mejoró su vida, provocando un cambio de actitud. Otras sin embargo, no reflexionaron o prefieren no hacerlo, negando de esta manera la presencia de la crisis, provocando apatía, y desánimo.

La toma de decisiones sin tener que consultar a alguien por parte de las mujeres del estudio mostró la independencia de algunas de ellas, esta acción principalmente fue motivada por sus hijos y la necesidad económica de su hogar, ya que no contaban con el apoyo de su pareja. Hubo mujeres a las que no les fue posible tomar una decisión sin tener que consultarlo, o que definitivamente delegaban esta responsabilidad a alguien más [12].

Para las mujeres del estudio el contar con amistades fue muy importante, pues se constituyeron en redes de apoyo, y muchas de ellas fueron amistades hechas en las reuniones del grupo de Al-Anon, con las cuales se identificaron y crearon una unión muy estrecha. Algunas mujeres debido a la enfermedad alcohólica aunada a la celotipia de su pareja, decidieron aislarse socialmente por lo que prefirieron no tener amigas, lo que les impidió hacer amistades e interactuar con otras personas [9].

Una parte de las mujeres de la investigación aprendieron a tener la iniciativa para resolver los problemas que se les presentaron, por no contar con el apoyo de su pareja, muchas veces buscando el máximo beneficio para su familia y la solución de problemas familiares que requerían una pronta respuesta.



Por último, el darse cuenta de las circunstancias positivas en las situaciones difíciles ayudó a las mujeres del estudio para afrontar las crisis, a ser felices dentro de lo difícil de las situaciones que las rodeaban procurando a su vez que los demás miembros de la familia lo fueran. Para algunas mujeres, el lado negativo de las situaciones fue la única visión que tuvieron de sus problemas.

Es importante no obstante, reconocer que por las características del estudio se tenía el riesgo potencial de la introducción de varios sesgos tales como los de selección, de modalidad de no respuesta, de medición por falta de sensibilidad del instrumento, entre otros. Otras limitantes del estudio fueron el tiempo para la realización, así como el tipo de investigación, que trabaja con preguntas subjetivas e involucra sentimientos, los cuales suelen ser difíciles de interpretar.

Consideramos que el seguimiento de este grupo de mujeres será importante, especialmente para algunas de ellas que se encuentran en un proceso de aceptación, o para quienes por tener una patología de base como la depresión, no les es posible desarrollar la resiliencia. Consideramos que con el tiempo y el apoyo necesario, es posible que estas mujeres puedan ver cambios en sus vidas.

En conclusión, la investigación realizada, la cual presta relevancia a la resiliencia como un mecanismo protector en las parejas de pacientes alcohólicos, encontró que la mayoría de las mujeres que acudieron al grupo de autoayuda de Al-Anon desarrollaron mecanismos protectores de resiliencia mostrando además que sus familias podían ser resilientes. La introspección, la independencia, la capacidad de interacción con otras personas, la iniciativa y el humor, fueron algunos mecanismos desarrollados y puestos en marcha por estas mujeres. Sin embargo, algunas de ellas aun no han aceptado el hecho de que el alcoholismo es una enfermedad y no una manera de vivir y requieren mayor apoyo.

El término “resiliencia” fue introducido por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar

de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos [13,14]. Después de la segunda guerra mundial Victor Grinkel y Spiegel fueron los pioneros en el estudio de la resiliencia, iniciando sus investigaciones sobre las causas por las cuales algunas de las personas que habían pasado por situaciones traumáticas extremas -como el campo de concentración o la pérdida de un hijo- habían logrado superar positivamente esas experiencias, mientras que otros entraban en depresiones irreversibles o cuadros psiquiátricos graves [1,2,14]. La Dra. Wermer en sus estudios con personas desde su nacimiento hasta que cumplieron 40 años, notó que algunos niños que estaban aparentemente condenados a presentar problemas en el futuro— de considerarse todos los factores de riesgo que presentaban— llegaron a ser exitosos en la vida, a constituir familias estables y a contribuir positivamente con la sociedad. Algunos de ellos procedían de los estratos más pobres, de madres solteras adolescentes y de grupos étnicos disgregados, además de tener el antecedente de haber sido de bajo peso al nacer. La observación de estos casos condujo a la autora, en una primera etapa, al concepto de niños invulnerables. Se entendió el término “invulnerabilidad” como el desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales insanas. Posteriormente se vio que el concepto de invulnerabilidad era un tanto extremo y que podía cargarse de connotaciones biologicistas, con énfasis en lo genético. Se buscó, entonces, un concepto menos rígido y más global que reflejase la posibilidad de enfrentar efectivamente eventos estresantes, severos y acumulativos; y se encontró el de “capacidad de afrontar” [15]. Fue la investigadora Scoville quien por primera vez utiliza este concepto en relación con la psicología y psiquiatría. Dentro de este ámbito son distintas las definiciones generadas alrededor de este concepto. La más aceptada en estos días es la de Edith Grotberg y dice que la resiliencia es la capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o, incluso, transformado [16].

Como parte de nuestra formación



como médicos familiares, es necesario tener presentes los procesos de salud-enfermedad-atención que atañen a la población y siendo nuestra unidad de análisis la familia, sabemos que lo que afecte a su dinámica y estructura, repercutirá en cada uno de sus miembros. Por ello, identificar a la enfermedad alcohólica como un problema de salud pública, es muy importante, pero sabemos que, no solo basta el manejo farmacológico o dietético, si no que es necesario que exista motivación por parte del paciente, y apoyo por parte de su familia [17].

La familia como unidad social básica, es la responsable de introducir a las nuevas generaciones en la cultura, los valores y las normas de la sociedad,

por lo que debe cumplir con una serie de funciones. Cuando alguna de estas funciones no se realiza rompe la homeostasis. Al fomentar la resiliencia entre nuestros pacientes o sus familiares ayudamos a que adquieran recursos para enfrentar situaciones adversas, además de que una familia resiliente es capaz de aportar miembros socialmente responsables, individuos con la capacidad de enfrentarse a situaciones difíciles, resolverlas y sobre todo salir transformados de ellas. La resiliencia es un atributo que se puede fomentar desde la etapa escolar, se puede fomentar dentro de la familia y a nivel individual, con el fin de formar individuos y familias fuertes con recursos emocionales suficientes para hacer frente a las adversidades.

REFERENCIAS

- (1) Mucci R. Resiliencia: la esencia humana de la transformación frente a la adversidad. El concepto de resiliencia. 2011. citado en: 15 Febrero 2011. Disponible en: <http://www.logoforo.com>.
- (2) Lara ME. Resiliencia. 2009. citado en: 20 Marzo 2011. Disponible en: <http://www.apsique.com>.
- (3) Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla A. Estado de Arte en Resiliencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud - Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.; 1997.
- (4) Nuñez C. Aplicaciones clínicas de la resiliencia en el niño y la familia. Rev de Psiquiat y Salud Mental Hermilo Valdizan. 2003; 4 (2): 63-75.
- (5) Solar M. La esencia humana de la transformación frente a la adversidad. México: 2008. citado en: 15 Marzo 2011. Disponible en: http://msolarg-laresiliencia.blogspot.com/2008_08_01_archive.html.
- (6) Rodríguez GG, Gil FJ. Metodología de la investigación cualitativa. 2da Ed. Malaga: Aljibe; 1996.
- (7) Canaval GE, González C, Sánchez MO. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. Rev Colom Med. 2007; 38 (4 Sup 2): 72-8.
- (8) González GR, Alcalá RJ. Consumo de alcohol y salud pública. Rev Fac Med. 2006; 49 (6): 238-41.
- (9) Natera-Rey G, Borges G, Medina ME, Solís L, Tiburcio M. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. Revista de Salud Pública de México. 2001; 43 (1): 17-26.
- (10) Schiera A. Uso y Abuso del concepto de resiliencia. Rev IIPSI. 2005; 8 (2): 129-35.
- (11) Valderrama JC. Alcohol y medio laboral. Alicante: 2000. citado en: 15 Marzo 2011. Disponible en: http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/vivir_sano/doc/alcohol_y_drogas/doc/doc_alcohol_medio_laboral.htm.
- (12) Trujillo MA. La resiliencia en la psicología social. 2011. citado en: 20 Marzo 2011. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com>.
- (13) Kotliarenco MA, Munist M, Santos H, Suárez- Ojeda F, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes. 1ra Ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1998.
- (14) Kotliarenco MA, Aceitón H. La Resiliencia como ventana de oportunidad. Un Análisis sobre resiliencia y pobreza. En: III Conferencia de la red Latinoamericana y del Caribe de Child-watch International; 2006.
- (15) Hardy SE, Concato J, Gill T. Resilience of Community-Dwelling Older Persons. American Geriatrics Society. 2004; 52 (2): 256-62.
- (16) Figueroa D. La resiliencia: una alternativa de prevención. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilo Valdizan. 2005; 6 (2): 81-8.
- (17) Salgado AC. Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa peruana. Liberabit de Psicología. 2005; (11): 41-8.

Investigación Original

Alteraciones del Lenguaje en Niños del Occidente de México

Speech-Language Disorders in Western Mexican Children

RESUMEN

Miguel Valeriano Vázquez Med

Dr. Med CA (1). María del Rosario

Méndez Ramírez Med Dr. Med

CA (2). Xochiquetzal Hernández

López Med Dr. Med CA (3). Rafael

Bustos Saldaña Med Dr. MF. Mag

Cien Med (4)*

Objetivo: Describir las alteraciones fonológicas en el lenguaje presentes en niños del occidente de México.

Diseño: Descriptivo y transversal, en unan población usuaria de atención primaria.

Ámbito: Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Colima de la ciudad de Colima, México.

Participantes: Niños de 3 a 6 años con problemas de lenguaje que acudieron a la consulta de primera vez al Centro entre septiembre del 2007 y marzo del 2008, con diagnostico de Trastorno de Lenguaje.

Principales mediciones: Variables de situaciones fonológicas sintácticas ó programación fonológica

Resultados: La mayoría de los 54 niños estudiados (16 mujeres y 38 hombres, edad promedio 4.98 ± 0.97 años) tenía un nivel de articulación "Extremadamente inferior". Los fonemas con mayor dificultad fueron: al inicio de las palabras rr, g, f, d, s, k y la consonante x, en posición final a la r, seguido de s, l y n. Las alteraciones más frecuentes fueron la omisión, sustitución, substitución, alteración global, asimilación, transposición.

Conclusiones: Los fonemas más frecuentes encontrados alterados en este estudio, corresponden a los ya conocidos como causas de dislalias en la literatura internacional.

Descriptor: Evolución anormal del lenguaje, Trastornos Especificos del Lenguaje, Síndromes Difásicos

Investigación original sujeta a arbitraje.

Fecha de presentación: 15 de Junio 2010

Fecha de aceptación: 20 de Noviembre 2010

Fecha de publicación on-line: 1 de Septiembre 2011

MPA e-j. med.fam.aten.prim.int. 2011 5(1): 13-18

Este artículo esta disponible en www.idefiperu.org/mpa.html

Filiación de los Autores:

*Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Colima (1-3). Instituto Nacional de Rehabilitación, México Distrito Federal. Centro Universitario del sur de la Universidad de Guadalajara/ HGZ C/MF No. 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social (4).

Med Dr: Médico Titulado.. MF: Médico especialista en Medicina Familiar. Med CA Médico especialista en Comunicación, Audiología y Foniatría.

Correspondencia para el autor: Dr Rafael Bustos Saldaña.

Email: rafaelb@cusur.udg.mx



ABSTRACT

Objectives: To describe phonologic disorders in language in Western Mexican Children.

Design: Descriptive and Cross Sectional study

Settings: Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Colima, in Colima city, México.

Participants: Children 3-6 years old, with language problems, that attend to a first-time consult in the Center, between September 2007 and March 2008, with diagnosis of Language Impairment Disorder.

Main outcome measures: Phonologic syntactic or Phonologic programming situation variables.

Results: Most of 54 children of the sample (16 women, 38 men, average age 4.98 ± 0.97 years) have an articulation level "Extremely inferior". Phonemes with increased difficulty were: to beginning word rr, g, f, d, s, k and x, in final position r, s, l and n. Most frequent disorders were omission, substitution, global disorder, assimilation, and transposition.

Conclusions: Phonemes most frequently founded altered in this study, were some already known as causes of dyslalias in the international bibliography.

Keywords: Abnormal evolution of language. Specific language impairment, Disphasic syndromes.

INTRODUCCION

Existen diversas causas que pueden alterar el desarrollo de lenguaje, entre ellas, las afectaciones motoras (niños con parálisis cerebral), las alteraciones sensoriales (hipoacusia), alteraciones de la conducta (el espectro Autista), las discapacidades intelectuales y las alteraciones estructurales (paladar hendido), por mencionar algunas. Estudios

previos sobre la incidencia de la población mundial sobre las alteraciones de lenguaje hacen referencia que el 7.5 % de los niños pueden presentar esta alteración [1,2]

Los niños con trastorno específico del lenguaje (TEL) son niños que no desarrollan un lenguaje normal en función del curso evolutivo que se podría esperar en la infancia, con unas capacidades sensoriales, cognitivas y motrices no afectadas. Hasta un 2% de la población infantil presenta algún TEL, portando un déficit específico en el desarrollo de las habilidades para descodificar y codificar el lenguaje. Estos niños tienen dificultades en alguna o todas las dimensiones del lenguaje, tales como la fonología, léxico y semántica, morfología-sintaxis, y pragmática, por lo que no se trata de un trastorno homogéneo, sino que existen muchos subtipos de TEL [3].

Con este trabajo descriptivo pretendemos seguir aportando datos para continuar conociendo las alteraciones fonológicas en el lenguaje infantil y conocer su comportamiento en niños del occidente de México

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio

Estudio transversal descriptivo en una población usuaria de servicios de salud.

Área y Población de Estudio

Niños con problemas de lenguaje del Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Colima, en Colima, México

Muestra

La muestra fue de 54 niños con problemas de lenguaje, que acudieron a su primera consulta del periodo de septiembre del 2007 a marzo del 2008.

Criterios de selección: Niños de 3 a 6 años de ambos sexos que acudieron a la consulta inicial al Centro de Rehabilitación y Educación Especial Colima, con diagnóstico de TEL fonológico sintáctico ó programación fonológica. Se excluyeron a: Pacientes con diagnostico clínico previo de discapacidad Intelectual, o portadores de síndromes genéticos que cursen con alteraciones cráneo faciales, con algún grado de hipoacusia, en tratamiento de crisis convulsivas o con antecedente de otitis media crónica

Variables

Situaciones fonológicas sintácticas ó programación



fonológica. Considerar que *sustitución* es el nombre especial de una variable y no hay error ortográfico.

Recolección de los datos

Se localizaron los expedientes en la base de datos (sistema computarizado) del Centro de Rehabilitación y Educación Especial Colima. Se entrevistó a los padres explicándoles el trabajo a realizar y se les solicitó su autorización mediante la carta de consentimiento informado.

Primeramente se realizó una anamnesis indirecta a los padres para obtener datos para la historia clínica y posteriormente una exploración física al paciente para determinar las condiciones del aparato fonoarticulador. Se les realizó también una otoscopia para determinar las condiciones de membrana timpánica (excluyéndose a pacientes con alteraciones clínicas de otitis media crónica), una valoración clínica de la coordinación motora y una audiometría tonal y logaudiometría con Audiómetro Ampliad 319 para determinar el umbral auditivo y descartar hipoacusias.

Luego se procedió a realizar la valoración de lenguaje, mediante una muestra de lenguaje de manera espontánea, con lo que se determinó la situación de aspecto semántico, pragmático y morfosintáctico, excluyendo a todos los que mostraran datos clínicos de síndromes disfásicos diferentes a los de Trastorno de lenguaje fonológico sintáctico ó programación fonológica.

La aplicación de la escala de articulación de la Batería de Evaluación de la Lengua Española se realizó mostrando al paciente laminas con imágenes y diciendo una frase para que el completara con una palabra deseada de acuerdo a la imagen presentada. Se registraron las respuestas en la hoja de captura tal como el paciente la articuló con los 63 reactivos de los fonemas en las diversas posiciones ó grupo de fonemas que existen en la lengua española y así se determinó las fallas de la articulación.

Análisis de la información

La descripción de las variables categóricas se realizó con frecuencia simple y porcentaje, las variables numéricas se describieron con media \pm desviación estándar. Se utilizó el programa estadístico de EPI INFO 2000.

Aspectos éticos: Se tomaron en cuenta los aspectos éticos descritos en la convención de Helsinki y sus enmiendas posteriores para este tipo de estudios de investigación

RESULTADOS

Se estudiaron 16 (29.6%) mujeres y 38 (70.4%) hombres. El promedio de edad fue de 4.98 ± 0.97 años (3.08 a 6.92 años). La frecuencia de distribución por escolaridad fue más frecuente en los niños que se encontraban en preescolar 43, seguidos por los niños que no tenían escolaridad 6, primaria 3 y maternal 2 .

La puntuación natural obtenida en la aplicación de la escala de articulación fue con una media de 38.24 ± 10.37 . El nivel de articulación de fonemas más frecuente fue el de "Extremadamente inferior" con una frecuencia de 36, seguido por el de "Muy inferior" 9, "Inferior" solamente en 8 casos y sólo uno en la categoría normal. En cuanto a los antecedentes heredofamiliares se tuvo principalmente alteraciones de lenguaje en familiares de 34 niños, hipoacusia en 12 de ellos y alteraciones del aprendizaje en otros 10.

Solamente 18 niños tuvieron antecedentes patológicos perinatales. De ellos, 4 casos presentaron sufrimiento fetal agudo, y en otros 4 la madre presentó ruptura prematura de membranas. Otros 9 individuos presentaron una de las siguientes patologías: doble circular del cordón, hipoglucemia, hipocalcemia, infección de vías urinarias en la madre, placenta previa, trabajo de parto prolongado, hiponatremia, distress respiratorio, maltrato físico a la madre.

En los antecedentes personales patológicos de los pacientes 3 habían presentado alguna vez en su vida crisis convulsivas; 1 presentó conducto lagrimal obstruido de forma congénita, otro más presentaba hipotiroidismo congénito, 18 infantes manifestaron Infección de vías respiratorias altas de forma frecuente, 16 no tenían problemas y en 2 ocasiones se ignoró este dato. Dentro de otros antecedentes patológicos cabe resaltar al pie plano que se presentó en 13 niños de los 34 pacientes del estudio.

Los pacientes mostraron una coordinación motora alterada en 9 casos. La frecuencia de alteración del fonema en posición inicial se muestra en la Figura 1. Podemos observar que la pronuncia-



ción de rr, g, f, d, s, k y la consonante x fueron los principales fonemas con dificultad al inicio de las palabras. De la misma manera el fonema rr vuelve a parecer como principal fonema que presenta alteración en posición inter-vocálica, esta vez es seguido por los fonemas r, d, s, g (Figura 2).

Por último la frecuencia de alteración en el fonema en posición final correspondió principalmente a r con 48 niños, seguido de s con 27 infantes, l en 18 ocasiones y n en 7 de ellos. La mayor frecuencia de alteraciones en diptongos fue en au (36 pacientes), seguida de ei (30 pacientes), ue (16 pacientes), ua (13 pacientes) ue (12 pacientes) y ie (12 pacientes).

