





Colegio de Médicos Familiares y Generales de Xalapa , Veracruz. México. 
Sociedad Paceña de Medicina Familiar. La Paz, Bolivia. 
Sociedad Peruana de Medicina Familiar, Integral y Gestión en Salud. Lima, Perú.




MEMORIAS


***PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO
DE MEDICINA FAMILIAR A DISTANCIA
2007***



Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC.

Colegio de Médicos Familiares y Generales de Xalapa , Veracruz. México. 

Sociedad Paceña de Medicina Familiar. La Paz, Bolivia. 

Sociedad Peruana de Medicina Familiar, Integral y Gestión en Salud. Lima, Perú. 

MEMORIAS

PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA FAMILIAR A DISTANCIA 2007

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

CONFERENCIAS MAGISTRALES

CONFERENCIAS

Editores

Irigoyen-Coria Arnulfo, Gil Alfaro Issa, Morales López Herlinda, Pérez Hernández
Celerino, Jure Humberto, González Dzib Roxana, Ramírez Villaseñor Ismael, Ciuffolini
Beatriz, Velázquez Tlapanco Jorge



Editorial Medicina Familiar Mexicana

© Arnulfo Irigoyen Coria
Calzada Vallejo 747 Colonia Nueva Vallejo
México D. F. CP 07750

Este libro no puede ser reproducido sin autorización del editor.

1ª. Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana 2008.

EDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA
Calzada Vallejo 747 Colonia Nueva Vallejo
Delegación Gustavo A. Madero
México D.F. CP 07750

ISBN 968-7606-30-4

Impreso en México
Printed in Mexico



editorialEDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA Miembro de la Cámara de la Industria Editorial No. 1812.

DISEÑO DIGITAL Y CORRECCIÓN DE ESTILO

Diseño digital, corrección de estilo y elaboración de índices: Dr. Arnulfo Irigoyen Coria. Profesor Asociado “C” TC.
Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Citación sugerida:

Trezzo Terrazzino JC, Rodríguez Lyon CH. Estudio de anemia en embarazadas que concurren a un Centro Comunitario en Rosario, Argentina. [CD-ROM] En: Irigoyen-Coria A, Gil Alfaro I, Morales López H, Pérez Hernández C. Jure H, González Dzib R, Ramírez Villaseñor I, Ciuffolini B, Velásquez Tlapanco J. eds. Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2007. 1-10 Diciembre de 2007. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2008. p. 12.



Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC

Labor et recens aer Novo pacis gustatis

Trabajo y aire fresco/ para el nuevo gusto / de la paz

Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC. Domicilio en México. Calle E. Zapata Manz. 12 Lt. 6 San Miguel Topilejo. México D.F. CP 14500. www.alpmf.org/ congreso.alpmf@gmail.com

<http://mx.geocities.com/alpmf/> www.alpmf.org/

Miguel Ángel Suárez Cuba (Bolivia)
Presidente

Ismael Ramírez Villaseñor (México)
Vicepresidente

Lilia González Cárdenas (Cuba)
Secretaria

Vocales

Caliope María Ciriacos Copanesos (Uruguay)
Eduardo Méndez Espinoza (México)
Issa Gil Alfaro (México)
Jorge Velásquez Tlapanco (México)

Asesores

María Graciela Muñoz (Chile)
Herlinda Morales López (México)
María V. Rodríguez Frau (Puerto Rico)


Comité organizador del congreso

Presidente del Congreso

Dr. Miguel Suárez C. 

Presidente de la Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC.

Co-Presidentes del Congreso

Dra. Hilda F. Mendoza S. 

Presidenta del Colegio de Médicos Familiares y Generales de Xalapa, Veracruz.

Dr. Javier Caballero R. 

Presidente de la Sociedad Paceaña de Medicina Familiar.

Dra. Evelyn Goicochea 

Presidenta de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar, Integral y Gestión en Salud.

Comisión Organizadora

Dr. Arnulfo Irigoyen C. 

Secretario Ejecutivo.

Dra. Herlinda Morales L. 

Secretaria Adjunta.

Comisión de Conferencias Magistrales

Dr. Rafael Bustos S. 

Secretario Ejecutivo

Dr. Humberto Jure 


Secretario Adjunto

Dr. Jorge Velazquez T. 


Secretario Adjunto

Dra. Irma Pérez M. 

Secretaria Adjunta

Dra Bertha S. Guzmán del Toro 

Secretaria Adjunta

Dra Maria Guadalupe Flores R. 

Secretaria Adjunta

Comisión de Trabajos Libres

Dr. Celerino Pérez H. 


Secretario Ejecutivo

Dr. Ismael Ramírez V. 

Secretario Adjunto

Dra. Maria Luisa Vera 

Secretaria Adjunta

Dra. Roxana González D. 

Secretaria Adjunta


Comisión Científica

Dra. Issa Gil A. 

Secretaria Ejecutiva.

Dra. Lilia González C. 

Secretaria Adjunta

Dra. Beatriz Ciuffolini 

Secretaria Adjunta

Dr. Miguel Ángel Suárez B. 


Secretario Adjunto

Dr. Mario Acuña 

Secretario Adjunto

Dra. Magdalena Bustos V. 