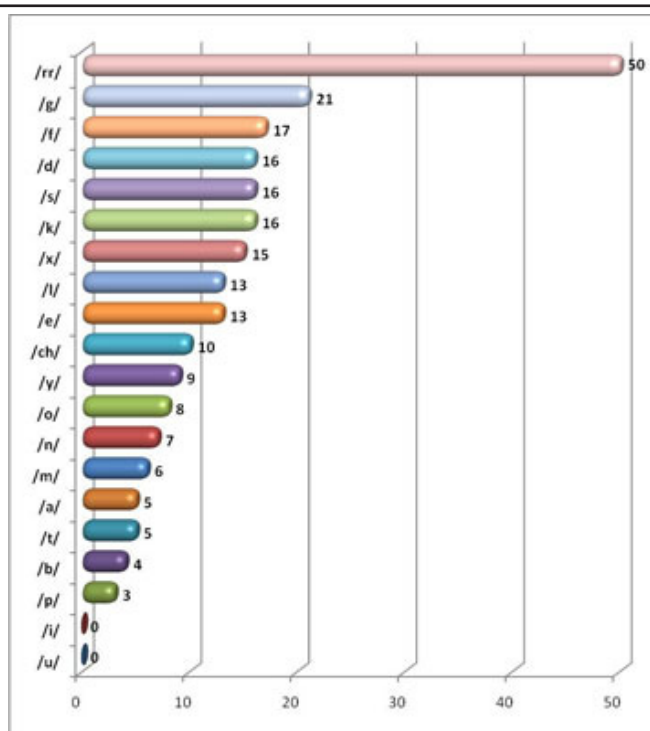
De los tipos de alteración la más frecuentemente utilizada por los niños fue la omisión con 662 casos, seguida de la sustitución con 304, substitución 168, alteración global 104, asimilación 72 y transposición en una ocasión

DISCUSION

En este estudio se evaluaron 34 niños con TEL del Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Colima, en Colima, México, encontrándose un conjunto amplio de problemas en el desarrollo del lenguaje, afectando en diverso grado su nivel de comunicación. El lenguaje es 'el resultado de una actividad nerviosa compleja que permite la comunicación interindividual de estados psíquicos a través de la materialización de signos multimodales que simbolizan estos estados de acuerdo con una convención propia de una comunidad lingüística [4]. Dentro del lenguaje existen distintos tipos: escrito, verbal, pictográfico y signado. El lenguaje verbal, desde el punto de vista lingüístico, presenta varios aspectos importantes en su conformación y son el aspecto fonológico morfosintáctico cognitivo y el pragmático.

Los componentes fonológico (relacionado con sonidos, uso adecuado de vocales y consonantes en la estructuración de palabras.) y el morfosintáctico (el adecuado orden de las palabras en la construcción del discurso), estos van a depender del código verbal y del

Figura 1. Frecuencia de alteración del fonema en posición inicial.. Occidente de México, 2008.

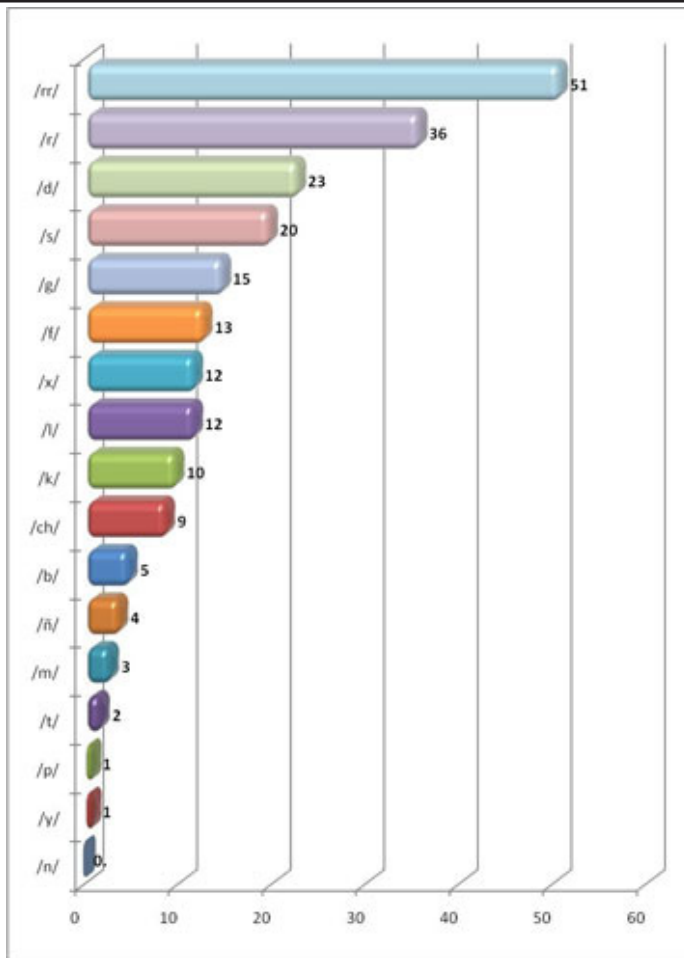


idioma implicado. El componente cognitivo implica el léxico (conjunto de palabras de un idioma) y la semántica (estudio de su significado). El componente pragmático o práctico es el que otorga al lenguaje su función social y comunicativa. Todos estos componentes se desarrollan independientemente y a un ritmo variable, pero terminan vinculados en una actividad lingüística unitaria [1,5]. Se ha considerado que la discriminación de fonemas puede ser un problema subyacente en alguno de los procesos fonológicos del habla de estos niños [6]. Algunos autores consideran que el desarrollo fonológico de estos niños está retrasado con respecto a los normales, es decir, es similar a estos aunque con un ritmo de adquisición más lento [7], otros sin embargo, argumentan que los niños con TEL tienen un desarrollo fonológico cualitativamente diferente a los niños normales [8].

En los últimos años existe la tendencia de realizar el análisis de la parte fonológica y no solo la fonética, en los niños con TEL, analizando no solo la cantidad de fonemas afectados (fonética) que en lo general siguen patrones evolutivos de simplificación, si no también, los tipos de procesos de simplificación del lenguaje que perduran en estos pacientes de forma patológica, que suelen presentarse de forma fluctuante aun en un mismo paciente [9,10].

Haciendo el análisis fonético de los resultados obtenidos encontramos similitudes a los hallazgos descritos en otros trabajos sobre la adquisición de los fonemas en el desarrollo normal de los niños [11] donde se refiere como primeras adquisición de

Figura 2. Frecuencia de alteración del fonema en posición intervoccal.. Occidente de México, 2008.



fonemas a los labiales, explosivas o anteriores. Así tenemos que en nuestro trabajo los fonemas menos afectados fueron: en posición inicial las vocales /u/, /i/, /a/, las consonantes /p/, /b/, /t/, /m/, /n/, seguidas por las consonantes labio dentales /d/, /l/, fricativas y africadas /s/, /f/, /g/, /ch/, /x/, los diptongos /ie/, /ue/, /i/, /ei/ y sin duda los más afectados de todos fueron las consonantes /r/, /rr/, el diptongo /au/ y los conjuntos consonánticos homosilábicos (por ejemplo /Tr/ en Tren ó /Pl/ en Plato y heterosilábicos (por ejemplo /rt/ en la palabra Tortuga ó /ls/ en Bolsa).

Los resultados de los procesos de simplificación utilizados por los niños fueron más frecuentemente relacionados con la omisión de fonemas (por ejemplo Peo por Perro), seguidos en frecuencia por la sustitución de fonema (por ejemplo Pelo por Perro), la alteración global (Ebo por Perro) de la sílaba, la asimilación de fonemas (por ejemplo Dedoj por Reloj) y en menor frecuencia la distorsión de fonemas (por ejemplo Perro por Perro), adición de fonemas (Salas por Alas) y la transposición de fonemas (Juala por Jaula).

En el trabajo realizado por Ávila en 1976 sobre la adquisición de los fonemas en el niño, él encontró similitudes en los procesos de simplificación al

igual que los trabajos realizados por Bosch 1984, pero ambos trabajos son realizados en niños de una población general y los procesos se presentan en diferentes proporciones ya que ambos mencionan el proceso de sustitución como el más utilizado por los niños [12].

Los datos obtenidos en el presente estudio podrían enfocarnos hacia las dificultades para la pronunciación de los niños con retrasos y trastornos del lenguaje, explicándolos en términos de ralentización del calendario de aparición-desactivación de procesos fonológicos y en la constatación de que los procesos activos son los típicos del desarrollo normal u otros idiosincrásicos que se desvían de las pautas habituales [9].

El nivel de afectación más frecuente en el que se encuentran los niños evaluados fue el de extremadamente inferior, esto, tal vez en relación a una sobre-representación del grupo de edad de 5.0 a 5.99 años, quienes con menos errores son evaluados en un nivel inferior al de los niños más pequeños.

En relación a los potenciales factores de riesgo para TEL, consistentemente con la literatura encontramos que el sexo masculino es más susceptible de padecer alteraciones en el lenguaje [5]. La mayoría de pacientes se encontraba en una edad de 4.0 a 5.99 años, coincidiendo con lo reportado en la bibliografía como la edad más frecuente para la afectación de los TEL [13]. Un alto porcentaje de los pacientes contaban con familiares que tuvieron o tenían alteraciones de lenguaje, con esto podríamos apoyar lo reportado en la literatura sobre la relación genética en los trastornos de lenguaje [14, 15].

Es importante recalcar la presencia de antecedentes patológicos personales como el de pie plano en nuestros pacientes. No encontramos en la literatura alguna referencia previa sobre la relación de este problema con la de los problemas de lenguaje. Hipotetizamos que podría tratarse de una relación indirecta que podría deberse a que la muestra se obtuvo de niños de un centro de rehabilitación en donde varios de los pacientes son derivados del programa de detección de problemas



de pacientes escolares, que aborda también los problemas de postura.

En la cavidad oral solo dos pacientes se encontraban completamente normales. El mayor porcentaje de pacientes presentó alteraciones de las práxias orolingüales y si tomamos en cuenta que una práxia es una acción motora organizada para conseguir un objetivo [16], podríamos deducir que la afectación a este nivel fue la causa principal en nuestros pacientes de sus alteraciones fonológicas.

El frenillo sublingual parcialmente limitante y no limitante mostró una frecuencia baja en el grupo estudiado, semejante a lo encontrado en la literatura, en donde se refiere como un factor de riesgo que se presenta en pocas ocasiones como causa alteraciones a nivel de lenguaje [17].

La segunda alteración más frecuente

encontrada en la cavidad oral fue la dificultad en la movilidad lingual, resaltando como dificultad principal los movimientos hacia arriba. Ello nos ayudaría a explicar porque en el desarrollo de lenguaje los fonemas linguoalveolares son de mayor dificultad //r/rr/n/ [18,19].

En conclusión, los niños del presente estudio tienen los mismos patrones de economía articulatoria descritos en la literatura y tal como se menciona en la bibliografía, los fonemas más frecuentes que encontramos alterados corresponden a los más conocidos como causas de dislalias en los niños y además la omisión más frecuente fue la consonante media de los sinfonos (unión de dos consonantes como en /pl/ en Plato) [11]. Nosotros postulamos que es posible realizar una detección a nivel de atención primaria basándose en los fonemas que más frecuentemente se ven afectados de acuerdo a la edad y a su vez el análisis fonológico puede orientar a un mejor plan de trabajo y rehabilitación integral posterior de los pacientes.

REFERENCIAS

- (1) Morant A, Hernández S, Mulas F. Actuación neuropediátrica ante el retraso del lenguaje. *Rev Neurol Clin.* 2000; 1 : 95-102.
- (2) Crespo-Eguílaz N, Narbona J. Perfiles clínicos evolutivos y transiciones en el espectro del trastorno específico del desarrollo del lenguaje. *Rev Neurol.* 2003; 36 (Supl 1): S29-S35.
- (3) Muñoz-López G, Carballo-García A. Alteraciones lingüísticas en el trastorno específico del lenguaje. *Rev Neurol.* 2005; 41 : S57-S63.
- (4) Lecours R, Lhermitte F. *L'aphasie*. Flammarion. París/Montreal: Presses de L'Université de Montreal; 1980.
- (5) Castro-Rebolledo R, Giraldo-Prieto M, Hincapié-Henao L, Lopera F, Pineda DA. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje: Una aproximación teórica a su diagnóstico, etiología y manifestaciones clínicas. *Rev Neurol.* 2004; 39 (12): 1173-81.
- (6) Guendouzi J. A generic category of language impairment that emerges from specific differences: a case study of two individual linguistic profiles. *Clin Linguist Phonet.* 2003; 17 : 135-42.
- (7) Ingram D. *Procedures for the phonological analysis of children's language*. Baltimore: University Park Press; 1988.
- (8) Grunwell P. *Development speech disorders*. New York: Elsevier; 1980.
- (9) Ygual-Fernández A. Utilidad del análisis fonológico en la terapia del lenguaje. *Rev Neurol.* 2008; 46 (S1): S97-S100.
- (10) Hernández- Carrión E and Maldonado- Castro M. El análisis fonológico: Instrumento al servicio del diagnóstico: estudio de un caso. *Revista Digital Investigación y Educación*; 2009. citado en: 20 Enero 2011. Disponible en: <http://www.cup.es/ele/elelibro.html>.
- (11) Lizandra LR. Desarrollo del lenguaje oral e intervención. Documents for small business and professionals; 2009. citado en: 15 Febrero 2011. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/21085295/DIFICULTADES-EN-EL-DESARROLLO-DEL-Lenguaje-ORAL-E-INTERVENCION>.
- (12) Bosch L. *Desarrollo Fonológico Infantil. Una prueba para su evaluación. Estudios sobre Psicología del Lenguaje Infantil*. Madrid: Pirámide; 1984.
- (13) Castaño J. Formas clínicas de las disfasias infantiles. *Rev Neurol.* 2002; 34 (Supl 1): S107-S109.
- (14) Benítez-Burraco A, Fox P. Del trastorno específico a la biología molecular del lenguaje I. Aspectos etiológicos, neuroanatómicos, neurofisiológicos y moleculares. *Rev Neurol.* 2005; 40 (11): 671-82.
- (15) Aguilera A, Botella A. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje. *Bol S Vasco-Nav Pediat.* 2008; 40 : 24-30.
- (16) Comité Editorial. Definición de praxia. 2010. citado en: 20 Febrero 2011. Disponible en: <http://www.definicion.org/praxia>.
- (17) Ramírez B, Gómez G, and Bonet M. *Protocolos Clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Frenillo Lingual*. Scribd; 2006. citado en: 15 Marzo 2011. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/8411516/Protocolos-Clinicos-de-La-Cirurgia-Oral-y-Maxi-Lo-Facial>.
- (18) González J. *Alteraciones del habla en la infancia*. Buenos Aires: Edit.Médica Panamericana; 2003.
- (19) Acosta V, Moreno A, Ramos V. *La evaluación del lenguaje. Teoría y práctica del proceso de evaluación de la conducta lingüística infantil*. México: Ed. Aljibe; 1996.



Investigación Original

Reporte Breve

Miopatía Inflamatoria Juvenil Idiopática: Reporte de Caso en el Primer Nivel de Atención Médica y Revisión de la Literatura *Juvenile Inflammatory Idiopathic Myopathy: Case Report of Primary Health Care and Bibliographic Review*

RESUMEN

Fabián Alejandro Chávez Lemus
Med Dr, Med Res MI (1), Jaime
Eduardo Guzmán Pantoja Med
Dr, MF (2), Elsa Armida Gutiérrez
Román Med Dr. MF. Lorenzo
Manuel Vázquez Vidaurre Med
Res MI (3)*

Objetivo: Describir las características clínicas de un paciente con Miopatía Inflamatoria Juvenil Idiopática evaluado inicialmente en el primer nivel de atención y su revisión bibliográfica.

Diseño: Reporte de un caso.

Ámbito: Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco

Participantes: Paciente caso.

Principales mediciones: Características clínicas y de laboratorio del paciente.

Resultados: Paciente de 12 años que acude por dolor en codos y brazos, sin antecedentes de importancia, que presenta dolor al elevar las extremidades superiores, fuerza de 4/5, con sensibilidad respetada, marcha dubitativa y reflejos osteo-tendinosos adecuados. Laboratorio: anticuerpos antinucleares positivos a títulos de 1/1030, complemento C3 99mg/dl, complemento C4 11mg/dl factor Reumatoide de 9.81 UI/ml, antiestreptolisinas de 135 mg/l.

Conclusiones: La miopatía inflamatoria juvenil idiopática, aunque infrecuente, debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial de los problemas articulares en niños y jóvenes.

Descriptor: Miopatía Inflamatoria Juvenil Idiopática

Investigación original sujeta a arbitraje.
Fecha de presentación: 15 de Agosto
2010
Fecha de aceptación: 20 de Diciembre
2010
Fecha de publicación on-line: 1 de
Septiembre 2011

MPA e-j. med.fam.aten.prim.int. 2011
5(1): 19-25

Este artículo esta disponible en [www.
idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

Filiación de los Autores:

*Unidad Médica de Alta Especialización Instituto Mexicano del Seguro Social (1), Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, Instituto Mexicano del Seguro Social (2). Coordinación Delegacional de Educación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social (3).

Med Dr: Médico Titulado. Med Res MI; Médico Residente de la Especialidad en Medicina Interna, MF: Médico Familiar.

Correspondencia para el autor: Dr Jaime Eduardo Guzmán Pantoja.
Email: jaimeduardoguzman@gmail.com



ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical characteristics of a patient with Juvenile Inflammatory Idiopathic Myopathy managed at the beginning in a Primary Health Care Unit and its bibliographic review.

Design: Report of a case.

Settings: Ambulatory Care of the Unidad de Medicina Familiar No 51 of the Instituto Mexicano del Seguro Social in Guadalajara, Jalisco

Participants: Patient case.

Main outcome measures: Clinical and laboratory characteristics.

Results: Patient of 12 years old that came for pain in elbows and arms, without other relevant background data, that presented pain when elevate arms, strength 4/5, keep sensitivity, unstable march and keep adequate reflexes. Laboratory: antinuclear antibodies positive in 1/1030 tittle, complement C3 99mg/dl, complement C4 11mg/dl Rheumatoid factor 9.81 UI/ml, antiestreptolisinas 135 mg/l.

Conclusions: In spite of be infrequent, Juvenile Inflammatory Idiopathic Myopathy must be a differential diagnosis possible in joint problems in children and young people.

Keywords: Juvenile Inflammatory Idiopathic Myopathy

INTRODUCCION

Las miopatías Inflammatorias Juveniles Idiopáticas, son una condición rara de naturaleza probablemente autoinmune. Estas condiciones difieren de las miositis de la infancia por su alta incidencia de vasculopatía [1], con proliferación de la íntima en pequeños vasos, trombosis y en algunos casos infarto [2]. A continuación se hace presentación de un caso abordado inicialmente en la Unidad de Medicina Familiar # 54 del IMSS, en el municipio de Tlaquepaque, Jalisco, México.

MATERIALES Y METODOS

Diseño del estudio

Presentación de un caso clínico y búsqueda bibliográfica.

Área y Población de Estudio

Paciente de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco, México.

Variables

Características clínicas y de laboratorio del paciente

Presentación del Caso:

Varón de 12 años de edad, miembro de una familia nuclear integrada, siendo el mayor de tres hermanos y cursando el último año de educación primaria. Acude a la consulta el día 9 de Junio del 2006 por presentar dolor "leve" (5/10 en Escala Análoga Visual) bilateral a nivel de la articulación de codo, posterior a sufrir caída de su propia altura con traumatismo en manos y codos. Aproximadamente 24 horas después de este evento sufrió de caída de la cama, apoyándose en sus manos, sin traumatismo a otro nivel, ni pérdida del estado de conciencia. Horas más tarde, el mismo día, inicia con mayor intensidad el dolor (10/10 en Escala Análoga Visual) de forma espontánea a nivel de ambos codos y brazos, involucrando también cintura escapular, el cual le impide el movimiento, sin presentar parestesias o disestesias. No cuenta con



antecedentes de procesos similares, ni infecciosos previos al cuadro.

Antecedentes Heredo Familiares: Padre Hipertenso de seis años de evolución, sin otro antecedente de relevancia por rama paterna. Madre Diabética tipo dos de tres años de evolución con una carga familiar de importancia para dicha patología.

Antecedentes Personales no Patológicos: Producto de una primera gestación, obtenido por parto eutócico a término, recibió lactancia materna por los primeros tres meses de vida para posterior ablactación y destete, inmunizaciones completas, alcanzando los hitos del desarrollo sin problemas en los primeros años de vida, hemotipo B+, sin exposiciones ambientales de relevancia.

Antecedentes Personales Patológicos: Traumatismo en accidente vial a los cinco años de edad, en el cual sufre de fractura tibial derecha sin más datos relevantes en el mismo.

Exploración Física: Paciente con adecuado desarrollo físico y psíquico para la edad. Presentaba un estado de hidratación aceptable, tegumentos sin datos patológicos de relevancia, cabeza y cuello con fondoscopia normal, sin ingurgitación yugular, precordio rítmico con soplo sistólico de tono alto, con epicentro en foco mitral e irradiación a aórtico, de intensidad de II/IV, campos pulmonares con murmullo vesicular presente, abdomen sin visceromegalias, no datos de irritación peritoneal u otro patológico, con adecuada peristalsis en intensidad y frecuencia, con un desarrollo genital Tanner III, funciones mentales superiores sin alteración, pupilas isocóricas, pares craneales normales, extremidades superiores con dolor a la elevación de las mismas, fuerza de 4/5, con sensibilidad respetada y marcha dubitativa, Reflejos osteo-tendinosos presentes de intensidad adecuada.

De Laboratorio: Al inicio de su manejo en la unidad de primer nivel de atención no se solicitó ningún examen paraclínico.

Evolución y Manejo:

En su Unidad de Primer contacto se decidió su traslado al siguiente nivel de atención por la presencia de debilidad muscular no explicable y caída sin una causa determinable. Es recibido en el tercer nivel de atención médica donde es visto en el servicio de urgencias el 9 de junio del 2006, procediendo a su hospitalización. En dicha unidad hospitalaria se confirmaron los datos de debilidad muscular y se solicitan exámenes de laboratorio los cuales arrojan los siguientes datos: biometría hemática dentro de la normalidad, velocidad de sedimentación globular normal, ALT de 21 U/l, AST de 27 U/l, fosfatasa alcalina de 561, CPK de 823 U/l, deshidrogenasa láctica de 842 U/L, proteína C reactiva de 3.1 mg/l, glucosa sanguínea de 80, urea en suero 23 mg/dl, creatinina sérica de 0.7 mg/dl, ácido úrico de 6.3, perfil lipídico normal, examen general de orina Normal, anticuerpos antinucleares positivos a títulos de 1/1030, complemento C3 99mg/dl, complemento C4 11mg/dl factor Reumatoide de 9.81 UI/ml, antiestreptolisinas de 135 mg/l. Se decidió el inicio de terapia con corticoides orales a dosis de prednisona a 2mg/Kg, dividido en tres dosis por día, presentando buena respuesta con la misma. Es dado de alta inicialmente el día 15 de Junio del 2006, para continuar su estudio en consulta externa.

El día 17 de julio del 2006 se realizó un electrocardiograma encontrando un ritmo sinusal, frecuencia de 75 latidos por minuto, desviación del eje a la izquierda y datos de bloqueo de rama intermitente. El día 18 de Julio del 2006 se practicó un estudio electrofisiológico/electromiográfico el cual concluyó que existía un estado anormal, compatible con una miopatía de predominio proximal e Inflamatoria. Se descarta comunicación intraauricular u otro defecto estructural cardiaco o valvular, vía ecocardiograma el cual muestra hipertrofia del ventrículo izquierdo y fracción de eyección del 65%, sin otro dato de mención. Durante el transcurso del año 2006 y 2007 presentó exacerbaciones y remisiones de la debilidad muscular y elevación de las enzimas musculares. A partir del 2007 se determinó la suspensión de la corticoterapia establecida para el cuadro mioinflamatorio. Actual-



mente el paciente continúa en periodo de remisión persistiendo exclusivamente la gonalgia la cual es manejada con medidas de rehabilitación física y anti-inflamatorios no esteroideos prescritos de forma pulsátil.

Evolución y Manejo:

En su Unidad de Primer contacto se decidió su traslado al siguiente nivel de atención por la presencia de debilidad muscular no explicable y caída sin una causa determinable. Es recibido en el tercer nivel de atención médica donde es visto en el servicio de urgencias el 9 de junio del 2006, procediendo a su hospitalización. En dicha unidad hospitalaria se confirmaron los datos de debilidad muscular y se solicitan exámenes de laboratorio los cuales arrojan los siguientes datos: biometría hemática dentro de la normalidad, velocidad de sedimentación globular normal, ALT de 21 U/l, AST de 27 U/l, fosfatasa alcalina de 561, CPK de 823 U/l, deshidrogenasa láctica de 842 U/L, proteína C reactiva de 3.1 mg/l, glucosa sanguínea de 80, urea en suero 23 mg/dl, creatinina sérica de 0.7 mg/dl, ácido úrico de 6.3, perfil lipídico normal, examen general de orina Normal, anticuerpos antinucleares positivos a títulos de 1/1030, complemento C3 99mg/dl, complemento C4 11mg/dl factor Reumatoide de 9.81 UI/ml, antiestreptolisinas de 135 mg/l. Se decidió el inicio de terapia con corticoides orales a dosis de prednisona a 2mg/Kg, dividido en tres dosis por día, presentando buena respuesta con la misma. Es dado de alta inicialmente el día 15 de Junio del 2006, para continuar su estudio en consulta externa.

El día 17 de julio del 2006 se realizó un electrocardiograma encontrando un ritmo sinusal, frecuencia de 75 latidos por minuto, desviación del eje a la izquierda y datos de bloqueo de rama intermitente. El día 18 de Julio del 2006 se practicó un estudio electrofisiológico/electromiográfico el cual concluyó que existía un estado anormal, compatible con una miopatía de predominio proximal e Inflamatoria. Se descarta comunicación intraauricular u otro defecto estructural cardiaco o valvular, vía ecocardiograma el cual muestra hipertrofia del ventrículo izquierdo y fracción

de eyección del 65%, sin otro dato de mención. Durante el transcurso del año 2006 y 2007 presentó exacerbaciones y remisiones de la debilidad muscular y elevación de las enzimas musculares. A partir del 2007 se determinó la suspensión de la corticoterapia establecida para el cuadro mioinflamatorio. Actualmente el paciente continúa en periodo de remisión persistiendo exclusivamente la gonalgia la cual es manejada con medidas de rehabilitación física y anti-inflamatorios no esteroideos prescritos de forma pulsátil.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La miositis en la Infancia es relativamente más homogénea que las miositis en el adulto. Aunque relativamente rara, la dermatomiositis juvenil es por mucho la más común de las miopatías inflamatorias pediátricas, seguida por algunos casos de polimiositis juvenil, dermatomiositis amiopática y miositis con cuerpos de inclusión. Una categoría distinta incluye a las miositis post-infecciosas, las cuales tienden a ser autolimitadas, asociándose de forma más frecuente a los virus Influenza tipo A y B, aunque no de forma exclusiva, con afectación de los músculos a nivel de la pantorrilla [3]. La incidencia anual de la dermatomiositis y la polimiositis juvenil oscila de 0.15 a 0.5 casos por cada 100 000 niños en diversos países de todo el mundo. Ambas son de 3.5 a 5 veces menos frecuentes que los procesos correspondientes del adulto. Estos procesos en general tienen una predilección por el género femenino que varía de 1,3 a 2,3: 1 en relación con los varones [4].

La polimiositis es rara en la infancia, (Unas 10 o 20 veces menos frecuente que la dermatomiositis juvenil), tiene unas características semejantes pero sin la afectación cutánea. Se considera como de tipo IV en la clasificación de las miopatías inflamatorias [5]:

- Tipo I: Polimiositis idiopática primaria.
- Tipo II: Dermatomiositis Idiopática primaria.
- Tipo III: Polidermatomiositis asociada a neoplasia.
- Tipo IV Polidermatomiositis de la infancia.



- Tipo V: Polidermatomiositis asociada a otra enfermedad del tejido conjuntivo
- Tipo VI: Miositis por cuerpos de Inclusión.

La etiología y la patogénesis de las miositis idiopáticas de la infancia son desconocidas. Muchos mecanismos patogénicos potenciales han sido mencionados, entre los cuales se incluyen: predisposición genética, agentes infecciosos, también se ha implicado el papel del complemento y otras moléculas de adhesión. Como en muchas otras enfermedades autoinmunes se habla de una etiopatogenia multifactorial [6]. Algunas variantes del HLA como la DQA1-0501 han sido reportadas como factor importante para la susceptibilidad de sufrir la enfermedad en ciertos grupos, así como microquimerismos maternos [7]. Entre los agentes infec-

ciosos mencionados asociados a estos cuadros se mencionan las bacterias del género *Borrellia*, y los virus Hepatitis B, Picornavirus, Coxsackie, Echo, Influenza y parainfluenza entre otros [8].

Aunque la fisiopatología no se conoce del todo, como se menciona en líneas anteriores, la llamada lesión inducida por la molécula del complemento (en específico C5) se ha considerado de importancia clave en esta variante de miopatía, como un inductor de daño endotelial y daño mediado por citocinas así como por otras moléculas de adhesión tales como ICAM 1 y VCAM 1 [9].

Algunos autores como Rider y colaboradores [8] han sugerido una clasificación clínico-patológica de las Miopatías Inflamatorias Juveniles. (Ver cuadro 1).

El diagnóstico de las miositis idiopá-

Cuadro 1. Clasificación clínica de los diagnósticos de las miositis infantiles.

Trastorno	Descripción
Dermatomiositis Juvenil	La más común de las miopatías inflamatorias juveniles, con afectación vascular y perivascular.
Polimiositis Juvenil	Patogénesis mediada por células CD8+ Células T e inflamación endomisial.
Miositis de sobreposición	Usualmente miositis moderada con un curso policíclico
Miositis Orbitaria u Ocular	Reportada poco en la infancia más frecuente en el adulto.
Miositis Asociada a Cáncer	Reportada poco en la infancia más frecuente en el adulto.
Miositis focal y nodular	Dolor Focal y sudoración, muy rara en la infancia.
Miositis Proliferativa	Proliferación Pseudosarcomatosa de células gigantes y fibroblastos asociada con inflamación y necrosis.
Miositis con Cuerpos de Inclusión	Afectación proximal y distal a nivel muscular, valores bajos de CPK cambios clásicos en Histopatología.
Miositis Eosinofílica	Reportada de forma rara en la infancia
Miositis Granulomatosa	Idiopática o asociada a sarcoidosis muy rara en la infancia.

ticas muchas veces se realiza recurriendo a los criterios de clasificación de Bohan y Peter, que requieren para el diagnóstico de dermatomiositis la presencia de los exantemas cutáneos característicos en forma de heliotropo o las pápulas de Gottron. Además, para adjudicar a un paciente una dermatomiositis juvenil “probable” tienen que cumplirse dos de los cuatro criterios siguientes, requiriéndose tres para obtener su confirmación como “comprobada”.

1. Debilidad simétrica de los músculos

proximales.

2. Elevación de las concentraciones séricas de enzimas del músculo esquelético, como: creatininasasa, aldolasa, lactatodeshidrogenasa o transaminasas.

3. Trastornos en el electromiograma, entre ellos la triada integrada por:

a) potenciales de la unidad motora polifásicos, breves de pequeña amplitud.

b) fibrilaciones, ondas puntiagudas positivas, aumento de la irritabilidad frente a la inserción.



c) descargas espontáneas extrañas de alta frecuencia.

4. Alteraciones de la biopsia muscular, con degeneración, regeneración, necrosis, fagocitosis e infiltrado intersticial de células mononucleares. También puede haber infiltrados inflamatorios perivasculares que acaben en atrofia perifascicular.

Un diagnóstico de polimiositis juvenil "probable" requiere la existencia de tres de los criterios anteriores, y para que esté "comprobada" tienen que cumplirse los cuatro; en este proceso no están presentes los exantemas característicos.

El diagnóstico diferencial es amplio, pudiéndose mencionar entre otras categorías patológicas: Las Distrofias musculares, las miopatías congénitas, algunos desordenes metabólicos, los cuadros post-infecciosos, tétanos, botulismo, otras enfermedades del tejido conectivo, y disfunción nerviosa periférica [10].

La biopsia muscular está indicada en la fase inicial cuando el diagnóstico es incierto y se desea valorar la actividad de la enfermedad, o en caso se requiera el apoyo médico legal para instituir terapia con glucocorticoides o inmunosupresores [11].

Entre los hallazgos clínicos de estos cuadros podemos mencionar toda una constelación de signos y síntomas como fiebre, malestar general, anorexia, pérdida de peso, debilidad muscular que es el dato pivote en la mayoría de los casos la cual puede afectar cualquier grupo muscular pero es más obvio el compromiso a nivel de la cintura escapular, los músculos del cuello anterior y los músculos del tronco. Las pruebas físicas de Gowers y de Tredeleberg pueden ser signos típicos en algunos de los casos reportados [12]. Las artralgias también son ampliamente descritas así como las manifestaciones cutáneas (signo de Gottron, signo de la V y heliotropo) las cuales apuntan inexorablemente hacia un cuadro específico de dermatomiositis juvenil [12,13]. La Calcinosis, lipodistrofia, afectación gastrointestinal, vasculitis asociada y afectación a otros aparatos y sistemas (Respiratorio, neurológico, cardíaco, of-

talmológico) son datos de severidad de la enfermedad [14]. Otro cuadro posible extremadamente raro es la afectación amiopática de la dermatomiositis que es un cuadro con toda la constelación de alteraciones de la dermatomiositis sin la afectación muscular, se requieren biopsias características para su diagnóstico [15].

En cuanto a la terapia, los corticoides son descritos como la piedra angular de la terapéutica. Con los subsecuentes efectos adversos y porcentaje de pacientes que no responden a los mismos [16,17].

Otros fármacos utilizados en este tipo de cuadros son el metrotexato, la hidroxiclороquina, ciclofosfamida, aziatropina entre otros [18]. Algunas otras terapias utilizadas son inmunoglobulina intravenosa, y bloqueo del factor de necrosis tumoral alfa, o depleción de células B [19]. No hay por el momento guías o consensos para la utilización de estos fármacos

DISCUSION

El presente caso muestra la complejidad de la categoría patológica que incluye a las miopatías Inflamatorias Juveniles, las cuales, de acuerdo a la literatura a nivel mundial relacionada, son un reto diagnóstico para cualquier clínico, en base a la experiencia proporcionada por el presente caso y la evidencia científica que arroja la revisión de la literatura sobre el mismo.

Por sus reducidas prevalencias este tipo de patologías han sido poco estudiadas. El diagnóstico de este tipo de cuadros es, de primera intención, eminentemente de exclusión y para el médico de primer contacto se le recomienda un abordaje inicial considerando las causas más frecuentes de debilidad muscular.

Los datos pivote: La debilidad muscular con predominio proximal y las caídas sin causa aparente, que en este paciente alertaron al médico familiar de la existencia de una patología de mayor gravedad, estuvieron presentes desde el inicio del cuadro clínico y no deben de ser subestimados como signos de alerta para patologías de gravedad.



La recomendación clásica de Pinckney [20] sobre la categorización de los datos necesarios señala que para su identificación el 70% de la información necesaria para el mismo se encuentra

en la historia clínica, 25% en la exploración física y 5% en los exámenes de laboratorio continua siendo válida y evidente en este tipo de casos.

REFERENCIAS

- (1) Choy EHS, Isenberg DA. Treatment of dermatomyositis and polymyositis. *Rheumatology*. 2002; 41 (1): 7-12.
- (2) Mendez EP, Lipton R, Ramsey-Goldman R, et al. US incidence of juvenile dermatomyositis, 1995–1998: results from the National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases Registry. *Arthritis Rheum*. 2003; 49 (3): 300-5.
- (3) Mastaglia FL, Ojeda VJ. Inflammatory myopathies [first of two parts]. *Ann Neurol*. 1985; 17 (3): 215-27.
- (4) Medsger TAJ, Dawson WN, Masi AT. The epidemiology of polymyositis. *Am J Med*. 1970; 48 (6): 715-23.
- (5) Ramos-Miembro F. Manual Clínico de Reumatología. México D.F.: Manual Moderno; 2007.
- (6) Goncalves FGP, Chimelli L, Sallum ME, et al. Immunohistological analysis of CD59 and membrane attack complex of complement in muscle in juvenile dermatomyositis. *J Rheumatol*. 2002; 29 (6): 1301-7.
- (7) Wargula JC. Update on juvenile dermatomyositis: new advances in understanding its etiopathogenesis. *Curr Opin Rheumatol*. 2003; 15 (5): 595-601.
- (8) Rider LG, Miller FW. Classification and treatment of the juvenile idiopathic inflammatory myopathies. *Rheum Dis Clin North Am*. 1997; 23 (3): 619-55.
- (9) Li CKC, Varsani H, Holton JL, et al. MHC class I overexpression on muscles in early juvenile dermatomyositis. *J Rheumatol*. 2004; 31 (3): 605-9.
- (10) Cassidy JT, Petty RE. Juvenile dermatomyositis. *Textbook of pediatric rheumatology*. Philadelphia: Saunders; 2001. p. 465-504.
- (11) Jacobs JC. Juvenile dermatomyositis. *Pediatric rheumatology for the practitioner*. Atlanta: Springer-Verlag; 1993. p. 527-55.
- (12) Compeyrot-Lacassagne S. Inflammatory Myopathies in Children. *Rheum Dis Clin N Am*. 2007; 33 (207): 525-53.
- (13) Ruperto N, Ravelli A, Murray KJ, et al. Preliminary core sets of measures for disease activity and damage assessment in juvenile systemic lupus erythematosus and juvenile dermatomyositis. *Rheumatol*. 2003; 42 (12): 1452-9.
- (14) Isenberg DA, Allen E, Farewell V, et al. International consensus outcome measures for patients with idiopathic inflammatory myopathies. Development and initial indices in patients with adult onset disease. *Rheumatol*. 2004; 43 (1): 49-54.
- (15) Ueda M, Makinodan R, Matsumura M, et al. Successful treatment of amyopathic dermatomyositis with topical tacrolimus. *Br J Dermatol*. 2003; 148 (3): 593-611.
- (16) Hengstman GJ, Van Der Hoogen FH, Barrera P, et al. Successful treatment of dermatomyositis and polymyositis with anti-tumor-necrosis-factor-alpha: preliminary observations. *Eur Neurol*. 2003; 50 (1): 10-5.
- (17) Dalakas MC. Intravenous immunoglobulin in autoimmune neuromuscular diseases. *JAMA*. 2004; 291 (19): 2367-75.
- (18) Amato AA, Griggs RC. Treatment of idiopathic inflammatory myopathies. *Curr Opin Neurol*. 2003; 16 (5): 569-75.
- (19) Di Martino SJ, Kagen LJ. Newer Therapeutic Approaches: Inflammatory Muscle Disorders. *Rheum Dis Clin N Am*. 2006; 32 (1): 121-8.
- (20) Canoso JJ. *Rheumatology in primary care*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1997.