Secretaria Adjunta

Dr. Héctor Zavaleta 

Secretario Adjunto

Dr. Luis Sainz V. 

Secretario Adjunto

Mensaje de Bienvenida al Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2007

Dr. Miguel Ángel Suárez Cuba

Presidente del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2007 y de la ALPMF.

En nombre de la Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC y del Comité Organizador del Primer Congreso Latinoamericano de Profesores de Medicina Familiar a Distancia 2007; quiero hacerles llegar a todos y cada uno de Ustedes la más cordial y sincera bienvenida al Primer Congreso a Distancia On Line relacionado con la Medicina Familiar; no sólo en lengua española, sino en inglés y en otros idiomas. Debo destacar que en este congreso participa un considerable número de profesores de la especialidad en medicina familiar y de otros campos del conocimiento provenientes de por lo menos 11 importantes Instituciones de Educación Superior de Latinoamérica y España:

Argentina

- Universidad Nacional de Córdoba
- Universidad Nacional de Salta
- Universidad Favaloro

Bolivia

- Universidad Mayor de San Andrés

Cuba

- Instituto Superior de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba

España

- Universidad Complutense de Madrid
- Universidad de Murcia

México

- Universidad Nacional Autónoma de México
- Universidad Autónoma de Nuevo León

Perú

- Universidad Peruana Cayetano Heredia

Venezuela

- Universidad Rómulo Gallegos. San Juan de los Morros, Guárico.

Con la realización de este Congreso a Distancia, pretendemos:

Establecer un fructífero intercambio de experiencias entre los grupos que realizan docencia e investigación en medicina familiar en el área Latinoamericana.

Fomentar una cultura científica que ayude a mejorar la calidad de la atención médica y en consecuencia la calidad de vida de los pacientes.

Hacer llegar a los congresistas conocimientos y experiencias de profesores y residentes de la especialidad en medicina familiar; lo más cerca posible de sus domicilios y/o centros de formación y trabajo.

Lograr una considerable participación en cuanto a asistencia, uso del tiempo e intercambio de opinión entre los congresistas.

En este Congreso tendremos la participación de profesores del más alto nivel en el contexto internacional impartiendo un número superior a las cincuenta Conferencias Magistrales; así mismo, tanto médicos como residentes de la especialidad presentarán más de sesenta Trabajos Libres. Por primera ocasión hasta donde tengo documentación histórica el día de la inauguración del Congreso se ha entregado un libro con ISBN denominado: Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Profesores de Medicina Familiar a Distancia 2007; hecho inusual en los países Latinoamericanos.

Estarán a disposición de los congresistas un **Foro de Discusión relativo a los Desafíos y propuestas de solución al problema del escaso desarrollo de la investigación en medicina familiar** y de manera gratuita, cuatro libros electrónicos relacionados con la medicina familiar. *Este primer Congreso por el sólo hecho de realizarse constituye en sí mismo un acontecimiento histórico para la Medicina Familiar y la Atención Primaria en la región Latinoamericana.*

Quiero agradecer su participación y reconocer que con hechos como el presente se puede formar parte de la historia.

Cordialmente.

Mensaje de Clausura al Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2007

Impacto del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2007

Irigoyen Coria Arnulfo E *, Morales López Herlinda

* Dr. Arnulfo Irigoyen Coria. Profesor Asociado "C" TC. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

La Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC nació hace más de un lustro y precisamente surgió bajo el abrigo de la Internet, de hecho su acta constitutiva se firmó a distancia (el 25 de febrero de 2002) desde cinco ciudades latinoamericanas de manera simultánea; luego entonces, resultaba una consecuencia lógica el que desarrollara el que hasta donde tenemos noticia, es el primer Congreso a Distancia on line relacionado con la Medicina Familiar; no sólo en lengua española, sino en inglés y en otros idiomas.

Quisieramos recordar que la idea inicial, primigenia, de realizar este Congreso a Distancia por la Internet nació en Bolivia, fue precisamente el actual Presidente de la ALPMF el Dr. Miguel Ángel Suárez Cuba, quien hace más de un año, encargó a una Comisión Organizadora la tarea de preparar los trabajos de este, esperamos que así sea, memorable congreso. Posteriormente contamos con la extraordinaria y titánica labor de nuestros colegas de Xalapa, Veracruz, México quienes realmente dieron vida a este proyecto así como a la empresa que tiene su sede en Xalapa, Veracruz "Seth Infodiseño" quienes con extraordinaria paciencia y talento se dieron a la tarea de desarrollar la arquitectura de la página Web y la organización propia del congreso.

Debemos señalar que la más vigorosa y entusiasta promotora de este evento académico fue la Doctora Issa Gil Alfaro, quien mencionaba de manera vehemente en una de sus intervenciones: Cuando iniciamos este sueño... ni siquiera nos imaginamos lo que estaba por venir. Por ello, agradecemos a todos ustedes, asistentes, conferencistas, ponentes, Profesores. Residentes y personal de salud del primer nivel de atención; porque fueron ustedes los que dieron vida a este Congreso.

La Doctora Didoni, refería lo que seguramente significó para muchos de los 252 congresistas: "En esta semana, sólo espero el momento de finalizar con mis actividades cotidianas para seguir "recorriendo" las experiencias de trabajos que tanto han enriquecido mi práctica."

Antes de concluir quisiéramos citar las palabras de la Doctora Beatriz Ciuffolini, quien realizó algunas observaciones agudas y esclarecedoras sobre el desarrollo del Congreso: Realmente fue una muy grata experiencia y muy enriquecedora, aunque lamento que la -
voráGINE que significa el cierre laboral del año me haya impedido participar más intensamente. Este congreso nos dio la impensada posibilidad de conocer lo que hacen, sienten y piensan muchos colegas de la región y creo que constituye una excelente y prometedora finalización del 2007 para todos aquellos que hacemos y queremos esta especialidad.

Para finalizar señalaremos algunos datos sobre las estadísticas del Congreso, las cuales indiscutiblemente tienen la virtud de ser contundentes, aunque a través de los “fríos” números:

Se dieron cita un total de 252 congresistas; se presentaron 67 Trabajos Libres, 48 Conferencias y Conferencias Magistrales en conjunto con seis conferencias a cargo de residentes de la especialidad en medicina familiar.

Se tuvo en total – del 30 de octubre al 9 de diciembre – 7367 visitantes a la página de la ALPMF; y las visitas únicas a la “ALPMF.ORG” durante el congreso totalizaron 1198 visitas, como un ejemplo, el 4 de diciembre tuvimos el día “pico” de visitas con un total de 1512 visitantes.

Nuevamente, les agradecemos su confianza y el habernos dado la oportunidad de realizar este sueño de romper limitaciones geográficas y de logística en general; para estar en posibilidades de realizar algún día el deseo de consolidar a nuestra especialidad en medicina familiar, al menos, en la región Latinoamericana.

Irigoyen Coria Arnulfo E, Morales López Herlinda.
Comisión Organizadora

Índice

Mensaje de Bienvenida al Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2007 Suárez Cuba MA.....	II
Mensaje de Clausura al Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2007. <i>Impacto del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2007</i> Irigoyen Coria AE , Morales López H.....	IV

TRABAJOS LIBRES

ÁREA TEMÁTICA 1: DOCENCIA

Docencia, Tutoría Bioética en Medicina Familiar

Actualización continua de médicos especialistas en medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 51 de Guadalajara, Jalisco. México Campos Sánchez DC, Alegría Sánchez JM, Villa Manzano AI.....	1
Club de revistas: una oportunidad de mejora en investigación en medicina de familia Saura Llamas J, Blanco Sabio S, Conesa Bernal C, Rubio Gil E, Martínez Pastor A.....	1
Consultorio Docente de Medicina Familiar, actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades Piñero A, Jure H, Ciuffolini M.B, Didoni M, Bustos L, Lloveras C, Lucero M, Ducoin F, Estario JC.	1
Control de crecimiento y desarrollo realizado por residentes de medicina familiar Ducoin F, Macchione M, Zapata F.....	2
Desarrollo de la aptitud clínica de los médicos residentes de medicina familiar en infecciones de vías aéreas superiores Aguirre García M del C, Uribe Ravell J, Saavedra Salinas MA.....	2
El diseño del programa de formación individual del residente en Medicina de Familia en España Romero Sánchez BE, Saura Llamas J.....	2
El genograma como herramienta para identificar factores de riesgo de embarazo en adolescentes Navarro GAM, García CN, Hernández VCI.....	3
Educando a la comunidad para la actuación en la emergencia Pereyra, A; Sanguedolce, E; Bignon, M; Abeldaño, A, Rasjido J; Pereyra G.....	3
Evaluación formativa: portfolio Astegiano C, Ducoin F, Pérez A, Didoni M.....	3
Evaluación por competencias como instrumento de retroalimentación de los procesos de enseñanza y aprendizaje Jure H, Didoni M, Kasparian A, López A, Ciuffolini B, Pérez A, Nini M, Peisino E, Amaya JP.....	4
Grado de aptitud clínica en diabetes mellitus tipo 2, en médicos internos de pregrado en una unidad de segundo nivel de atención Chávez Sánchez A, Gaña Eretza B.....	4
Impacto de la incorporación de estrategias pedagógicas participativas en Medicina Familiar en la formación de grado Jure H, Didoni M, Ciuffolini B, Pérez A.....	4
Medidas de autocuidado en salud sexual, en estudiantes de la Universidad Nacional de Salta, Argentina Sanguedolce Guantay E., Farfan C, Berta D, Ramos M.....	5
Percepción en los estudiantes acerca de la incorporación de medicina familiar en el pregrado Ciuffolini B, Jure H, Ducoin F, Dittler MM.....	5