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de Medicina Alberto Hurtado
Dirección de Postgrado y Especialización en Medicina

MAESTRÍA

Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud

TERCERA PROMOCIÓN

Evaluación de Expedientes:

Matrículas: hasta el

Inicio de Clases:

Inscripción extemporánea hasta la 3ra semana de Octubre



INFORMES E INSCRIPCIONES

Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Dirección Asociada de Maestrías y Doctorado

T (051) 319 0040 - Telefax (051) 319 0008 - famed.postgrado.maestria@oficinas-upch.pe

Av. Honorio Delgado 430 - Ingeniería, San Martín de Porres, Lima - Perú

Esta hoja ha sido dejada en blanco para mantener la simetría en la edición. No debe ser impresa.

Este espacio está disponible para avisos publicitarios.

Punto de Vista

El Sistema de Salud en el México del siglo XXI. Su Estado frente al Desarrollo Sustentable

Health System in Mexico of the XXI Century. Facing the sustainable development

RESUMEN

Francisco Javier Espinoza-Peña,
[Mag GSS.*](#)

Introducción: El desarrollo sustentable es la base del crecimiento de los programas de salud en los países con economías emergentes. En México este desarrollo ha venido incrementándose conforme progresan las instituciones públicas de salud que brindan atención a los individuos.

Objetivos: Presentar las condiciones necesarias para el desarrollo del crecimiento sustentable en salud en México

Temas abordados: Evolución de la estructura del Sistema de Salud en México. Instituciones pertenecientes al Sistema, condiciones políticas y socioeconómicas.

Descriptor: Atención Primaria de Salud, Desarrollo sustentable, México.

ABSTRACT

Introduction: The sustainable development is the base to the growth of health programs in emergent economy countries. In Mexico, this development has been increasing as public institutions that take care of people, showed some progress.

Objectives: To present needed conditions to attain sustainable development in health in Mexico.

Reviewed topics: Evolution of the structure of the Health System in Mexico. Institutions of the system. Politic and socioeconomic conditions.

Keywords: Primary Health Care, Sustainable Development, Mexico.

Documento de posición editorial no
sujeto a arbitraje.

MPA e-j. med.fam.aten.prim.int. 12011
5(1): 27-29

Este artículo está disponible en [www.
idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

[Filiación del Autor:](#)

* Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara, México.

Mag GSS: Magister en Gestión de Servicios de Salud

Correspondencia para el autor: MGSS Francisco Javier Espinoza Peña.
Email: javiere@cusur.udg.mx



Desde las dos últimas décadas del siglo XX, uno de los temas más complejos y de observancia de las naciones con economías emergentes, ha sido sin duda el desarrollo sustentable, el cual pretende promover la calidad de vida y el bienestar del ser humano mediante el equilibrio entre sus tres componentes básicos: educación, ingreso y salud. El enfoque primordial del desarrollo sustentable enfatiza que el sistema de salud no debe ser visto y entendido sólo como la atención al enfermo, sino como la suma de una actividad permanente de información coherente, concisa y clara a través de campañas de prevención y promoción a la salud, y de una atención clínica (médica, quirúrgica, etc.) capaz de garantizar un correcto desenvolvimiento y reincorporación a la vida social, todo ello por medio de la acción de un enorme cúmulo de recursos financieros, materiales, técnicos y humanos [1]. En México, los Artículos 2° y 4° de la Constitución Política se dedican a la educación, la creación de medios de producción garantizando el derecho a la protección de la salud, derivado del cuidado al medio ambiente [2].

De esta manera, la educación, la salud y el desarrollo se conjugan para lograr dos objetivos. En primer lugar forman insumos del proceso de ocupación-ingreso-consumo de los habitantes de una localidad o región, además de ser factores condicionantes de la infraestructura sanitaria. Por otro lado, contribuyen en la concretización de manera coherente los objetivos de una buena nutrición, familias de adultos con hijos deseados, información y educación para la salud, seguridad social que garanticen el acceso y cobertura universal a todos los mexicanos [3].

El entonces presidente Lázaro Cárdenas en 1936, implementó la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) estableciendo las bases de lo que debería ser el Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, en 1944 crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que integra solo a la clase trabajadora de la economía formal, creando así el primer subsistema diferenciado de salud, el mismo que contaría con recursos proporcionados por el patrón, trabajador y gobierno federal, y estaría bajo las

normas de su propia ley.

En una sociedad como la nuestra (clasista), y atendiendo intereses más de carácter político-económico, que de servicio y bien estar a los trabajadores del estado y sus familiares se crea en 1959 el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, (ISSSTE). Paralelamente se establecen los servicios de salud y atención médica a familiares de militares por la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), de la Secretaría de Marina (SEMAR), y el servicio independiente para los trabajadores privilegiados de Petróleos Mexicanos (PEMEX). En los 80s los servicios que tenían los trabajadores ferrocarrileros, se adjudican al IMSS, incorporándose además a esta institución los trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad (CFE) además de otras dependencias de orden federal, estatal y municipal [3].

El modelo económico de los años 30s hasta los 70s, se agotó en dicha década, dando paso al neoliberal (consenso de Washington 1989). A partir de los años 80s, se iniciaron las crisis de las instituciones encargadas de las políticas públicas de salud, dando como resultado una limitación del IMSS y ampliación de recursos a programas de atención a la salud para la población sin empleo formal como el Seguro Popular (2001) de la SSA, en lugar de promover el desarrollo y el empleo que fortaleciera la seguridad social.

A 74 años de la implementación de las bases del Sistema Nacional de Salud, en México, no podemos dejar de reconocer los avances logrados, en materia de salud materno- infantil, al disminuir tanto la mortalidad como la natalidad y el incremento de la esperanza de vida de los mexicanos. Sin embargo, la desigual composición social y económica del país, no solo por su dispersión poblacional, costumbres, religión y etnia, además de las condiciones geográficas y la diversidad climática, sino fundamentalmente las de orden financiero y político, no ha permitido la integración de los diferentes subsistemas de salud, para cumplir con los objetivos del Sistema Nacional de Salud [4].

La reaparición de enfermedades erra-



dicadas en el siglo XX como la tuberculosis y el paludismo, la proliferación del dengue, así como el incremento en la morbilidad de enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, insuficiencia renal, cáncer de mama, e hipertensión [5], aunada a un incremento destacado en las adicciones y sus repercusiones en los trastornos mentales, nos muestran de manera clara las fallas, agotamiento y rezago del sistema. Esta ineficacia e ineficiencia en relación a su razón de ser (la salud de los mexicanos), ha traído como consecuencia que estemos en manos de los comerciantes de la tecnología médica -haciéndonos más dependientes social, económica y tecnológicamente en la atención de las enfermedades, en lugar de promover la prevención, la educación y el empleo. Lo anterior es una consecuencia esperada del trabajo de las instituciones de salud en las dos últimas décadas, acciones aisladas, desvinculadas de la realidad social y de las necesidades en la población usuaria, con carencias de directivos cuyos intereses estén realmente al servicio del bienestar de la población y no al interés político personal.

Las condiciones políticas sociales y económicas hacen muy complicado tratar de igualar lo desigual, por eso es importante retomar seriamente la necesidad de reformar e integrar un verdadero Sistema Nacional de Salud, que obedezca a las necesidades de la población y no a los intereses de los grupos que han hecho de la salud un jugoso negocio. Estas condiciones crearon un grupo de subsistemas en

servicios de atención a la salud concordantes con la estructura económica, política y social de México, los cuales trabajan en forma desvinculada en lo cotidiano y solo en el discurso político se coordinan para presentar informes que no se contradigan.

Resaltan cinco de estos subsistemas:

- 1.- La Secretaría de Salud, y actualmente el recién incluido Seguro Popular.
- 2.- La seguridad social, compuesta por el IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR
- 3.- Los servicios de privilegiados de PEMEX
- 4.- Los sistemas Desarrollo Integral de la Familia, Emergencias Municipales y la Cruz Roja.
- 5.- Los servicios de salud privados

Por último, se ha observado que otros sectores indirectos responsables de la salud, como la educación, los servicios básicos municipales y la gestión de empleo junto con el cuidado al ambiente, que pueden considerarse partes centrales del desarrollo sustentable, en general no se vinculan con las acciones cotidianas de la SSA, salvo algunas acciones de medicina preventiva que son de carácter obligatorias.

Una propuesta preliminar para enmendar todas estas alteraciones en la oferta de los servicios de salud podría ser la descentralización por Estados, buscando trabajar de acuerdo a necesidades reales de cada región y localidad, donde las medicinas alternativas puedan jugar un rol de acuerdo a los objetivos de salud.

REFERENCIAS

- (1) López RJ. Morbilidad y Reincidencia Viral. 2011. citado en: 20 Enero 2011. Disponible en: <http://www.quasar.es/imasd/imasd/may99/morbi4.htm>.
- (2) Gobierno de México. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma DOF 29-07-2010. México: Periódico Oficial; 2010. citado en: 20 Enero 2011. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>.
- (3) Espinosa PF. Propuesta de un Modelo para inducir el desarrollo sustentable (el caso de Ciudad Guzmán, municipio de Zapotlán, el grande Jalisco, México. [Tesis de Doctorado en Medicina]. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2009.
- (4) Espinoza PF. Modelo de Integración de los servicios de salud [Tesis de maestría en Gerencia de Servicios de Salud]. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1998.
- (5) Sistema Nacional de Información en Salud. Estadísticas por tema. 2011. citado en: 20 de Enero de 2011. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx>.

12 al 15 de octubre de 2011



Programa preliminar

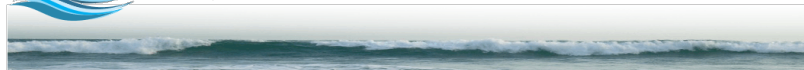
(ver +)



XXVI

Hacia la equidad en salud: Nuestra propuesta
12 AL 15 DE OCTUBRE DE 2011 | MAR DEL PLATA | ARGENTINA

Congreso Argentino de Medicina General



XXVI Congreso Nacional de Medicina General

XII Congreso Internacional de APS
XX Congreso del Equipo de Salud
V Encuentro Nacional de Trabajadores de la APS

APS, ¿cómo estamos hoy?

12 al 15 de octubre de 2011
Hotel 13 de Julio - Mar del Plata - Argentina



Federación Argentina de Medicina General
Asociación Bonaerense de Medicina General
www.famg.org.ar - www.amgba.com.ar
Email: congreso2011@famg.org.ar
Colombes 764 - Ciudad de Buenos Aires - Tel: +54-011-4932-3816



AMGBA
ASOCIACIÓN
MEDICINA
GENERAL
BUENOS
AIRES

Esta hoja ha sido dejada en blanco para mantener la simetría en la edición. No debe ser impresa.

Este espacio está disponible para avisos publicitarios.



Fascículo de Educación Continua

Como Preparar una Propuesta Curricular por Competencias para Especialistas en Medicina Familiar y Atención Primaria

How to prepare a Competence-Based Curricular Proposal to Family Medicine and Primary Health Care Specialists

RESUMEN

Miguel A. Suárez-Bustamante,
[Méd.Dr., MF, Mag.Sal.Púb.*](#)

Introducción: La formación por competencias es clave para desarrollar programas de capacitación que realmente incrementen la resolutivez del personal que trabaja en atención primaria.

Objetivos: Ofrecer pautas específicas para formular propuestas curriculares por competencias. Resaltar algunos elementos del enfoque de formación por competencias, que la hacen ideal para formar personal que trabaja en atención primaria.

Temas abordados: Pasos para la Formulación de una Propuesta Curricular por Competencias. Definición de la imagen objetivo para los especialistas en Atención Primaria y las competencias priorizadas por el programa. Enlace entre las competencias y los contenidos del Programa. Importancia de las metodologías docentes y de los medios para evaluar los resultados en sus participantes.

Descriptores: Formación por Competencias, Currículo por competencias, Análisis y mapa funcional, Medicina Familiar, Atención Primaria.

ABSTRACT

Introduction: Competence-based training is a key-element to develop capacity building programs that really improve the resolutivez of primary health care work-force.

Objectives: To provide specific guidelines about curricular proposal formulation. To remark some important elements of the Competence-Based Approach that make it optimal to train primary health care personnel.

Reviewed topics: Steps to formulate a Competence-Based Curricular Proposal. How to definite goals to Primary Health Care specialists. How to prioritize program competences. Link between competences and program contents. Importance of teaching methodologies and means to assess the participants results.

Keywords: Competence-Based Training, Competence-Based Curriculum, Functional Analysis and Functional Map, Family Medicine, Primary Health Care.

Documento de posición editorial no sujeto a arbitraje.

MPA e-j. med.fam.aten.prim.int. 2011 5(1): 31-40

Este artículo esta disponible en www.idefiperu.org/mpa.html

Filiación del Autor:

*Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Facultad de Medicina, Residencia y Maestría de Medicina Familiar, Lima, Perú. Universidad San Antonio de Abad, Residencia de Medicina Familiar, Cusco, Perú (Prof. Invitado). Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU), Lima, Perú.

Méd.Dr.: Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar. Mag.Sal.Púb.: Magister en Salud Pública.

Correspondencia para el autor: Dr. Miguel Suárez B: migsuarez@yahoo.com



INTRODUCCIÓN

Al desempeñarse como verdaderos expertos en todo lo concerniente al nivel primario de los servicios de salud, los médicos con especialidad en Medicina Familiar y/o Atención Primaria pueden proveer cuidados continuos e integrales, en el contexto de la familia y sin limitaciones de sexo, edad u otro tipo [1-5]. Además, pueden gestionar los establecimientos donde laboran, trabajando armónicamente con la comunidad, y haciendo docencia e investigación con el personal de salud o en formación a su cargo [6-9]. Aun más importante, estos médicos especialistas deben ser celosos guardianes de la aplicación de principios tales como el enfoque de atención integral, el trato humanitario, la continuidad, la equidad, el gasto social bien enfocado, la acción anticipatoria y la adecuada participación de la comunidad [10-14]. Sin embargo, y a diferencia del personal que trabaja en hospitales, ellos deberán ejercer todas estas acciones en contextos no controlados, con notables complejidades de naturaleza social, cultural, administrativa y de salud pública, además de la biomédica propiamente dicha. Es interesante que por mucho tiempo se haya referido al escenario de la Atención Primaria como el "nivel de menor complejidad" y al de los hospitales como el de mayor, cuando la realidad indica lo contrario.

Para poder responder adecuadamente a esta importante densidad de requerimientos, los programas de formación de especialistas en Medicina Familiar y/o Atención Primaria deberán asegurar un conjunto amplio de conocimientos, aptitudes, actitudes y prácticas a sus participantes [15-17]. Igualmente, esta especialidad debe, además de enfocarse en el desarrollo técnico de sus miembros, como se haría con cualquier otro especialista, preocuparse por la germinación o florecimiento de sus propios valores y principios, sustentados en una fuerte vocación de servicio hacia la población [18-20]. Dadas las dificultades para organizar un Programa de este tipo, no es infrecuente que algunos de ellos preparen insuficientemente a sus formados para un adecuado trabajo en Atención Primaria. Una medida útil para revertir esta situación, es la preparación de propuestas curriculares

por competencias, enfocadas donde garanticen mayores logros para sus participantes [21-23].

El presente artículo, se constituye de facto en la segunda parte de otro previamente publicado sobre esta materia [22], y en el cual se tocaron temas ligados a la formación de especialistas en Medicina Familiar y Atención Primaria como:

- ¿Qué es el Enfoque de Competencias o la Formación Basada en Competencias?
- ¿Cuál es la importancia de desarrollar, implementar y posteriormente evaluar los diseños curriculares por competencias?
- ¿Quiénes deben desarrollar las Propuestas Curriculares por Competencias y bajo qué circunstancias?
- ¿Cuáles son los principales bloqueos que dificultan una adecuada Formación Basada en Competencias?

Dado que aquí se complementa al anterior artículo, el presente trabajo no se detendrá en aspectos abordados en la anterior publicación, centrándose en como preparar una propuesta curricular por competencias, de una manera directa y precisa. Para las consultas respectivas sobre temas de carácter más general, solicitamos referirse a la bibliografía correspondiente [21,22,24-27].

Pasos para la Formulación de una Propuesta Curricular por Competencias

En este artículo hemos simplificado la metodología de Propuesta Curricular por Competencias para el pre-grado médico propuesta por el Dr. Bandaranayake [28], para ajustarla a un Programa de Especialización en Medicina Familiar y/o Atención Primaria de Salud. Ello es válido tanto para la vía regular del residentado médico, como para la reconversión de médicos generales en especialistas en Atención Primaria. En este contexto más específico, pueden identificarse tres pasos para organizar adecuadamente una Propuesta Curricular por Competencias:

- Definir la imagen objetivo para los especialistas formados por el Programa.
- Definir las competencias priorizadas por el Programa y completar su for-



mulación.

-Enlazar las competencias y los contenidos del Programa, organizándolos en módulos, definiendo sus metodologías docentes y estableciendo los medios para evaluar a sus participantes.

Ejemplificaremos la formulación de esta propuesta con la documentación elaborada para la preparación de la Estructura Curricular del Residentado en Medicina Familiar de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), aprobado en el año 2007 [29], así como en otro trabajo de alcance nacional del autor [30].

Paso 1: Definir la imagen objetivo para los especialistas formados por el Programa.

Este paso tiene dos elementos. El primero se centra en definir, con la mayor precisión posible, las responsabilidades a cargo de los futuros especialistas. El segundo implica priorizar los encargos del programa formativo, necesaria puesto que las limitaciones de tiempo impiden la cobertura total de los posibles temas.

Este paso es importante, pues sostiene el hilo conductor que guiará a las siguientes etapas de la formulación del programa. Si bien dicha selección varía entre realidades, su adhesión al espíritu del cuerpo original de la especialidad, evitando sobre-simplificar o expandir demasiado esta imagen objetivo —resaltando funciones poco comunes o desestimando las realmente críticas—, garantizará un nivel óptimo. Por ello, además de considerar las acciones habitualmente desarrolladas en un contexto de Atención Primaria, dicha imagen objetivo debe considerar sus tendencias actuales y pautas para su orientación futura [31-33].

Tradicionalmente este paso se desarrollaba en gabinete, reuniendo a un conjunto de “expertos” sobre la materia, quienes plasmaban esta imagen objetivo según su entendimiento. En países nuevos para esta especialidad, con pocos académicos de la Atención Primaria, esta ha sido una seria debilidad, pues los “expertos” invitados podían desviar seriamente los objetivos docentes. Por ejemplo, los especialis-

tas en salud pública convocados como “expertos”, solían hipertrofiar las responsabilidades ligadas a este campo, mientras que los invitados especialistas verticales hospitalarios, solían enfocarse en la experticia clínica puramente biomédica.

Para evitar estos sesgos la recomendación fundamental es ejecutar este paso, a través de un Análisis Funcional, planteado sobre el ejercicio de la especialidad de manera idónea. Aun cuando por motivos de espacio, en este artículo no se explicita la metodología de este tipo de análisis —para una explicación detallada recomendamos consultar la bibliografía especializada [34,35]—, enfatizaremos sus aspectos fundamentales. En primer lugar precisaremos la necesidad de partir de un adecuado propósito clave, realmente vinculado a la finalidad de la especialidad. Inmediatamente se debería plantear la pregunta: ¿Qué debe hacerse para que esto se logre? sucesivamente, considerando que estas respuestas constituirán los siguientes niveles de funciones del análisis. En esta lógica puede desarrollarse una desagregación sucesiva de funciones, trabajando con tres o hasta cuatro niveles. Este proceso permitirá trazar el denominado Mapa Funcional, que explicita como se relacionan las funciones identificadas en el análisis y las subsecuentes competencias. El análisis concluye al definir las unidades de competencia y elementos de competencia que serán descritos en el siguiente paso.