Percepción sobre Actividad de Extensión Comunitaria en alumnos de medicina que cursan Medicina Familiar en el tercer trimestre de año 2007 Beras M, Ciuffolini B, Jure H, Cabrera Fasolis B.....	5
Proceso de leer: un abordaje diferente en líderes de educación Welsh Orozco U. Jiménez Vásquez MM.....	5
Repercusión de dos intervenciones educativas sobre el control metabólico de pacientes diabéticos en la UMF 66 de Xalapa, Veracruz, México Gracida-Aguirre L, Pérez-Hernández C, Gil-Alfaro I.....	6
Rotación de Residentes de Medicina Familiar en una Unidad de Investigación. Experiencia de cinco años en Querétaro, México Villarreal Ríos E, Velázquez Tlapanco J, Vargas Daza ER, Galicia Rodríguez L, Martínez Martínez ML, Martínez González L, Ruelas Candelas M del R.....	6
Utilización del servicio de preguntas clínicas basadas en la evidencia (PREEVID) por los médicos de familia en Murcia, España Aguinaga Ontoso E, Sánchez López MC, Castillo Bueno MD.....	6

ÁREA TEMÁTICA 2: INVESTIGACIÓN

Investigación cualitativa y cuantitativa en Medicina Familiar, Medicina Familiar basada en evidencias: MBE, POEMS, etc.

Mujeres protagonistas: abriendo espacios hacia la equidad Arcas P, Garay M, Peschiutta S, Sciolla, S.....	7
Representaciones sociales sobre salud sexual y reproductiva de la población de Juárez Celman. “cuando creencias, temores y tabúes se traducen en palabras”. Agüero G, Arcas P, Básquez N, Bossa V, Colomba P, Garay C, Izaguirre S, Labadié S, López C, Migueltoena E, .Peschiutta S, Sciolla S.....	7
Promoviendo vínculos saludables desde la participación ciudadana Arcas P, Beras M, García Brasca F, Rímoli S, Tur, A.....	7

ÁREA TEMÁTICA 3: ASISTENCIA

Experiencia en atención a enfermedades agudas y crónicas. Atención por etapas del ciclo vital. Seguimiento de casos en Medicina Familiar. Medicina centrada en el paciente. Relación Médico-Familia-Paciente. Prescripción en Medicina Familiar. El equipo de salud en atención primaria

Actividades cotidianas en la prevención del pie diabético en la Policlínica “Manco Kápac”, Caja Nacional de Salud. La Paz, Bolivia Pérez Quispe P, Bustos Saldaña R.....	8
Calidad de vida del adulto mayor de la UMF66 de Xalapa, Veracruz, México Cruz Mendoza BV, Gil Alfaro I, Hernández Pérea E.....	8
Calidad de vida en pacientes sometidos a diálisis peritoneal y hemodiálisis de tres años de evolución en el Hospital General de Zona IMSS Campeche, con base en la encuesta SF 36 de calidad de vida Sánchez G, González R.....	8
Características Epidemiológicas de niños con sobrepeso/obesidad adscritos a la UMF No. 66 de Xalapa, Veracruz. México Loaiza Vázquez M, Mendoza Sánchez HF.....	9
Características epidemiológicas de las mujeres embarazadas de HGZ con UMF No. 26 de Tuxpan, Veracruz, México Gracida-Aguirre M de L.....	9

Conocimientos y mitos de la lactancia materna en mujeres derechohabientes de la unidad de medicina familiar numero 51 de Guadalajara, Jalisco.	
Alegria Sanchez J, Villa Manzano A, Yañez Ortega A, Moreno Verduzco R, Campos Sánchez D.....	9
Cumplimiento terapéutico de pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica Esencial según el Test de Morisky-Green	
Robles Amaro M, González Dzib R, Domínguez Hernández C.....	10
Disfunción eréctil en el paciente diabético tipo 2 que acude a la Unidad de Medicina Familiar N° 1 de Campeche, México	
Días Matus M, González Dzib R, Domínguez Hernández C.....	10
Disfunción Familiar en el paciente diabético tipo2 que acude a la UMF N° 2 Champotón Campeche, México	
Ramos Juárez G, González Dzib R, Domínguez Hernández C.....	10
Disfunción familiar en las mujeres trabajadoras del turno vespertino de la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona N° 1 de la Ciudad de Campeche, México	
Lemus Orozco M.....	10
Disfunción Familiar en embarazadas adolescentes que acuden al Hospital Rural de Hecelchakan, Campeche, México	
López-Bozada AL.....	11
Disfunción familiar en pacientes mayores de 18 años con Diabetes Mellitus tipo 2 y diálisis peritoneal ambulatoria	
Salazar Sosa X.....	11
Estilo de vida y apoyo familiar en diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF número 66 IMSS de Xalapa, México	
Niño T, Gil I, Aguilar E, Vázquez F, Sosa A.....	11
Estudio de anemia en embarazadas que concurren a un Centro Comunitario en Rosario, Argentina	
Trezzo Terrazzino JC, Rodríguez Lyon Clark H.....	12
Evaluación de la calidad de la atención de la diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar	
Mazariegos E, Martínez J, Hernández L.....	12
Evaluación de recursos gráficos para incrementar la actividad física en pacientes diabéticos tipo 2 en el primer nivel	
Pérez Gil SA, Gil Alfaro I, Pérez Hernández C, Almela García L, López L.....	12
Evaluación del Funcionamiento Familiar y Redes de Apoyo en pacientes geriátricos del consultorio número 4 de la Unidad de Medicina Familiar número 12 de Ciudad del Carmen, Campeche. México	
Chulines Valencia T.....	13
Evolución clínica de las pacientes con vaginitis en la unidad de medicina familiar número 19 IMSS Banderilla, Veracruz, México	
Gil Alfaro I, Temis Montiel G.....	13
Experiencia del centro de consejería y diagnóstico voluntario de VIH/SIDA del centro de salud “Dr. José Castro Villagrana” del año 2001 al 2006 en la ciudad de México	
Mondragón Rocha A, Madrigal de León H. Ponce Rosas R.....	13
Factores de riesgo de infección asociados con el virus del papiloma humano en hombres	
Lima Iturbe E, Damian Blanco L, Díaz Castañeda R.....	14
Factores que influyen en el apego de pacientes con insuficiencia renal que reciben tratamiento sustitutivo con hemo-diálisis	
Alegria Sánchez JM, Gazcón Núñez K del R, Diana Paulina Flores Vázquez, Gabriel Guerrero Carlos, Elsa Armida Gutiérrez Román, García Cárdenas MA.....	14
Formación en Consejería del equipo de salud en Medicina Familiar	
Sacchi M, Carrizo Orellana K, Moi A.....	14
Frecuencia de depresión de acuerdo a la Escala de Zung en Pacientes de 20 A 50 años	
Domínguez Hernández C.....	15
Frecuencia de depresión en población femenina obesa de 20 a 59 años de la UMF número 2 de Champotón, Campeche. México	
Báez Cortés S.....	15

Frecuencia de síndrome metabólico en adultos hipertensos de 20-59 años, según criterios del tercer reporte del programa nacional de educación para el colesterol y panel de tratamiento del adulto (NCEP-ATP III) Aquino Cruz F, González Dzib R, Domínguez Hernández C, Mugártegui Hernández V.....	15
Frecuencia de violencia intrafamiliar en adolescentes: experiencia en una unidad de atención primaria de la ciudad de México Solares Jacinto M, Landgrave Ibáñez S, Irigoyen Coria A.....	16
Funcionalidad familiar (FACES III) en parejas usuarias de un método de planificación familiar García-Aguilera MM, Luna-Ruiz MA, Aguilar-Rosales ML, Maldonado-Villalobos MA.....	16
Muerte materna en Chiapas, México: previsibilidad en el primer nivel de atención Guerrero Flores JL.....	16
Obesidad e hipertensión en la ciudad de El Alto La Paz Bolivia Junio-Agosto 2006 Arteaga Huanta HT.....	17
Perfil de mujeres que interrumpen el uso de métodos anticonceptivos en un centro de salud Dittler M, Pérez A, Chosco N, Lucero R.....	17
Perfil epidemiológico de pacientes con patología renal en estadio terminal Hospital Obrero Número 1 La Paz-Bolivia. Enero-diciembre de 2006 Aruquipa-Quispe B.....	17
Percepción de los pacientes hipertensos y diabéticos sobre su enfermedad y la atención que reciben Gil Alfaro Issa, Pérez Hernández Celerino.....	17
Plan de alimentación y ejercicio para mejorar el control metabólico en pacientes diabéticos, coordinado por el médico familiar Luna-Ruiz MÁ, De la O Arce LF.....	18
Prescripción de rosiglitazona y pioglitazona en diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención Ortiz López C, Díaz Castañeda RE.....	18
Prevalencia del déficit de atención con hiperactividad en preescolares. Factores asociados. Cortés G, Hernández L.....	18
Prevalencia de diabetes gestacional en pacientes del servicio de materno infantil de la Unidad de Medicina Familiar No 1 de la Ciudad de Campeche, Campeche. México García Bolio JA, González Dzib R.....	19
Prevalencia de insomnio en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar No. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara Jalisco, México Campos Sánchez D, Flores Vázquez DP, Alegría Sánchez JM, Peña Zatarain JO, Moreno Verduzco R.....	19
Prevalencia de Obesidad en Niños de 1 A 5 años en la UMF N° 11 IMSS de la Ciudad de Campeche, México Puy Castillo A.....	19
Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 9 años de la UMF 47 del IMSS de León Guanajuato, México Luna-Ruiz MÁ, Briones Jaramillo G.....	20
Proporción de curación de pacientes con Tuberculosis Pulmonar de la Unidad de Medicina Familiar No 66 del IMSS Segura Torres F, Sainz Vázquez L, Torres Becerra ZT.....	20
Propuesta de intervención en la población de Vallegrande, Santa Cruz, Bolivia Aruquipa Quispe RB.....	20
Satisfactoria funcionalidad de la familia y depresión en el adulto mayor Galindo Aguilar LM, Navarro García AM, Valencia Islas YE.....	20
Satisfacción de los usuarios en un servicio de urgencias en el área de primer contacto Pérez-Goiz R, Vega-Malagón G.....	21

Vacunación en el adulto: influencia de factores sociales

Hamui Sutton A, Fernández Ortega MA, Nellen Hummel H, Halabe Cherem J.....21

Violencia doméstica y embarazo en los Policonsultorios de la Caja Nacional de Salud. Ciudad de El Alto, La Paz, Bolivia

Pérez Quispe P, Arteaga Huanta HT.....21

PRIMER FORO DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA ALPMF

La investigación en medicina familiar en Latinoamérica: desafíos y propuestas de solución. Una perspectiva de alumnos, residentes y profesores de la especialidad en medicina familiar de América Latina.