Es común que el análisis precedente despliegue una gran cantidad de funciones reales y potenciales para la especialidad, cuya cobertura pedagógica total requeriría programas de muchos años de duración. Dado que ese tiempo no está disponible, es necesario seleccionar aquellos elementos realmente críticos, para que el programa se concentre sobre ellos, dejando otros para la auto-formación de los especialistas.

Algo interesante de dicho mapa funcional es que en los documentos curriculares respectivos, frecuentemente aparece sólo como fragmentos aislados. Sin embargo, su relevancia es única, pues representa la apuesta institucional para alcanzar especialis-



tas que den cumplimiento al propósito clave, en los diversos contextos donde se desempeñen.

En el Cuadro 1 puede apreciarse el Propósito Clave y Funciones Clave del análisis funcional desarrollado para la especialidad en el Programa de Entrenamiento del Residentado de Medicina Familiar de la UPCH. El mapa se completa con las unidades de competencia y los elementos de competencia que se describen en el paso siguiente.

Paso 2: Definir las competencias priorizadas por el programa y completar su formulación.

Este paso, tiene también dos elementos. El primero formula adecuadamente las competencias y logros del programa, asegurando su consistencia con el Análisis Funcional de la especialidad, y priorizando dentro del amplio abanico aportado por este. El segundo elemento, complementa dichas definiciones, con el bloque de las competencias genéricas, igualmente importantes para este trabajo.

Las competencias representan una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes/valores que conducen a un desempeño adecuado, oportuno y de calidad. En esta línea, la competencia tiene un sentido práctico y relacionado a "saber que hacer, sobre algo específico y con determinadas actitudes/valores", pero siempre en un contexto propio del campo laboral del futuro especialista, bajo situaciones a encontrarse con relativa frecuencia y dentro de los escenarios de actuación esperados para su desempeño [25,27]. Dichas competencias frecuentemente representan acciones concretas para responder efectivamente al sujeto-objeto de la especialidad y sus necesidades de salud.

Según la modalidad formativa propuesta, es crucial formular adecuadamente dichas competencias, puesto que el diseño curricular, programa de entrenamiento, experiencias docentes y espacios educacionales requeridos, deberán alinearse a estas para conseguir la imagen objetivo deseada. En consecuencia, si en este proceso no se alcanza una adecuada precisión

Cuadro 1. Propósito y funciones clave del mapa funcional de la Estructura Curricular por Competencias del Residentado de Medicina Familiar de la UPCH. 2006.

Propósito Clave:

Ofrecer una atención de salud humanitaria, científica, integral/integrada y continua a las personas y familias, en el contexto de su comunidad, en todas las etapas de la vida, en el contexto de la Atención Primaria, y de acuerdo a conocimientos científicos y técnicos actualizados y a los valores, principios y metodologías de la Medicina Familiar y la Atención Integral, desempeñando las funciones de docencia, administración e investigación que contribuyan a este propósito.

Funciones Clave:

A. Abordar, y en la medida de sus posibilidades institucionales resolver, hasta el 80% de los problemas de salud de las personas a su cargo, en las diversas esferas que las constituyen (físicas, emocionales, sociales, etc.), al mismo tiempo que ofrecen actividades para prevenir enfermedades y daños, y favorecer su adecuado desarrollo, todos los cuales realmente contribuyan a satisfacer las necesidades de salud de las personas y ayudarles a mejorar su calidad de vida.

B. Abordar, y en la medida de sus posibilidades institucionales resolver, hasta el 80% de las familias a su cargo, ayudándoles a superar los estresores normativos y no normativos que enfrenten en las diferentes etapas de su ciclo vital familiar, al mismo tiempo que ofrecen actividades para mantener un adecuado microentorno y dinámica familiar y prevenir crisis familiares futuras, favoreciendo su adecuado desarrollo y mejorando su calidad de vida.

C. Apoyar el desarrollo y fortalecimiento de la comunidad organizada, orientando y colaborando con ella en la realización de diagnósticos locales que identifiquen sus principales problemas de salud, al mismo tiempo que combina el conocimiento de las características socio-culturales y ambientales, con su criterio epidemiológico, para diseñar, implementar y evaluar las acciones de desarrollo local, control ambiental y acciones de solidaridad, que sean más efectivas para impactar en los problemas de salud de la comunidad, del modo más participativo posible.

D. Organizar estructural y funcionalmente los procedimientos de gerencia de establecimientos de salud, proyectos, programas y servicios en su ámbito de ejercicio profesional, dentro del contexto de la Atención Primaria, generando iniciativas para ofrecer una prestación integral, longitudinal, continua, con calidad y eficiencia, que incorpore una adecuada participación de los equipos técnicos, potenciando sus recursos, y asegurando su funcionamiento armónico, mejorar la organización estructural y funcional

E. Brindar educación continua para los recursos a su cargo, y para los recursos de la comunidad (agentes comunitarios, organizaciones de base, otras instituciones, etc.), de modo que puedan cumplir de la manera más efectiva y eficiente sus objetivos de contribuir a mejorar la salud de las familias y la comunidad.

F. Desarrollar e idealmente publicar los resultados de una investigación desarrollada en su ámbito de ejercicio profesional, dentro del contexto de la Atención Primaria, el cual contribuya efectivamente a conocer mejor su realidad de salud y sus factores determinantes,

en su definición, o las competencias identificadas no se corresponden con el Análisis Funcional previo, las posteriores actividades docentes carecerán de direccionalidad, y sus resultados finales no estarán garantizados.

En secuencia con el paso anterior, esta formulación debe precisar las unidades de competencia y los elementos de competencia inherentes a la última etapa del Análisis Funcional. Es muy relevante, seguir la estructura sugerida para la formulación de objetivos educacionales, explicitando las siguientes partes [36]:

Verbo/Comportamiento: Tipo de conducta que será desarrollada por el participante en el programa.



Cuadro 2. Ejemplos de Unidades y elementos de competencia de la Estructura Curricular por Competencias del Residentado de Medicina Familiar de la UPCH. 2006.

A.1 Realizar un diagnóstico costo-oportuno y un manejo integral de los problemas de salud que trae un paciente, con enfoque bio-psico-social y en el contexto de su familia y comunidad, desarrollando las intervenciones necesarias para contribuir a la resolución o control de los problemas identificados.

A.1.1 Elemento de Competencia 2 (I1): Realizar una Historia Clínica Orientada al Problema y Abordar al paciente según los Procesos Orientados a las tareas en el cuidado de la Salud (TOPICS) que le corresponden

A.1.2 Elemento de Competencia 3 (I2): Realizar un manejo integral de los problemas de salud que trae un paciente, con enfoque bio-psico-social y en el contexto de su familia y comunidad, desarrollando las intervenciones necesarias para contribuir a la resolución o control de los problemas identificados.

A.1.3 Elemento de Competencia 4 (I3): Contribuir efectivamente al abordaje de las necesidades de mantenimiento de salud y desarrollo de las personas y familias a su cargo.

A.2 Reconocer adecuadamente sus límites de competencia, empleando las inter-consultas, referencias y/o derivaciones de sus pacientes a niveles de mayor complejidad, de acuerdo a la naturaleza del problema y sin perder el vínculo con ellos.

A.2.1 E. de Competencia 5 (I4): En todas las situaciones en que los problemas de salud escapen a su nivel de resolutivez, realizar las referencias al nivel secundario y terciario con oportunidad y luego de haber realizado el trabajo inicial de diagnóstico y estabilización.

A.2.2 E. de Competencia 6 (I5): Atender o transferir las emergencias médico-quirúrgicas que se presenten de acuerdo a su nivel de resolutivez.

B.1 Realizar un diagnóstico costo-oportuno y un manejo integral de los problemas de salud de las familias a su cargo, con base en un enfoque sistémico y en el contexto de su comunidad, desarrollando las intervenciones necesarias para contribuir a la resolución o control de los problemas identificados.

B.1.1 E. de Competencia 6 (F1): Llenar adecuadamente la Historia Familiar y los instrumentos en Medicina Familiar.

B.1.2 E. de Competencia 7 (F2): Realizar un adecuado diagnóstico de las necesidades de salud familiares, con énfasis en los problemas psico-sociales o de dinámica familiar.

B.1.3 E. de Competencia 8 (F3): Desarrollar las orientaciones a la familia que sean necesarias para contribuir a la resolución o control de los problemas familiares identificados.

B.2 Reconocer adecuadamente sus límites de competencia, empleando las inter-consultas, referencias y/o derivaciones de las familias a su cargo a niveles de mayor complejidad, de acuerdo a la naturaleza del problema y sin perder el vínculo con ellos.

B.2.1 E. de Competencia 9 (F4): En todas las situaciones en que los problemas de la familia superen sus competencias, realizar la referencia a terapia familiar con oportunidad y luego de haber realizado el trabajo inicial de diagnóstico familiar.

C.1 Realizar un diagnóstico adecuado de los problemas de salud y desarrollo que afectan a una comunidad, contando con la participación y liderazgo de los propios actores comunitarios y con vistas a plantear soluciones a los mismos, desde el ámbito de los gobiernos local, municipal, regional y nacional.

C.1.1 E. de Competencia 10 (C1): Llenar adecuadamente los instrumentos para el diagnóstico comunal y de identificación de familias en riesgo.

C.1.2 E. de Competencia 11 (C2): Realizar un diagnóstico participativo de los problemas de la comunidad

C.2 Elaborar planes y programas para abordar los problemas identificados, contando con la participación y liderazgo de los propios actores comunitarios y convocando el aporte de los gobiernos local, municipal, regional y nacional

C.2.1 E. de Competencia 12 (C3): Realizar programas comunitarios para abordar los problemas de la comunidad, contando con una adecuada participación comunitaria y social.

Objeto: Elemento sobre el cual se aplicará la conducta antes descrita.

Condición: Situaciones de contexto para el comportamiento, ya sean ellos supuestos importantes o restricciones y limitaciones.

Estándares: Criterios de desempeño aceptable al ejecutar la competencia.

Complementariamente es necesario precisar la secuencia de logros, indicando en que momento de su formación adquirirán estas competencias. Ello implica diferenciar aquellas competencias que requieren ofrecerse desde los primeros momentos del Programa, de aquella cuyas actividades educativas se programan en la mitad final del programa.

Como último paso de esta formulación, deben complementarse las competencias específicas, estrechamente ligadas a la especialidad, con otras competencias genéricas, relacionadas al ejercicio de varias especialidades o a la medicina general [37].

En el Cuadro 2 puede apreciarse un resumen de algunas unidades de competencia y elementos de competencia priorizadas en la Estructura Curricular por Competencias del Residentado de Medicina Familiar de la UPCH, que se complementan con el Propósito Clave y Funciones Clave para conformar el mapa funcional.

Paso 3: Enlazar las competencias y los contenidos del Programa, organizándolos en módulos, definiendo las metodologías docentes y estableciendo los medios para evaluar a sus participantes.

En este paso se incorporan tres elementos. En el primero desplegamos los contenidos, esto es, los conocimientos habilidades y actitudes/valores requeridos para desarrollar las competencias previamente identificadas. En segundo lugar, categorizamos los contenidos, consolidándolos en módulos y organizando su oferta según la secuencia de logros prevista. Por último, seleccionamos los métodos para ejecutar la docencia y la evaluación de competencias.

Al iniciar este paso, no debe soslayarse la relevante complementariedad entre los dos momentos centrales al formular la propuesta curricular: definir las competencias (a partir de un adecuado mapa funcional), y precisar las oportunidades educativas que permitirán a los formados, adquirirlas y demostrarlas.



Cuadro 3. Secuencia de logros para los elementos de competencia según ejes de atención, dentro de la Estructura Curricular por Competencias del Residentado de Medicina Familiar de la UPCH. 2006.

Secuencia de Logros para las Competencias Principales en el área de Atención Individual.

	I1:Historia Clínica Orientada al Problema / TOPICS	I2:Manejo integral con enfoque bio-psico-social	I3:necesidades de mantenim. salud y desarr.	I4:referencias con oportunidad	I5:Emergencias médico-quirúrgicas
Semestre I					
Semestre II					
Semestre III					
Semestre IV					
Semestre V					
Semestre VI					

Secuencia de Logros para las Competencias Principales en el área de Atención a la Familia.

	F1:Historia Familiar e instrumentos en MF	F2:diagnóstico de las necesidades de salud familiar	F3:intervenciones en salud familiar	F4: Referencias respectivas con oportunidad
Semestre I-III				
Semestre IV				
Semestre V				
Semestre VI				

Secuencia de Logros para las Competencias Principales en el área de Atención a la Comunidad

	C1:Llenar adecuadamente los instrumentos para el diagnóstico comunal y de identificación de familias en riesgo.	C2:Realizar un diagnóstico participativo de los problemas de la comunidad	C3:Realizar programas comunitarios con una adecuada participación comunitaria y social
Semestre IV			
Semestre V			
Semestre VI			

Secuencia de Logros para las Competencias Principales en el área de Gestión y Administración.

	G1: plan para reorganización basada en Atención Integral	G2:Plan de Salud Local o Plan Operativo Institucional	G3:Monitoreo y Evaluación para el perfeccionamiento de los planes	G4:plan para el mejoramiento continuo de la calidad
Semestre IV				
Semestre V				
Semestre VI				

Secuencia de Logros para las Competencias Principales en el área de Docencia e Investigación.

	D1:plan de capacitación efectivo	D2: Preparar y Desarrollar actividades docentes	D3: Desarrollar una investigación en la realidad en la que trabaja	D4:rutina de Aprendizaje Basado en el Problema (ABP)
Semestre I-III				
Semestre IV				
Semestre V				
Semestre VI				

Leyenda de los cuadros

Los nombres en las columnas corresponden a versiones abreviadas de los elementos de competencia previamente descritos.

Los semestres en las filas son los semestres del residentado (que tiene 3 años, por lo tanto 6 semestres) en los cuales cada competencia debe ser adquirida con un cierto nivel. Los colores identifican el nivel de avance:

Color Blanco: En ese semestre aun no se aborda la competencia.

Color Amarillo: Nivel Básico de la competencia

Color Verde: Nivel Intermedio/Avanzado de la competencia

Color Celeste: Mantenimiento de la competencia adquirida.



Cuadro 4. Disposición en unidades, módulos de formación diferencial, distribución calendarizada y algunos ejemplos de contenidos, dentro de la Estructura Curricular por Competencias del Residentado de Medicina Familiar de la UPCH. 2006.

Mes	Año R	Cont Hosp.	Unid. Cont. Diferencial	Módulo Cont. Diferencial
Jun	R I	Hospitalarias I	Medicina Familiar I	
Jul	R I	Hospitalarias I	Medicina Familiar I	
Ago	R I	Hospitalarias I	Medicina Familiar I	
Set	R I	Hospitalarias I	Medicina Familiar I	Clínica Integral Bio-psico-social 1
Oct	R I	Hospitalarias I	Medicina Familiar I	
Nov	R I	Hospitalarias I	Medicina Familiar I	Familia 1
Dic	R I	Hospitalarias I	Medicina Familiar I	
Ene	R I	Hospitalarias I	Medicina Familiar I	
Feb	R I	Hospitalarias I	Medicina Familiar I	
Mar	R I	Hospitalarias I	Medicina Familiar I	
Abr	R I	Hospitalarias I	Medicina Familiar I	
May	R I	Hospitalarias I	Medicina Familiar I	
Jun	R II	Hospitalarias II	Medicina Familiar I	
Jul	R II	Hospitalarias II	Medicina Familiar I	
Ago	R II	Hospitalarias II	Medicina Familiar I	
Set	R II	Hospitalarias II	Medicina Familiar I	
Oct	R II	Hospitalarias II	Medicina Familiar I	
Nov	R II	Hospitalarias II	Medicina Familiar I	
Dic	R II		Vacaciones	
Ene	R II		Rotaciones Electivas	
Feb	R II		Medicina Familiar II	
Mar	R II		Medicina Familiar II	Clínica Integral Bio-psico-social 2
Abr	R II		Medicina Familiar II	Familia 2
May	R II		Medicina Familiar II	Comunidad 1
Jun	R III		Medicina Familiar II	Gestión 1
Jul	R III		Medicina Familiar II	Docencia e Investigación 1
Ago	R III		Medicina Familiar II	
Set	R III		Medicina Familiar III	
Oct	R III		Medicina Familiar III	Clínica Integral Bio-psico-social 3
Nov	R III		Medicina Familiar III	Familia 3
Dic	R III		Medicina Familiar III	Comunidad 2
Ene	R III		Vacaciones	Gestión 2
Feb	R III		Medicina Familiar III	Docencia e Investigación 2
Mar	R II		Medicina Familiar III	
Abr	R II		Medicina Familiar III	
May	R III		Vacaciones	

Descripción General de los Módulos de contenidos diferenciales (Ejemplos)

Módulos de contenidos diferenciales de la Unidad Formativa Medicina Familiar I:

Clínica Integral Bio-psico-social 1	
Elementos de la disciplina de la Medicina Familiar	Espacio Docente:
Historia Clínica Orientada al Problema	Consultorio de MF (Hospitalario o de Atenc. Primaria)
TOPICS	Sala de Actividades Académicas
Registros en Medicina Familiar	
Instrumentos en Medicina Familiar - Atención Individual.	
Emergencias médico-quirúrgicas	
Manejo integral con enfoque bio-psico-social	
Referencias respectivas con oportunidad	

Familia 1	
Fundamentos de la Atención a la Familia	Espacio Docente:
Instrumentos de la Atención a la Familia	Consultorio de MF (Hospitalario o de Atenc. Primaria)
	Sala de Actividades Académicas

Módulos de contenidos diferenciales de la Unidad Medicina Familiar II:

Clínica Integral Bio-psico-social 2	
Manejo integral con enfoque bio-psico-social	Espacio Docente:
Necesidades de mantenimiento de salud y desarrollo/Prevención y Promoción	Consultorio de MF (Hospitalario o de Atenc. Primaria)
	Sala de Actividades Académicas

Familia 2	
Diagnósticos en Atención a la Familia	Espacio Docente:
Intervenciones en Vivienda y Entorno	Consultorio de MF (Hospitalario o de Atenc. Primaria)
Plan de Prevención Familiar	Sala de Actividades Académicas
Consejería Familiar	

Comunidad 1	
Fundamentos. Instrumentos Atención a la Comunidad	Espacio Docente:
Diagnóstico Comunal	C.S Periférico
	Espacio comunitario
	Sala de Actividades Académicas



En la formación tradicional, los objetivos educacionales se vinculaban sólo indirectamente a los cursos o módulos del plan de estudios. Consecuentemente, era frecuente enfatizar contenidos poco relevantes, y dar cobertura sólo superficial a otros considerados cruciales. Esta debilidad, particularmente común en programas nacientes, se agravaba al concentrar los contenidos en materias conocidas por los tutores especialistas verticales hospitalarios, antes que en las reales necesidades formativas de los futuros especialistas en Atención Primaria.

Por otro lado, la formación por competencias esclarece el vínculo entre las competencias finales a adquirirse y los contenidos a ofrecerse. Para esta tarea, habitualmente se emplean matrices que explicitan la relación entre competencias y contenidos. El llenado consciente de dichas matrices, y no sólo como un "ejercicio a cumplir", contribuirá a efectivamente implementar lo programado para beneficio de los participantes.

Luego de definidos contenidos articulados a las competencias, se deberán precisar las metodologías didácticas a emplearse para transmitir dichas temáticas. Aun cuando tradicionalmente la formación de especialistas enfatizaba el vínculo entre aprendices y tutores, o "aprendizaje basado en la experiencia", existen múltiples vías alternativas para lograr este cometido. Algunos destacados ejemplos, son el aprendizaje basado en el problema, el aprendizaje en pequeños grupos, las simulaciones informáticas, entre otras herramientas metodológicas de utilidad [38-41].

Finalmente, toda la información previamente desarrollada debe ser "empaquetada" en módulos, cursos o rotaciones, y organizados cronológicamente, siendo ofertadas en la secuencia que promueva el mejor impacto entre los formados.

Finalmente, debemos enfatizar la necesidad de evaluar por competencias lo adquirido por los especialistas en formación [42-45]. Al respecto, es destacable la importante experiencia iberoamericana acumulada en esta materia [46-48], la cual puede ser útil para extender la práctica de la evaluación

por competencias al resto de países de la región.

En los Cuadros 3 y 4 puede apreciarse la secuencia de logros para los elementos de competencia y la disposición en módulos de formación diferencial, así como su distribución calendarizada y ejemplos de contenidos, dentro de la Estructura Curricular por Competencias de Medicina Familiar de la UPCH.

Palabras finales

Al iniciar estas palabras finales, deseamos remarcar que incrementar la resolutiveidad del personal que trabaja en atención primaria debe ser nuestro objetivo último [7, 15, 16, 49, 50]. La formación por competencias es clave para contribuir a este logro, y su necesidad es un consenso bastante extendido entre los expertos en docencia médica [51].

Sin embargo, debemos puntualizar que no todas las voces apoyan este tipo de iniciativas. Así, particularmente para la educación continua posterior a la especialización, se teme que esta pueda recortar la autonomía que ha caracterizado al desempeño médico [52-54].

En otra reflexión final, enfatizaremos que el éxito de este enfoque depende más de una adecuada consistencia entre el programa formulado y los contenidos y metodologías empleados, que de lo adecuado de su propuesta curricular. En este sentido, contar con ayudará notablemente a lograr las competencias previamente definidas [55, 56]. Esto es crítico, pues la formulación del currículo sin adecuadas estrategias didácticas y de evaluación y retroalimentación, es sólo un ejercicio académico, sin relevancia real para el participante, que seguirá siendo formado según los esquemas convencionales [56].

Otro elemento importante para este trabajo, es entender que la definición de una competencia particular, no necesariamente implica una camisa de fuerza para el entrenamiento de los formados, dado que esta puede ser abordada desde diversas perspectivas, contextos o con énfasis disímiles. Por tal motivo, dos instituciones educativas pueden



tener programas formativos notablemente apartados en sus contenidos o metodologías, a pesar de propugnar las mismas competencias para sus futuros especialistas. En algunos casos los enfoques docentes conducirán a las competencias esperadas a pesar de estas diferencias, aunque en otros casos no. De ahí la relevancia de una adecuada evaluación del currículo, ampliamente enfatizada en el artículo previo de esta serie [22].

Es igualmente importante puntualizar que los componentes trabajados en este trabajo constituyen propuestas curriculares, pero no los currículos en sí mismos. Esto último porque cada institución suele explicitar como desarrollar sus currículos —de hecho, ellas suelen tener esquemas para su presentación específica—, imprimiéndoles un sello particular, que traduce lo que consideran elementos fundamentales para el entrenamiento por competencias en la especialidad en Medicina Familiar y/o Atención Primaria de Salud [23,57]. Así,

el presente artículo alimenta la preparación del núcleo conceptual de los currículos —lo que denominamos propuesta curricular—, pero completarlo requerirá seguir la estructura curricular que cada institución dispone.

Finalmente, es importante considerar que aun cuando la propuesta curricular debe ser inicialmente formulada por la Institución Educativa formadora, su espíritu debería subordinarse a las necesidades de la población a la que servirá [58]. El haber desarrollado sus programas sobre parámetros científico-académicos internacionales, aunque de espaldas a los requerimientos de la sociedad, ha conducido muchas veces al descrédito del esfuerzo docente.

En resumen, plantear una adecuada propuesta curricular con responsabilidad, es un trabajo que por su detalle y complejidad puede ser extenuante, pero cuyos frutos, en cuanto a personal competente para ofrecer mayor salud a un país, hace que el esfuerzo valga la pena.

REFERENCIAS

- (1) Taylor R. Medicina de Familia. Principios y Práctica. Barcelona: Masson; 2007.
- (2) Rakel R. Text Book of family practice. Philadelphia: W.B. Saunders company; 1995.
- (3) Sloane Pea. Essential of Family Medicine. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1988.
- (4) Medalie J. Family Medicine principles and practice. Philadelphia: Williams and Wilkins; 1978.
- (5) McWhinney I. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma; 1995.
- (6) Delgado-Arroyo RM, Delgado-Espinoza. El médico familiar, clave de la sostenibilidad de la Atención Integral de salud en el Perú. RAMPA - Rev Aten Integral Salud y Med Fam. 2006; 1 (2): 122-32.
- (7) National Association of Community Health Centers. Building a Primary Care Workforce for the 21st Century. Washington: NACHC; 2008. citado en: 15/05/2009. Disponible en: <http://www.nachc.com/client/documents/ACCESS%20Transformed%20full%20report.PDF>.
- (8) Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Colegio Mundial de Médicos de Familia (WONCA). Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. London: OMS/WONCA; 1994.
- (9) Krajic E, Edwards A, Moshman E, Newman B, Klein M, Grayson M. Objectives and Implementation Plan for a Managed Care Curriculum. New York: Center for Primary Care Education and Research, New York Medical College; 2003.
- (10) Nutting PA. Community-Oriented Primary Care: An integrated model for practice research, and education. Am J Prev Med. 1986; 2 : 140-7.
- (11) Kark SL. Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Barcelona: Edit Doyma; 1997.
- (12) Green LA PRJ. The family physician workforce: quality, not quantity. Am Fam Physician. 2005; 71 (12): 2260-4.
- (13) Yen E. Revisión y evaluación de la Medicina de Familia. Mérida: Univ. Los Andes; 1995.
- (14) Cuba MS, Suárez-Bustamante MA. Introducción a la Medicina Familiar. RAMPA - Rev Aten Integral Salud y Med Fam. 2006; 1 (1): 58-65.
- (15) Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- (16) Gallo Vallejo FJ. AT. Perfil profesional del médico de familia. Atención Primaria. 1999; 23 : 236-45.
- (17) Molina DM. Perfil profesional del personal sanitario en atención primaria. Un estudio Delphi. Atención Primaria. 1996; 17 : 24-33.
- (18) Couceiro-Vidal A. Enseñanza de la bioética y planes de estudio basados en competencias. Educación Médica. 2008; 11 (2): 69-76.
- (19) Scarnati J. Beyond technical competence: Honesty and Integrity. Career Development International. The American School Board Journal. 1997; 3 (1): 23.
- (20) Hamann E. Clinicians and Diagnosis: Ethical Concerns and clinician competence. Journal Of Counseling and Development. 1994; 72 (3): 259.
- (21) Huerta-Amezola J, Pérez-García I, Castellanos-Castellanos R. Desarrollo curricular por competencias curriculares profesionales. EDUCAR. 2000; (13): 87-96.
- (22) Suárez-Bustamante MA. La importancia de Formular, Implementar y Evaluar Propuestas Curriculares por Competencias para Especialistas en Medicina Familiar y Atención Primaria.



- MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int. 2010; 4 (2): 115-24.
- (23) Quineche D. Nuevo Modelo de Formación Profesional de Grado Superior Basado en el Enfoque por Competencias. Lima: Ministerio de Educación; 2005.
- (24) Barrón C. La educación basada en competencias en el marco del proceso de globalización. En: Valle MA. Formación en competencias y certificación profesional. México: UNAM-CESU; 2000.
- (25) Díaz F, Rigo MA. Formación docente y educación basada en competencias. En: Valle MA. Formación en competencias y certificación profesional. México: UNAM-CESU; 2000.
- (26) Huerta-Amezola J, Pérez-García I. Elaboración de programas por competencias. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2001.
- (27) Millán Nuñez-Cortéz J. Las competencias clínicas. Educación Médica. 2005; 8 (Supl 2): S13-S14.
- (28) Bandaranayake R. How to Plan a Medical Curriculum. Medical Teacher. 1985; 7 (1): 7-13.
- (29) Facultad de Medicina Alberto Hurtado Universidad Peruana Cayetano Heredia. Estructura Curricular de la Segunda Especialización en Medicina Familiar. 2006. citado en: 15 Abril 2011. Disponible en: <http://medicinafamiliarupch.blogspot.com>.
- (30) Suárez-Bustamante MA. Diseño Curricular del Programa Integrado de Formación en Salud Familiar y Comunitaria. Informe producido para Futures Group-Proyecto USAID/Iniciativas de Política. 2009. citado en: 11 Mayo 2011. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADW002.pdf.
- (31) Borrell R, Godue Ch, García M. La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington: OPS; 2008.
- (32) Lee T, Treadway K, Bodenheimer T, Goroll A, Roland M, Starfield B. The future of primary care. New England Journal of Medicine. 2008; 359 (20): 2085-92.
- (33) Sox H. The future of primary care. Annals of Internal Medicine. 2009; 138 (3): 230-1.
- (34) Irigoien M and Vargas F. Competencia Laboral: Modulo 1-Unidad 3: Identificación y normalización de competencias. 2008. citado en: 15 Abril 2011. Disponible en: www.bvsops.org.uy/pdf/mod1_3.pdf.
- (35) Irigoien M, Tarnapol-Withacre P, Faulkner DM, and Coe G. Mapping Competencies for Communication for Development and Social Change. Based on the conference: "Competencies: Communication for Development and Social Change", Bellagio, Italy, PAHO, CHANGE-USAID, Rockefeller Foundation. 2002. citado en: 15 Abril 2011. Disponible en: www.paho.org/English/HSP/HSR/HSR05/competencies-report.pdf.
- (36) McAvoy B. How Choose and use Educational Objectives. Medical Teacher. 1985; 7 (1): 27-35.
- (37) Pérez J, Valles A, Cáceres J, Gual A. Competencias profesionales que han de adquirir los licenciados en medicina durante los estudios de pregrado. Educación Médica. 1999; 2 (2): 80-8.
- (38) Lee A, Higgs J. How to help students to learn in small groups. The Medical Teacher. Edinburgo: Churchill Livingstone; 1985. p. 37-47.
- (39) Clarke R. Problem-based learning. The Medical Teacher. Edinburgo: Churchill Livingstone; 1985. p. 48-54.
- (40) Hatton N. How to plan and deliver a lecture. The Medical Teacher. Edinburgo: Churchill Livingstone; 1985. p. 29-36.
- (41) Branda L. Aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante, orientado a la comunidad. Buenos Aires: OPS/OMS; 2001. p. 79-101.
- (42) Campbell LM, Murray TS. Assessment of competence. British Journal of General Practice. 1996; 46 (411): 619-21.
- (43) Dupras D, Li J. Use of an Object Structured Clinical Examination to Determine Clinical Competence. Academic Medicine. 1995; 70 (11): 1029-34.
- (44) Harden R, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using objective structured clinical examination (OSCE). Medical Education. 1979; 13 : 41-54.
- (45) Newble D. Techniques for measuring clinical competence: Objective Structured Clinical Examinations. Medical Education. 2004; 38 : 199-203.
- (46) Toledo JA, Fernández-Ortega MA, Ramírez O, Quiroz-Perez JR, Urbina R, González C. Evaluación integral de la competencia clínica: un aporte metodológico de la Universidad Nacional Autónoma de México. MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int. 2010; 4 (2): 109-14.
- (47) Toledo JA, Fernández-Ortega MA, Ramírez O, Quiroz-Perez JR, Urbina R, González C. Experiencia de la Universidad Nacional Autónoma de México con la Evaluación integral de la competencia clínica. MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int. 2010; 4 (2): 89-95.
- (48) Barragán N. Diseño de un método para la evaluación de la competencia clínica en atención primaria. Atención Primaria. 2000; 26 : 590-4.
- (49) Antipil Cuadra, M., Arias Chura, E., Borquez Domingo, A., and Gayosa Bustos, I. Capacitación del equipo, pilar fundamental en la implementación del modelo de salud familiar. Santiago: 2003. citado en: 15/05/2009. Disponible en: <http://www.bcm.edu/familymed/doc/Equipo1.ppt#269,1,Diapositiva 1>.
- (50) Simó MJ. Carrera profesional y médicos de familia: reflexiones y propuesta (I). Atención Primaria. 2002; 29 (2): 109-15.
- (51) La Fuente J, Escanero J, Manso J, Mora S. Diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. Educación Médica. 2007; 10 (2): 86-92.
- (52) Pardell H, Gomar C, Gual A, Bruguera M. ¿Qué opinan los médicos sobre la formación continuada, la evaluación de la competencia y la recertificación? Educación Médica. 2005; 8 (2): 91-8.
- (53) Sellarés Salas J, Cots Yago JM. ¿Debemos evaluar la competencia de los médicos de familia? Atención Primaria. 2002; 30 (9): 539-40.
- (54) Southgate L. Freedom and discipline: clinical practice and the assessment of clinical competence. British Journal of General Practice. 1994; 44 : 87-92.
- (55) Loucks S, Lieberman A. Curriculum Implementation. Fundamental Curriculum Decisions. Virginia: Association for Supervision and Curriculum Development; 1983. p. 126-41.
- (56) Benbassat J et al. Essays on Curriculum Development and Evaluation in Medicine. Vancouver: Universidad of British Columbia; 1986.
- (57) Programa Sectorial III. Plan Curricular de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria con el enfoque educativo por competencias. Lima: Ministerio de Salud; 2008.
- (58) Viniegra L, Jiménez JL, Pérez JR. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. Rev Med IMSS. 2006; 37 (1): 87-97.



Reseña Histórica en Medicina Familiar

35 Años de la Medicina Familiar en la Caja Nacional de Salud de Bolivia

35 Years of Family Medicine in the National Health Fund of Bolivia

RESUMEN

Miguel Ángel Suárez-Cuba, Méd.
Dr. MF.

Introducción: La Medicina Familiar en Bolivia inicia en los años 70, desarrollándose desde entonces como una especialidad adecuada para organizar la Atención Primaria del Sistema de Salud de la Seguridad Social.

Objetivo: Mostrar la importante evolución de la Medicina Familiar en los últimos 30 años en Bolivia, sus oportunidades, debilidades y opciones asumidas, tanto en su aporte al aparato prestador de salud, como en las instituciones educativas que forman sus recursos.

Temas abordados: Antecedentes históricos de la Medicina Familiar en Bolivia, Implementación de la Medicina Familiar y Situación actual.

Descriptor: Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar, Bolivia.

ABSTRACT

Introduction: Family Medicine in Bolivia began in the decade of 70, developing in this time, as an adequate specialty to organize the Primary Care in the Social Security Health System.

Objectives: To show the important evolution of Family Medicine in last 35 years in Bolivia, its opportunities, weaknesses and assumed options, not only for the recuperative Health Care but also for educative institutions that form human resources in Family Medicine.

Reviewed topics: Historical background of Family Medicine in Bolivia. Implementation of Family Medicine and present situation.

Keywords: Primary health care, Family Medicine, Bolivia

Documento de posición editorial no
sujeto a arbitraje.

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim.
Int. 2011 5(1): 41-44

Este artículo esta disponible en [www.
idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

Filiación del Autor:

Caja Nacional de Salud, La Paz, Bolivia.

Med Dr. Médico Titulado. MF Especialista em Medicina Familiar

Correspondencia para el Autor: Dr: Miguel Angel Suarez-Cuba.

Email: sucumian@yahoo.com



INTRODUCCION

Aunque sea un hecho poco conocido en Latinoamérica, Medicina Familiar en Bolivia inicia en los años 70, estando directamente ligada al modelo de prestación de atención primaria de salud para la población, desde esa década, a través del trabajo pionero desarrollado por la Caja Nacional de Salud, equivalente a la Seguridad Social de otros países. Durante estos 35 años, el desarrollo de la especialidad ha experimentado una notable evolución, al igual que el modelo que inspira.

El Profesor Dr. Gayle Stephens, en un texto ya clásico, ha propuesto un esquema para el análisis evolutivo para caracterizar la implantación de la Medicina Familiar en EEUU, que se puede aplicar en general a los países donde esta no existía previamente [1]. Este esquema consta de 3 fases: la política, en la cual la inserción de la especialidad pasa por conseguir apoyo institucional y disposiciones y directivas que la respalden, la administrativa, ligada a la fuerte implementación en el marco de los servicios, y finalmente la académica, que pasa por tener fuertes instituciones formativas y de difusión de la disciplina.

En este artículo mostramos algunos de los hitos más importantes de la evolución de la Medicina Familiar en Bolivia, tomando como referente para la organización del texto, el esquema de análisis propuesto por el Dr. Stephens.

FASE POLÍTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN BOLIVIA

Como suele ocurrir con frecuencia, la inserción de la Medicina Familiar en Bolivia surgió como respuesta a la pobre organización de la Medicina General en la seguridad social a inicios de los años 70. Esta se caracterizaba por contar con una satisfacción muy baja por parte de los asegurados y quejas permanentes por la mala atención que ellos recibían, y la excesiva derivación de pacientes a especialidades de segundo y tercer nivel de atención, aumentando los costos del cuidado de la salud, la cual se originaba en varias problemáticas tales como la medicina

asistencial biologicista o la falta de sensibilidad y solidaridad por parte de los usuarios, que buscan resarcirse de sus aportes, provocando una demanda innecesaria de atenciones y medicamentos, originando una multiplicación de las consultas, sobre-utilización y duplicación de exámenes auxiliares de diagnóstico, y polifarmacia y duplicación de medicamentos. Ello se relacionaba en parte con la posibilidad de consultar con varios médicos, sin que fuera posible su control y seguimiento, con la presencia de historias clínicas escuetas e incompletas, o la incoordinación entre niveles de atención, de modo que al no ver satisfecha su demanda los pacientes, estos podían consultar en todos los niveles de atención en un mismo día [2].

Como respuesta a ello, el 10/09/1975 se creó el Comité de Implementación de Reformas de Caja Nacional de Seguridad Social (CNSS) por DS 12840. Bajo el impulso de esta normativa, el 24/12/1975 se crea el Sistema de Medicina Familiar mediante Decreto Ley 13214, que en su capítulo III se refiere al Sistema Médico Familiar. Este Sistema, desarrollado bajo el asesoramiento del Dr. F Garza, consultor mexicano, se construye bajo algunas premisas tales como:

1. Los servicios médicos se reorganizan en base al Médico Familiar y el sistema de adscripción fija y cita previa.
2. El médico familiar será especializado en medicina general/familiar, con responsabilidad en el cuidado y protección de salud de un conjunto de familias agrupadas en una determinada zona que le será asignada expresamente. La consulta ambulatoria y domiciliaria se concentrará en los médicos familiares.
3. Las atribuciones básicas del Médico Familiar serán:
 - Tomar decisiones de acuerdo a normas aprobadas por la entidad Gestora
 - Diagnóstico y tratamiento oportuno
 - Referencia a otras especialidades cuando sea necesario.
 - Orientar a los miembros de los núcleos familiares a su cargo sobre la utilización adecuada de los recursos del sistema médico
4. La atención médica de servicios especializados y de hospitalización solo procederá a solicitud del Médico Familiar.