Ismael Ramírez Villaseñor I.....22

Aguayo Arteaga F, Aguirre García M del C, Alvarado Herrera FA, Amador Díaz MB, Aquino Cruz F, Argüelles Callejas G, Attwood LE, Ávila Ramírez RdelC, Baez Cortes S, Baillet Esquivel L, Bayardo Quezada MA, Cabrera Fasolis B, Castaño Quintero GE, Ciuffolini MB, Cortés Luna G, Díaz Castañeda RE, Domínguez Hernández C, Galindo Aguilar LM, García Aguilera M, García Bolio JA, Guerrero Flores JL, Hamui Sutton A, Irigoyen Coria A, Jure H, Lemus Ramírez L, León Collao LB, López Alvarez CA, López Pérez M, Luna Ruiz MA, Luna Tellez Y, Márquez Reyes L M de los, Mazariegos Flores E de J, Mejía Casas J, Méndez Heredia C, Mendoza Sánchez HF, Moctezuma y Ocampo P, Molina CI, Morales López H, Obeso Sandoval IS, Ortiz López C, Pascual Confesor T, Pérez Hernández C, Ramírez Aranda JM, Ramos Juárez G, Reyes Ruíz ME, Roa de Rojas E, Rojas Ardila V, Rojas Armadillo M de L, Sabido Siglier AS, Sabido Siglier B, Sanguedolce E, Solares Jacinto M, Soto López L, Suárez Bustamante MA, Suárez Cuba MA, Susana Didoni M, Uc Ucan JM, Vargas Rodríguez EA, Vela Otero Y, Velázquez Tlapanco J, Verdugo Robles E, Vergara Cazares G, Villagómez Amezcua M del SC, Welsh Orozco U.

CONFERENCIAS MAGISTRALES Y CONFERENCIAS

Análisis cualitativo sobre la aplicación del genograma en un grupo de residentes de medicina familiar de México

Ramírez de la Roche Omar Fernando, Toledo García José Antonio, Quiroz Pérez José Rubén, Baillet Esquivel Laura Eugenia, Urbina Méndez Ricardo, González Salinas Consuelo..... 29

Asma: abordaje integral

Laura Eugenia Baillet Esquivel.....29

Biotransformación de los fármacos

Arturo Islas Guerrero.....30

Características del Síndrome de Burnout en un grupo de médicos mexicanos del primer nivel de atención

Dickinson Bannack ME, González Salinas C, Fernández Ortega MA, Palomeque Ramírez P, González Quintanilla E, Irigoyen Coria A, Hernández30

Como se puede prevenir el “burnout” docente en medicina de familia

José Saura Llamas.....31

Componentes que integran el sistema de creencias del docente

Ileana Petra Micu.....31

Condiciones de Desarrollo del Seminario de Investigación en el Curso de Especialización en Medicina Familiar: el caso de México. Raúl Ponce Rosas, Francisco J. F. Gómez Clavelina, Felipe García Pedroza, Arnulfo E. Irigoyen Coria.....32

Constructivismo y enseñanza de la medicina familiar

Carmen García Colorado.....32

Disciplina y práctica de la Medicina Familiar-Reflexiones para las nuevas experiencias

Miguel Suárez Bustamante.....33

El médico familiar y la salud del migrante interno	
Miguel Ángel Suárez Cuba.....	33
Enseñando Medicina Basada en Evidencias a los Residentes de Medicina Familiar	
Miguel Suárez Bustamante.....	33
Evitar errores en farmacoterapia de ancianos en atención primaria	
Ismael Ramírez Villaseñor.....	34
Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia	
Miguel Ángel Fernández Ortega.....	34
Farmacología en ancianos	
Ismael Ramírez Villaseñor.....	35
Fundamentos de epidemiología clínica	
Sergio Arturo Juárez Márquez.....	35
Grado de Satisfacción Laboral en Médicos de la delegación de Querétaro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	
María Magdalena del Sagrado Corazón Villagómez Amescua.....	36
Infidelidad Conyugal: Consideraciones Teóricas de utilidad Clínica	
José Rubén Quiroz Pérez.....	36
Intervención Breve: Para reducir la Morbilidad y Mortalidad por Alcohol en Atención Primaria	
Sylvia Shellenberger , Paul Seale, Esteban Lucas Figueroa.....	37
La enseñanza del conocimiento básico integrado a la clínica	
Ma. Eugenia Ponce de León C.....	37
La evaluación formativa del desempeño de los especialistas de medicina general integral como una forma de elevar la calidad de los servicios de salud cubanos	
Carlos Felipe Domínguez Eljaiek, Silvia Cruz Baranda,Eneida Matos Hernández.....	38
La evaluación por portafolio: reporte de una experiencia	
Evelyn Roa Delgado. Víctor Rojas A. Irene EIDaoihrih.....	38
La inteligencia emocional	
Ileana Petra Micu.....	39
La práctica de la vacunación en el adulto en el medio rural	
Alicia Hamui Sutton.....	39
La redacción y la publicación científica	
Ana Silvia Sabido Siglher.....	40
La relación médico paciente en la consulta diaria	
Ileana Petra Micu.....	40
La relación médico-paciente en la formación de los médicos familiares	
Ricardo Urbina Méndez.....	41
Las condiciones de trabajo del médico y el síndrome de desgaste profesional	
Jorge Bernstein.....	41
Lumbalgias	
Humberto Jure.....	44
Maltrato Infantil	
Antonio Sáez Crespo.....	44
Nuevo Modelo Prestacional del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) (PAMI)	
Humberto Jure, Marisa Didoni, Raúl Urquiza, Florencia Coronel.....	58
Osteoporosis	
Celerino Pérez Hernández.....	58