Estas disposiciones se complementaron con criterios asistenciales específicos, tales como la adscripción fija de los asegurados a un médico familiar para que sea la puerta de entrada al sistema de salud. Para ello se asignaban entre 3000 a 3500 asegurados por Médico Familiar mediante una lógica de zonificación, con una determinación de un área específica a cargo de un médico familiar; El trabajar con cita previa, y asignar 15 minutos por consulta y un máximo de 24 pacientes por día, con la finalidad de evitar tiempos de espera prolongados. Además se propuso un esquema compartido de 6 horas de consulta diaria, y 2 horas de comunidad; con un total de 8 horas diarias, para lo cual se incentivaban las visitas domiciliarias, para los casos en que el paciente/asegurado, no pueda asistir al centro de salud. [2]

Este desarrollo político no se originó en el vacío dentro de Bolivia, sino que surgió de los antecedentes históricos de la especialidad en el país. Así, entre 1972 y 1977, la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM) desarrolló un programa dedicado a promover la enseñanza de la "Medicina de la comunidad" junto con otras Universidades de 7 países (entre ellas una de Bolivia), como una estrategia para acercar la educación médica a los servicios de salud y lograr la formación de recursos humanos adecuados a las necesidades de las naciones. Con la finalidad de determinar las características del médico general y o familiar, en la atención de la población y sus funciones dentro de los Sistemas Nacionales de Salud, a partir de 1978, la FEPAFEM junto a la Fundación Kellogg, realizaron un conjunto de actividades que llegaron a constituir lo que se llamó "Programa transicional", el cual constó de 5 seminarios. El 5to se llevó a cabo en Cochabamba Bolivia durante el mes de enero de 1979, fue titulado como "Seminario Nacional sobre Formación y Utilización del Médico General/familiar". Como producto final del Seminario se crearon las recomendaciones que fueron consideradas como elementos para decretos gubernamentales sobre política sanitaria [1].

FASE ADMINISTRATIVA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN BOLIVIA

En esta fase se aprecia la creación de las Unidades de atención denominadas Policlínicas, y se da la implementación de la residencia en medicina familiar en 3 etapas:

1. Curso intensivos de formación de 9 a 12 meses entre 1976 y 1978 para cubrir rápidamente los requerimientos del sistema [3,4].
2. Desde enero de 1979, la Residencia en Medicina Familiar tiene una duración de 3 años, luego pasa a tener una duración de 2 años en 1984 hasta 1990.
3. En 1991 por recomendación del Colegio Médico de Bolivia, nuevamente el tiempo de duración de la Residencia en Medicina familiar es de 3 años [5].

Los centros de formación, todos ellos ligados a la Caja Nacional de Salud fueron La Paz desde 1976 a 1985, con reapertura en 1994 y vigencia hasta a la fecha; Cochabamba, creada en 1986 y existente hasta la fecha; Santa Cruz, Potosí, Chuquisaca y Oruro, creadas en 1999 y vigentes a la fecha [6].

El 3/8/1977 se crea la Sociedad Boliviana de Medicina Familiar (SOBOMEFA), institución que agrupa a los médicos familiares, y en octubre de 1983 se crea el Departamento de Medicina Familiar y Consulta Externa en la Caja Nacional de Salud. En Julio de 1979, el Gobierno de la Nación aprueba y legaliza los estatutos de la SOBOMEFA [7]

FASE ACADÉMICA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN BOLIVIA

En esta fase culminante se aprecia la participación de la Universidad Mayor de San Simón (UMSS) de Cochabamba en 1986 en la formación de residentes de Medicina Familiar; en 1994 la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA) de La Paz, que también entra a formar parte del proceso.

Se desarrolla la publicación de la Revista de la SOBOMEFA en 1990 a 1994, la cual se reinicia el 2001. El año 1983 se realiza el 1er Congreso Nacional de la SOBOMEFA y desde entonces ha sido desarrollado bianualmente de



forma ininterrumpida. En 1990 se llevan a cabo las 1ras Jornada Nacionales de Medicina Familiar, las cuales posteriormente se desarrollan en los años en los que no se realiza el Congreso Nacional.

SITUACION ACTUAL

En el Cuadro 1 se muestra el resumen de la situación actual de la Medicina Familiar en Bolivia, destacando los aspectos organizativos en los que trabajan los especialistas en el momento presente, en el país.

Cuadro 1. Resumen de la Situación de la Medicina Familiar en Bolivia, 2011.

Mano de Obra	Alrededor de 320 MF trabajando en Policlínicas de la CNS, SEDES, CORDES, SU, en su mayoría asalariados.
Lugares de trabajo	Alrededor de 25 policlínicas en la CNS, algunos centros de salud en SEDES, CORDES y SU. con un promedio de 160 consultorios, que cubren principalmente a la población asegurada.
Elección del médico familiar	En la CNS, la adscripción es fija a un consultorio de MF, en función a la zona donde vive el asegurado.
Listas de pacientes	En la CNS es por adscripción fija a un MF, con un promedio de 2500 a 10000 asegurados
Situación de la especialidad	La Medicina Familiar está reconocida como especialidad médica por el Colegio Médico de Bolivia, con el mismo nivel formal de otras especialidades. (7)
Formación profesional	Mediante residencia de post grado, de tres años de duración, con rotaciones hospitalarias, en policlínicas, y cursos teóricos. (7)
Certificación-recertificación	La certificación la lleva a cabo un Comité integrado por un representante de la Universidad, la Institución de formación, el Comité Docente Asistencial de Medicina Familiar, y del CRIDAI. La re-certificación está a cargo del Colegio Médico de Bolivia y la Sociedad Científica. (7)

BIBLIOGRAFIA

- (1) Ceitlin J. ¿Qué es la medicina familiar? Caracas: FEFAPEM/ Kellog; 1982.
- (2) Serrano S. Reformas al Código de seguridad Social. Código de Seguridad Social. Bolivia: Editorial Serrano; 1992. p. 203-5.
- (3) Ríos J. Desarrollo de la medicina familiar en Bolivia. Med Fam. 1991; 3 (3): 159-63.
- (4) Ríos J. Situación de la medicina familiar en Bolivia. Rev Soc Boliv Famil. 1990; 1 (1): 21-32.
- (5) Ruíz J. La Medicina Familiar en Bolivia. Aten Primaria. 2007; 39 (3): 157-9.
- (6) Caballero J, Suárez MA. Medicina Familiar: origen, desarrollo y situación actual. Rev Soc Pachaña Med Fam. 2000; 1 (1): 3-4.
- (7) Sociedad Boliviana de Medicina Familiar. Estatutos y Reglamentos de la Sociedad Boliviana de Medicina Familiar. Cochabamba: SOBOMEFA; 2004.



Cartas al Editor

En este espacio publicamos las cartas o e-mails que los lectores envíen a nuestro Comité editorial. Pueden hacernos llegar sus cartas al e-mail: mpaejournal@idefiperu.org

Abordaje Diagnóstico del Paciente Adulto con Ictericia Colestásica.

Diagnosis Approach in the Cholestatic Jaundice Patient

Sr Editor:

En la presente carta queremos expresar algunos conceptos importantes sobre el enfoque diagnóstico en los pacientes con ictericia colestásica atendidos en el primer nivel de atención.

La ictericia es una manifestación clínica que resulta de la acumulación anormal de bilirrubina en los tejidos. Su presentación plantea un reto diagnóstico en la práctica clínica. La hiperbilirrubinemia es la concentración de bilirrubinas superior a 1,5 mg/dl. Sin embargo, para que se aprecie clínicamente la ictericia los niveles de bilirrubina deben ser iguales o mayores a 2.5 mg/dl [1,2].

El árbol de decisiones que presentamos en esta carta se refiere específicamente a la ictericia colestásica, incluyendo a la colestasis intrahepática y extrahepática en pacientes adultos. La ictericia colestásica puede sospecharse en pacientes con ictericia habitualmente moderada a intensa, coluria, acolia y prurito. En la hiperbilirrubinemia dependiente de bilirrubina directa, la fosfatasa alcalina suele ser mayor a 3 veces su valor y hay una discreta elevación de aminotransferasas (TGO y TGP), menor a 3 veces los valores normales. El tiempo de protrombina puede estar alargado [1]. Cuando un paciente con estas características acude a la consulta en el primer nivel de atención el principal objetivo es diferenciar entre los 3 grupos principales de ictericia según la clasificación de la ictericia

de Mc Nee: Prehepática (hemolítica), Hepática y Posthepática (obstructiva) [1]. Para ello es importante recoger información de las siguientes áreas buscando darle un sentido adecuado.

1. Síntomas y signos físicos:

-La obstrucción de la vía biliar por una patología benigna puede sospecharse en pacientes con ictericia del patrón descrito previamente, asociado a dolor intenso y episódico en el cuadrante superior derecho. La etiología más frecuente es la litiasis biliar. En este caso la ecografía abdominal podría identificar cálculos en la vía biliar.

-La patología maligna, principalmente de la cabeza del páncreas, se puede sospechar en pacientes con afección al estado general y una vesícula palpable, distendida no dolorosa. La ecografía abdominal no siempre puede detectar las neoplasias, depende del tamaño del tumor. El adenocarcinoma pancreático, de localización en la cabeza del páncreas, suele manifestarse tempranamente por ictericia obstructiva. La palpación de una masa abdominal pancreática o ascitis al momento del diagnóstico ocurre en el 20% de los casos pero en forma tardía. La vesícula biliar palpable no dolorosa —signo de Courvoisier— es infrecuente (20%) y se palpa sólo en pacientes delgados [1,3].

-Se conocen múltiples medicamentos capaces de producir colestasis intra-



hepática, y debe ser indagado su uso en la anamnesis. Se han identificado dos mecanismos principales para este efecto: a) Canalicular (Estrógenos y esteroides anabólicos) o b) Hepato-canalicular (Fenotiazinas, Metimazol, Eritromicina, Estreptomina, Metformina, Omeprazol y Ranitidina) [4].

2. Pruebas Serológicas.

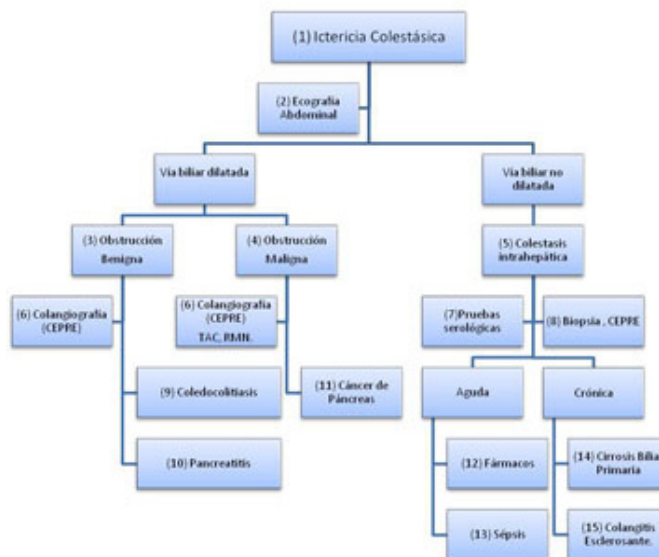
La colestasis intrahepática tiene etiologías múltiples, siendo algunas de tipo inflamatorio y autoinmune del hígado o de los conductos biliares pequeños, que pueden diagnosticarse con marcadores inmunológicos, como la Cirrosis Biliar Primaria (CBP), Colangitis Esclerosante, Hepatitis Viral, etc [5].

-La Cirrosis Biliar Primaria es una enfermedad hepática autoinmune que se caracteriza por la destrucción inflamatoria persistente de los conductos biliares interlobulillares y septales que conduce a colestasis crónica y termina en cirrosis biliar. Para el diagnóstico se requiere documentar la presencia de anticuerpos antimitocondriales (90-95% de los casos), otros autoanticuerpos (Antimúsculo Liso, Factor Reumatoide, Anticuerpos Antinucleares, etc.) menos prevalentes y una imagen histológica característica. Se ha encontrado que los Anticuerpos Antimitocondriales (AAM) están presentes en más del 95 % de pacientes con CBP.

-La Colangitis Esclerosante Primaria es una enfermedad asociada a otros procesos inflamatorios sistémicos o del tubo digestivo de causa no conocida, con manifestaciones de autoinmunidad. Se pueden identificar lesiones de esclerosis de la vía biliar secundarias a procesos inflamatorios que terminan en la fibrosis y estenosis del colédoco por trauma, radiaciones, lesiones por quimioterapia etc. [6]. El anticuerpo citoplasmático antineutrofilo perinuclear (pANCA) se encuentra con frecuencia (80%) en la Colangitis Esclerosante Primaria.

-La Pancreatitis Aguda puede acompañarse de ictericia obstructiva, aun la que no se asocia a litiasis biliar. En varones habitualmente se asocia al consumo de alcohol [1]. El marcador serológico para esta patología son las amilasas.

Figura 1. Algoritmo del enfoque diagnóstico en los pacientes con ictericia colestásica manejados en Atención Primaria.



-Las concentraciones de colesterol sérico pueden elevarse de manera considerable en situaciones de colestasis prolongada y se asocia a la presencia clínica de xantomas y xantelasmas como en la CBP.

3. La ecografía

La ecografía es un estudio no invasivo, accesible y útil para diferenciar a los pacientes que tienen dilatación de la vía biliar (colestasis por obstrucción extrahepática) de los que tiene una vía biliar de tamaño normal (colestasis intrahepática). La vía biliar normal, en un adulto, mide 5 mm para el conducto hepático y 6 mm para el colédoco [7]. Adicionalmente, el estudio puede evaluar la morfología de vísceras sólidas y detectar masas abdominales mayores a 1 cm de diámetro. Debe considerarse que la dilatación de la vía biliar requiere de 3 a 5 días después de la instalación de la obstrucción para ser evidente en la ecografía [1].

Es difícil de interpretar la ecografía en pacientes obesos o cuando hay distensión abdominal por meteorismo; es por eso que su sensibilidad varía entre 55 a 91% y su especificidad entre 82 a 95 %.

4, Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CEPRE).



Es el estándar de oro para el diagnóstico de la obstrucción biliar extrahepática, en especial la ocasionada por litiasis del colédoco. El procedimiento no solo muestra la causa de la obstrucción, sino que es capaz de realizar intervenciones como: esfinterotomía, extracción de cálculos, colocación de endoprótesis, toma de muestras para citología, etc., que pueden solucionar la obstrucción biliar. Sin embargo, es una técnica invasiva con riesgos y de efectos secundarios, tiene una morbilidad de 3 % y una mortalidad de 0.2 % [8,9].

5. Biopsia hepática.

Es un procedimiento invasivo que examina una muestra de tejido hepático, cuando menos de más de 6 espacios portales para que sea útil. La técnica más utilizada es a través de punción guiada por ecosonografía. Se deben considerar antes de la realización la actividad de protrombina y la cuenta de plaquetas comúnmente anormales en los pacientes con ictericia. Para

realizar una punción biopsia percutánea, del hígado, es preciso que el tiempo de protrombina no supere en 3 segundos al control y que las plaquetas sean más de 60.000 [10].

Un resumen de lo aquí propuesto, dispuesto a manera de algoritmo, puede encontrarse en la figura 1.

Gilberto López-Hernández
Médico Especialista en Medicina
Interna
Centro Universitario del Sur de la
Universidad de Guadalajara

Carlos Ruelas- Martínez
Estudiante de Medicina
Centro Universitario del Sur de la
Universidad de Guadalajara

Correspondencia para el Autor: Dr.
Gilberto López Hernández. Email:
gilberto.lopez@cusur.udg.mx

REFERENCIAS

- (1) Valdés MJ, Valenzuela E. Protocolo diagnóstico de la ictericia obstructiva. *Medicine*. 2008; 10 (8): 533-5.
- (2) Laso-Guzmán F. *Diagnostico Diferencial en Medicina Interna*. Barcelona: Elseiver; 2004.
- (3) Martínez-Amores B, López-González J, Angulo JM, Alvarez-Mon SM. Cáncer de Páncreas. *Medicine*. 2009; 10 (26): 1737-43.
- (4) Siegenthaler W. *Diagnóstico Diferencial en Medicina Interna: de los síntomas al diagnóstico*. México: Manual Moderno; 2009.
- (5) Solís HJ. Litiasis biliar. *Medicine*. 2004; 9 (10): 615-32.
- (6) Manzano AM. Enfermedades Inflamatorias e Infecciosas de la vía Biliar. *Medicine*. 2004; 9 (10): 633-7.
- (7) Rumack CM. *Ecografía Diagnóstica*. Madrid: Elseiver; 2006.
- (8) Quesada LD, Zamora H, Marten A. El Enfoque del paciente icterico. *Acta Méd Costarric*. 2005; 47 (1): 15-23.
- (9) García A. Indicaciones de pruebas de imagen en patología pancreática e interpretación clínica. *Medicine*. 2008; 10 (8): 527-9.
- (10) Navarrete GE, Gálvez MM, Iborra HJ. Indicaciones de Biopsia Hepática. *Medicine*. 2008; 10 (9): 597-600.

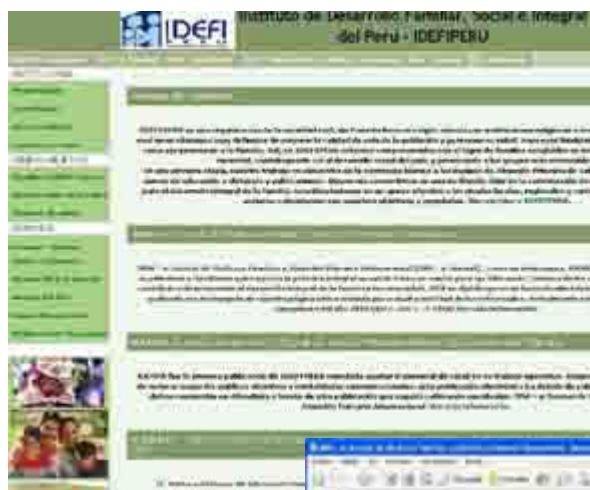


MPA – e-JOURNAL DE MEDICINA FAMILIAR Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTERNACIONAL

(Publicación cuatrimestral de IDEFIPERU, continuación de RAMPA
ISSN 2223-8166



**Puede subscribirse en forma electrónica y gratuita en
www.idefiperu.org. Seleccione el link y envíenos sus datos**



**Puede descargar libremente
las ediciones anteriores de
MPA - e-Journal de Med.
Fam y Aten. Prim. Int. en
www.idefiperu.org/mpa.html**



Temas clave

- Medicina Familiar,
- Atención Primaria de Salud,
- Atención Integral de Salud,
- Salud de la Familia,
- Cuidado de la Salud por Etapas de Vida,
- Trabajo Comunitario,
- Promoción de la Salud,
- Atención Inter-cultural a poblaciones vulnerables,
- Gestión de la Salud básica, entre otros puntos

**También puede descargar libremente las
ediciones anteriores de RAMPA
en www.idefiperu.org/rampa.html**

También puede subscribirse sin costo alguno enviando un e-mail a:
mpajournal@idefiperu.org con el Asunto: "Suscribir Revista".



Esta hoja ha sido dejada en blanco para mantener la simetría en la edición. No debe ser impresa.

Este espacio está disponible para avisos publicitarios.



Noticias

En este espacio publicamos noticias sobre Eventos científicos, Becas u otras noticias académicas de interés para los Equipos de Atención Primaria de Salud, cuya realización es conocida por nuestro comité editorial. Los invitamos a que nos envíen noticias al e-mail: mpaejournal@idefiperu.org.

WONCA

Wonca Europe Regional Conference
Family Medicine - Practice, Science
and Art
Del 8 al 11 de septiembre de 2011
Varsovia
Polonia
<http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/Wonca%20Conferences%202011-2013%20at%20a%20glance%20-%20Jan2011.pdf>

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

21º Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC).
Del 05 al 07 de octubre de 2011
Córdoba
España
<http://www.congresos-medicos.com/congresos/medicina-familiar-y-comunitaria/>

Medical Practice Group

UPTODATE en medicina de familia
6 de Octubre de 2011
Sede de MPG. Calle Tubo, 6. Húmera. 28223. Pozuelo de Alarcón.
Madrid
España
www.mpg.es/index.php?option=com_curso&idCurso=151&seccion=datos#ancla

Federación Argentina de Medicina General

XXVI Congreso Argentino de Medicina General
XII Congreso Internacional de APS
XX Congreso del equipo de Salud
V Encuentro Nacional de Trabajadores de la APS
Del 12 al 15 de Octubre de 2011
Mar del Plata
Argentina

<http://www.famg.org.ar/>

SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

33º Congreso de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Del 02 al 05 de Noviembre de 2011
Palacio de Exposiciones y Congresos José Ramón Zaragoza 8-10 bajo
Oviedo
España
<http://www.semergenoviedo2011.com//>

Sociedad Vasca de Medicina Familiar y Comunitaria

XIII Jornadas Osatzen 2011
Del 10 al 11 de Noviembre de 2011
Cámara de Comercio de Gipuzkoa
San Sebastián
España
<https://sites.google.com/site/jornadasosatzen2011>

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar

IV CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR
"Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud Renovada: Pensamiento y Acción en beneficio de la Salud Familiar".
Del 15 al 16 de Noviembre de 2011
Asunción
Paraguay
http://medicinafamiliar.cl/sitio/images/stories/Dossier_IV_Cumbre_Paraguay_2011_31-05-11.pdf

WONCA

Wonca East Mediterranean Regional Conference: A Family Doctor with you in all stages of Life
Del 25 al 26 de Noviembre de 2011
Dubai



Emiratos Árabes Unidos
<http://www.globalfamilydoctor.com/PDFs/Wonca%20Conferences%202011-2013%20at%20a%20glande%20-%20Jan2011.pdf>

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar

III CONGRESO REGIONAL DE MEDICINA FAMILIAR WONCA – IBEROAMERICANA- CIMF
Del 12 al 16 de Marzo de 2012
La Habana
Cuba

<http://www.cimfcuba.com>
SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia)
SEMG 2012 - XIX Congreso Nacional, XII Internacional de Medicina General y de Familia
Del 23 al 26 de Mayo de 2012
Santander
España
www.semg.es

semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)

Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) 2012
Del 13 al 15 de Junio de 2012
Bilbao
España
semfyc2012.com

Sociedad Venezolana de Medicina Familiar (SOVEMEFA)

IX CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR
LA FAMILIA COMO HERRAMIENTA TERAPEUTICA
Del 19 al 26 de junio de 2012
Hotel Jirahara, Barquisimeto.
Estado Lara
Venezuela
www.sovemefa.com.ve

WONCA

2012 WONCA Europe regional conference
The Art and Science of General Practice and Family Medicine
Del 04 al 07 de Julio de 2012
Viena
Austria
www.woncaeurope2012.org

Sociedad Cubana de Aterosclerosis (SOCUBAT) y Sociedad Cubana de Medicina Familiar (SOCUMEFA)

Congreso Internacional de Aterosclerosis en la Atención Primaria de Salud
Del 19 al 22 de Noviembre de 2012
La Habana
Cuba
<http://www.frateroscuba.com>



Anuncios

En este espacio publicamos anuncios académicos que docentes, autoridades gubernamentales o no gubernamentales, directivos de Sociedades Científicas y líderes de otros grupos relacionados al desarrollo de capacidades para los Equipos de Atención Primaria de Salud, hagan llegar a nuestro comité editorial. Los invitamos a que nos envíen sus textos estructurados como un anuncio al e-mail: mpajournal@idefiperu.org.

Maestría en Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

3ra Promoción

Con la "Maestría en Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud", la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) busca formar recursos humanos con competencias en la gestión del primer nivel de atención y los servicios no especializados del segundo y tercer nivel de atención, así como en la docencia e investigación en estas áreas.

Esta maestría ya tiene comprometida la participación de una diversidad de profesores extranjeros especialistas en las materias de la maestría (presenciales y a distancia) de universidades del continente americano y de España, y cuenta con el aval académico de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la cual también contribuirá con profesores y materiales educativos, para la formación de los maestrandos.

PLAN DE ESTUDIOS

Áreas curriculares

El plan de estudios se organiza en cuatro áreas curriculares que se complementan entre sí para el logro del objetivo general del programa.

Las áreas son las siguientes: Atención Integral Individual, Familiar y Comunitaria. Gestión en Atención Primaria de Salud. Investigación en Atención Primaria de Salud. Docencia en Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud.

Horario de clases: Viernes de 5p.m

a 10:00 p.m, Sábados de 2:30 p.m. a 8:30 p.m. y los domingos de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. quincenalmente, desarrollándose dos ciclos de viernes a domingo por mes.

Dedicación: Obligatoria para las clases presenciales y se exige cumplimiento estricto de las actividades tutoriales a distancia.

Lugar de clases: Casa Honorio Delgado. Av. Armendáriz 445, Miraflores

Proceso de admisión 2011

Informes e Inscripciones: Hasta la tercera semana de Octubre 2011
Inicio de clases primer ciclo: Fines de Octubre - Inicios de Noviembre 2011

INFORMES E INSCRIPCIONES

Facultad de Medicina Alberto Hurtado
Dirección Asociada de Maestrías y Doctorado

Telf. 319-0040 Telefax: 319-0008
E-mail: famed.postgrado.maestria@oficinas-upch.pe

Web: www.upch.edu.pe/famed/md

VIII Conferencia Técnica Internacional

Principios y Práctica de la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Crónicas

Mar Del Plata, Buenos Aires, Argentina

Hotel Iruña

Octubre 05 al 08 de 2011

Red de Vigilancia y Control de Enfermedades Crónicas de las Américas (America's Network for Chronic Disease Surveillance)

www.amnet.info

PRESENTACIÓN



Las Conferencias Técnicas sobre Principios y Práctica de la Vigilancia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, ECNT, promovidas y apoyadas técnicamente por la Red AMNET, son la acción más importante que se sucede actualmente en las Américas, para el fortalecimiento de la capacidad de los países y ciudades para llevar a cabo la vigilancia de las ECNT. El alto nivel técnico y académico de las conferencias es respaldado por la garantía de la presencia permanente de un grupo de expertos mundiales en el tema de la vigilancia de las ECNT y sus factores de riesgo. Actualmente, AMNET ha promovido la realización de siete conferencias técnicas: Montevideo Uruguay, 2004 y 2005; Tegucigalpa, Honduras, 2006; Torreón, México, 2007; San Salvador, El Salvador, 2008 y Mar del Plata, Argentina, 2009, Cali, Colombia 2010. Este año, la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina, tiene el orgullo de ser sede de la VIII Conferencia Técnica Internacional, AMNET, 2011

AREAS TEMÁTICAS

1. Vigilancia de enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes
2. Vigilancia e intervenciones poblacionales en Actividad física y alimentación saludable
3. Vigilancia, prevención y facto-

res de riesgo asociados a ECNT

PÚBLICO DE LA CONFERENCIA

La VII Conferencia Técnica AMNET, Mar del Plata 2011, espera recibir profesionales, académicos, investigadores, estudiantes de pre y posgrado, técnicos, políticos y tomadores de decisión en diferentes áreas del conocimiento y de la práctica, provenientes de las Américas y otros lugares del mundo, interesados en el tema de la vigilancia y abordaje de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, determinantes sociales y factores de riesgo asociados.

OBJETIVO CENTRAL

Contribuir en el incremento de las capacidades profesionales a través de capacitación en la Vigilancia de ECNT, factores de riesgo y el uso de los sistemas de vigilancia nacionales.

Conferencistas Invitados de España, Finlandia, Canadá, USA, México, Puerto Rico, Guatemala, Costa Rica, Venezuela, Chile y Argentina.

Adrian E. Alasino, MD
Vicepresidente de AMNET y Docente de Salud Comunitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.



Instrucciones para los Autores

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACION DE MANUSCRITOS

1. Información General

El Instituto de Desarrollo, Familiar, Integral y Social del Perú (IDEFIPERU) es una organización no gubernamental que trabaja en temas relacionados a la salud de la persona, la familia y la comunidad. MPA – e-Journal Internacional de Medicina Familiar para la Atención Primaria de Salud, reemplazó en el año 2008 a la Revista de Atención Integral de Salud y Medicina Familiar para equipos de Atención Primaria (RAMPA). Como su predecesora, MPA–e-Journal publica, bajo un proceso INTERNO de arbitraje de expertos, los aportes de profesionales, técnicos, investigadores, profesores y estudiantes de ciencias de la salud que trabajan en campos relacionados a la Atención Primaria de Salud.

MPA–e-Journal es una publicación de acceso sin costo y descarga libre a texto completo. En tal medida, MPA–e-Journal cuenta con su propio sitio interactivo en INTERNET (<http://idefiperu.org/mpa.htm>) donde se ofrece acceso gratuito a todo su contenido.

2. Contenido de MPA–e-Journal

MPA–e-Journal presenta materiales relacionados a la investigación, enseñanza y gestión de la práctica asistencial y trabajo comunitario en los campos clave de la revista: Atención Primaria de Salud, Atención Integral de Salud, Medicina Familiar, y sus múltiples disciplinas relacionadas. Se incluyen tanto resultados de trabajos científicos, como textos con bases y planteamientos conceptuales debidamente fundamentados en la literatura académica disponible.

Los contenidos son presentados en Español, Portugués o Inglés, sin restricciones, dependiendo del idioma materno de los autores.

El contenido de la revista se ordena secciones, cuyos manuscritos deben tener las siguientes características (*):

2.1 Editoriales (máximo 10 pag.): Abordan temas generales de campos clave de la revista, o comentan artículos publicados en MPA–e-Journal. Reflejan las opiniones y posturas personales de quienes los escriben, que pueden ser miembros del equipo editorial o autores independientes. Requiere un mínimo de 5 referencias bibliográficas actualizadas y relevantes para el tema presentado.

2.2 Investigaciones Originales (máximo 35 pag. incluyendo cuadros, tablas y gráficos): Son informes inéditos de investigaciones sobre temas de interés para los campos clave de la revista. Los autores deben proveer a estos artículos de una estructura estandarizada del tipo: resumen, introducción (incluyendo antecedentes y objetivos), métodos (incluyendo diseño, población, muestra, variables y principales medidas de resultado, según aplique), resultados y discusión. El resumen deberá tener la estructura que se indica en la sección 3.3 y ser seguido por hasta 5 descriptores reconocidos por el Index Medicus y Pubmed. Requiere un mínimo de 15 referencias bibliográficas actualizadas y relevantes para el tema presentado.

2.3 Artículos de revisión (máximo 30 pag. incluyendo cuadros, tablas y gráficos): Incluyen revisiones críticas de bibliografía, o reportes especiales que contribuyan significativamente al conocimiento y desenvolvimiento de los campos clave de la revista. Se recomienda una estructura en la que se presentan los antecedentes del tópico abordado, los aspectos considerados críticos, un resumen de la evidencia disponible, resultados o

(*)Las páginas a las que se refieren en los siguientes acápite, son páginas del manuscrito con las características descritas en la sección 3.3. Para tener más detalle es posible enviar un email a la dirección : mpaejournal@idefiperu.org, y recibirá una guía detallada y asesoría para escribir su artículo.



reflexiones con base académica encontradas en la literatura consultada, y las conclusiones a las que llega el autor. Requiere un mínimo de 25 referencias bibliográficas actualizadas y relevantes para el tema presentado.

2.4 Reportes Breves (máximo 20 pag., incluyendo cuadros, tablas y gráficos). Resultados preliminares de investigaciones aun no concluidas, o de estudios con otras publicaciones complementarias, y aspectos innovadores en los campos clave de la revista. No deben contener mas de una tabla y una figura. La estructura es la misma de un artículo original (Introducción, Métodos, Resultados y Discusión), hasta donde aplique. Requiere un mínimo de 2 y máximo de 5 referencias bibliográficas actualizadas y relevantes para el tema presentado.

2.5 Puntos de vista (máximo 20 pag.). En esta sección, autores independientes presentan sus reflexiones y opiniones en torno a tópicos de interés y actualidad sobre los campos clave de la revista. A diferencia de otras secciones, Puntos de Vista no necesariamente refleja los resultados de investigaciones directamente relacionadas, sin embargo los autores deben mantener la mayor objetividad posible al emitir sus opiniones. Se recomienda una estructura en la que se presentan la definición y antecedentes del tópico abordado, los aspectos considerados críticos, y las principales recomendaciones propuestas por el autor en base a la literatura disponible o su propia experiencia. Requiere un mínimo de 5 referencias bibliográficas actualizadas y relevantes para el tema presentado.

2.7 Cartas al Editor (máximo 5 pag., incluyendo cuadros, tablas y gráficos). Cartas que clarifican, discuten o comentan de una manera constructiva las ideas expresadas en artículos publicados en MPA-e-Journal. Las cartas deben ser firmadas por el autor y especificar su afiliación profesional y dirección e-mail para ser publicada. Requiere un mínimo de una y máximo de 3 referencias bibliográficas actualizadas y relevantes para el tema presentado.

2.8 Fascículos de Educación Continua. Artículos que resumen el esta-

do actual del conocimiento e incertidumbre en relación a la prevención y tratamiento de condiciones individuales o poblacionales, basadas en búsquedas completas y una revisión crítica de la literatura científica. Sección desarrollada por miembros del equipo editorial o invitados.

3. Preparación del Manuscrito

Por favor, antes de enviar sus artículos, sírvanse consultar los Términos de la Colaboración y proceso de aceptación de manuscritos, que se encuentran disponibles en nuestra página web.

2.6 Reseña Histórica en Medicina Familiar. (máximo 20 pag.). En esta sección, autores independientes presentan sus reflexiones y opiniones en torno a la evolución de la especialidad en diversos contextos institucionales y nacionales. Se aplican las mismas instrucciones que la sección Punto de Vista.

3.1 Orientación General

En general, MPA-e-Journal adhiere a los requerimientos uniformes para manuscritos enviados a revistas biomédicas, aprobados por las siguientes instituciones: Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (ICMJE) (Normas de Vancouver). Dirección web: www.icmje.org Estándares consolidados para reportar ensayos aleatorizados (CONSORT). Dirección web: www.consort-statement.org. Guías para preparar revisiones sistemáticas de los efectos de intervenciones en Salud (COCHRANE). Dirección web: www.cochrane.org.

3.2 Idioma

Los manuscritos pueden ser enviados en español, portugués e inglés. Los artículos en español y portugués, además del resumen en su respectivo idioma, deberán ser acompañados de un resumen en inglés. Para artículos presentados en portugués será necesario un resumen en español. Para artículos presentados en portugués e inglés, los autores no necesitan traducir sus resúmenes al español, dado que ello será realizado por nuestro comité editorial.



Los títulos de las referencias y nombres de las instituciones no deben ser traducidos.

3.3 Requerimientos generales para la elaboración del manuscrito

Para situaciones específicas se sugiere leer los requerimientos uniformes para manuscritos enviados a revistas biomédicas del ICME. Algunos puntos esenciales en estos requerimientos son los siguientes:

- El manuscrito completo no debe exceder el número de páginas descrito en las secciones 2.1 a 2.8.
- Use un procesador de texto con caracteres de 12 pt. en Times New Roman o 11 pt. in Arial.
- Las páginas del manuscrito deben ser hechas a doble espacio, con márgenes de por lo menos 25mm y ser numeradas.
- Mantenga la siguiente secuencia de secciones en su manuscrito: Página del título, resumen con descriptores, texto, agradecimientos, referencias, tablas e ilustraciones, leyendas de las ilustraciones. Empiece cada sección en una nueva página.
- La página del título debe llevar el título, nombres completos de los autores, grados y títulos, afiliaciones, departamentos, dirección para correspondencia, e información sobre cualquier descargo o fuente de financiamiento.
- El título no debe exceder las 25 palabras. Este debe describir los contenidos del artículo en forma específica, clara y concisa.
- El resumen de Artículos Originales y Artículos de Evaluación de Intervenciones de Atención Primaria debe tener alrededor de 250 palabras, y estar dividido en las siguientes secciones: (a) Objetivos, (b) Diseño, (c) Ámbito, (d) Participantes, (e) Intervención, (f) Principales mediciones, (c) Resultados, y (d) Conclusiones, según aplique. Los resúmenes de otras secciones --exceptuando los comentarios editoriales-- tienen la siguiente estructura: (a) Introducción, (b) Objetivos, (c) Temas Abordados, (d). Información complementaria.
- La estructura "IMRYD": Introducción, Métodos, Resultados, y Discusión debe ser usada en la organización del cuerpo de de Investigaciones Originales. Ellos deben ser presentados con

los encabezados correspondientes (Introducción, Métodos, Resultados, y Discusión). Otras secciones pueden requerir otro tipo de encabezados, dependiendo de su contenido.

- Las referencias bibliográficas deben ser citadas en el "Estilo de Vancouver" promovido por el ICMJE, de acuerdo al cual las referencias deberán ser citadas en el texto con números consecutivos, entre paréntesis. La lista de referencias debe ser numerada consecutivamente en el orden en el cual las citas aparecen en el texto. La lista de referencias o bibliografía debe iniciarse en una página separada al final del manuscrito, y el formato debe seguir las instrucciones que aparecen en: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.
- Tablas e ilustraciones (gráficos, diagramas, figuras, esquemas, mapas y fotografías) deben ser enviadas en hojas o archivos separados. Deben ser enviados en su formato original (tales como Excel or Power Point). Mapas y fotografías deben ser enviadas en formato ".jpg". La calidad de las ilustraciones debe permitir la reproducción de copias de diferentes tamaños, si es necesario.
- Cada tabla o ilustración debe ser enviada en una página aparte. Las leyendas de tablas e ilustraciones deben ser incluidas en una página aparte y como parte de la propia figura si hay suficiente espacio. Si la figura es tomada de otra publicación, la fuente debe ser identificada y se debe obtener el permiso para su publicación.
- En la medida en que sea posible, deben evitarse las abreviaturas. La primera vez que una abreviatura o acrónimo sea mencionado en el texto, el nombre completo debe ser usado, seguido por la abreviatura del acrónimo entre paréntesis.
- Los autores deben usar el Sistema Internacional de Medidas (SI). Considere que en este sistema las abreviaturas de unidades no están en plural (use por ejemplo 15 km y no 15 kms) y ellas no son seguidas de punto (use por ejemplo 10 mL, y no 10 mL.) excepto al final de una oración. Los números deben ser agrupados en grupos de 3 dígitos a la izquierda y derecha del punto decimal, los cuales deben estar separados por un espacio en blanco (por ejemplo, 11 800 550 = once millones



ochocientos mil quinientos cincuenta o cinco mil seiscientos y 8 centesimos).

3.4 Material suplementario

Contenidos de soporte que pueden ser de utilidad para el lector, podrán hacerse disponibles como Material suplementario on line a través de la página web de MPA–e-Journal. Dicho material contendrá datos adicionales o complementarios, directamente relevantes para el artículo, pero no esenciales para entender sus conclusiones, tales como: aspectos más detallados del marco conceptual, de la metodología, del manejo de datos, del análisis o figuras adicionales.

Todo contenido a ser considerado como material suplementario deberá ser enviado en archivos separados a los del manuscrito principal, pero si-

multáneamente al mismo, e indicando claramente que aparecerá como material suplementario. Dicho material no podrá ser alterado o reemplazado luego que el manuscrito principal haya sido aceptado para publicación. El autor debe asegurarse que el material suplementario sea adecuadamente citado en el manuscrito principal.

4. Enviando su manuscrito

Los manuscritos deben ser enviados por e-mail a la dirección electrónica del comité editorial de MPA–e-Journal: mpaejournal@idefiperu.org. Los autores serán notificados por e-mail de que sus manuscritos han sido recibidos. Los autores pueden saber en todo momento el estatus de sus manuscritos enviando un e-mail a mpaejournal@idefiperu.org.