Participación de los usuarios y Gestión de la Calidad en Medicina Familia	
Raúl Urquiza.....	58
Perfil sociocultural y familiar de las etnias e indígenas en Bolivia	
Miguel Ángel Suárez Cuba.....	59
Reflexiones sobre el proceso de formación y práctica de la Medicina Familiar	
Patricia Ocampo Barrio.....	59
Relación médico paciente en Medicina Familiar	
Miguel Ángel Suárez Cuba.....	60
Resiliencia: Base emocional del desarrollo y crecimiento del individuo	
José Antonio Tayalero.....	60
Satisfacción laboral en médicos del IMSS Querétaro, México	
María Magdalena del Sagrado Corazón Villagómez Amescua.....	60
Síndrome de Burnout en trabajadores de la Salud	
María Eloisa Dickinson Bannack.....	61
The FITNESS Residency Program: Preparing Brazil's Leaders for the Future of Family Medicine	
Thais Raquel Pavão Pinheiro, Marcelo R. Levites.....	62

TRABAJOS LIBRES

ÁREA TEMÁTICA 1: DOCENCIA

Docencia, Tutoría Bioética en Medicina Familiar



Actualización continua de médicos especialistas en medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 51 de Guadalajara, Jalisco. México

Campos Sánchez Diana Carolina, Alegría Sánchez Jorge Manuel, Villa Manzano Alberto Iram.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México. Unidad de Medicina Familiar No. 51, Delegación Estatal Jalisco. dianacar007@gmail.com

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la actualización médica continua en Médicos Especialistas en Medicina Familiar. **DISEÑO:** Transversal descriptivo. **MÉTODOS:** entre Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No 51. Se realizó un muestreo no probabilístico, con una muestra total de 17 Médicos cumplieron los criterios de inclusión, no inclusión. Autorización mediante consentimiento bajo información se aplicó una encuesta. Se analizaron los resultados estadísticos SPSS 10.0 y se utilizó estadística descriptiva para el reporte de los resultados. **RESULTADOS:** Se encontró que solo el 64.7% de los médicos encuestados pertenece a algún colegio o asociación médica. Sólo el

52.9% (n=9) están certificados o re-certificados por el Consejo Mexicano de Medicina familiar. En cursos de pos-grado, diplomado, maestría o doctorado, se observó para realización de maestría solo uno (5.9%). Para diplomado, el 58.8% de ellos (n=10). El 58.8% de los médicos solo han asistido de 1 a 5 cursos en los últimos doce meses. Las razones para no asistir a cursos son la falta de tiempo en un 58.8% y un 23.5% opina que por falta de difusión de los mismos. **CONCLUSIONES:** Existe poca actualización continua en los médicos familiares. Es necesario estudios más amplios para conocer el panorama amplio.



Club de revistas: una oportunidad de mejora en investigación en medicina de familia

Saura Llamas J, Blanco Sabio S, Conesa Bernal C, Rubio Gil E, Martínez Pastor A.

Unidad Docente. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. España. j.saurall@tiscali.es

OBJETIVO GENERAL: Comentar los resultados de una actividad formativa para residentes de medicina de familia en un taller de investigación "club de revistas". **DISEÑO:** Se realiza un taller de investigación para residentes R1 (2006-2010) de familia, tras 5 meses de estancia en su rotación de atención primaria, y se desarrolla una tormenta de ideas con el objetivo de conseguir preguntas clínicas. **MÉTODOS:** Se realiza una investigación cualitativa del resultado de la tormenta de ideas expresada por los residentes de familia. **RESULTADOS:** 29 de 30 residentes hicieron preguntas, obteniendo 84. Ordenadas por número de preguntas según su contenido: Calidad asistencial (24); Relación médico-paciente (23); Demanda asistencial (21); Tratamiento (21); Diagnóstico (15); Patología cardiovascular (13);

Gestión administrativa (12); Problemas específicos del residente (11). Se han obtenido 35 preguntas clínico-biológicas y 49 no clínicas. Las preguntas no clínicas indican malestar, dificultades, problemas. Ordenadas por su importancia cuantitativa: Calidad asistencial. Relación médico-paciente. Gestión del centro de salud. Relación tutor-residente-paciente. Situación y ambiente laboral. **CONCLUSIONES:** Se han encontrado oportunidades formativas y de mejora sobre el nivel clínico-científico de nuestros residentes, su nivel competencial, sus actitudes y sus preocupaciones-necesidades. Todos estos datos nos aportan una información muy valiosa en la planificación de los programas de formación.



Consultorio Docente de Medicina Familiar, actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades

Piñero A, Jure H, Ciuffolini M.B, Didoni M, Bustos L, Lloveras C, Lucero M, Ducoin F, Estarío JC.

Departamento de Medicina Familiar y Gral. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. agusep@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Evaluar actividades de promoción y prevención realizadas en el Consultorio de Medicina Familiar del H.N.C. **DISEÑO:** Relato de experiencia. **MÉTODOS:** Actividades: "Semana de la HTA", determinación de la T.A. Consejería sobre hábitos saludables. Charla- taller. "Taller de Sexualidad" en institución educativa de nivel primario, a partir de inquietudes de los estudiantes. Dos grupos: 1º a 3º año y 4º a 6º año. **RESULTADOS:** Toma de TA: 255 personas: 60,4% mayores de 50 años, 69% mujeres. 27% diagnóstico previo de HTA. Presentaron 25% T.A. 140-159/90-99 mmHg y 20% mayor 160/100 mmHg, los cuales se incluyeron en el Programa de Enfermedades Crónicas. Hasta la fecha se han desarro-

llado dos talleres, concurrencia promedio 10 pacientes con alta motivación para el cambio. Taller de Sexualidad; evaluado con encuesta estructurada: 85 alumnos (1-3 año) y 70 (4-6 años). Manifestó adquisición de nuevos conocimientos el 85,8% de 1º a 3º año y 95,6% de 4º a 6º. El 78,8% y 88,4% desearía repetir la experiencia. El 80% de los participantes lo clasifico como MB. **CONCLUSIONES:** La semana de la HTA permitió diagnosticar y captar pacientes. Los talleres inician un trabajo intersectorial. Ambos, ponen de relieve a la educación como modo de promoción de cuidado y estilo de vida saludable.



Control de crecimiento y desarrollo realizado por residentes de medicina familiar

Dittler M, Pérez A, Chosco N, Lucero R.

Universidad Nacional de Córdoba- Facultad de Ciencias Médicas. Residencia de Medicina Familiar y General (Centros periféricos de la Municipalidad de Córdoba) Córdoba- Argentina. florducoin@gmail.com

OBJETIVO GENERAL: Conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones vigentes y de un abordaje integral en el control de crecimiento y desarrollo (CCD) del niño realizado por residentes de medicina familiar (MF). **DISEÑO:** Estudio descriptivo, transversal. **MÉTODOS:** Se seleccionaron las historias clínicas de todos los niños de 1 a 2 años de cuatro Centros de Atención Primaria (200). Se incluyeron aquellas en las que algún residente actual (18) haya realizado un CCD (153 Niños) Según porcentaje de cumplimiento se clasificó en satisfactorio, regular e insatisfactorio. **RESULTADOS:** Satisfactorio: Datos iniciales (100 %), Diagnóstico Antropométrico (90.2%), Inmunizaciones (96.04%), Valoración Desarrollo (76.48%), Displasia de cadera (70.22%); Regulares: Familigrama (67.98%), Criptorquidia (37.57%), Fenilcetonuria e hipotiroidismo (67.5 %),

Lactancia (66.6%), SMSL (50.4%), Alimentación (60.1%), Suplementación (67.34%); Insatisfactorio: Contexto socioeconómico (24.83%), Problemas auditivos (5.89%), Reflejo rojo (11.4%), Estrabismo (8.4%), Maltrato (0%), Accidentes (30.7%), Tabaquismo pasivo (5.9 %), Salud buco dental (2.6%), Dolencia (5.2%). **CONCLUSIONES:** Se evidenció una adecuada realización de las principales actividades del CCD (diagnóstico antropométrico e inmunizaciones). De las prácticas insuficientemente registradas se destacan por su trascendencia la consejería sobre accidentes y prevención de maltrato. El abordaje integral se encontró insatisfactoriamente reflejado en los registros. Se requiere un estudio cualitativo que complete esta evaluación.



Desarrollo de la aptitud clínica de los médicos residentes de medicina familiar en infecciones de vías aéreas superiores

Aguirre García M del C, Uribe Ravell J, Saavedra Salinas MA.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Unidad de Medicina Familiar No. 20. DOMICILIO: 16 de Septiembre de 1823 No 9. Col San Bartolo Atepehuacan CP.07730. carmenaguirre1@yahoo.com.mx

OBJETIVO GENERAL: Determinar la aptitud clínica (AP) de médicos residentes de medicina familiar ante infecciones de vías aéreas superiores. (IRAs). **DISEÑO:** Transversal analítico en 85 médicos residentes de tres sedes y todos los grados académicos. **MÉTODOS:** Previo consentimiento informado aplicamos un cuestionario para indagar factores sociodemográficos, familiares y un instrumento de aptitud de IRAs de 174 ítems validado por expertos, con consistencia interna (.91) y los dominios: Factor de riesgo, indicios clínicos, integración diagnóstica, selección de pruebas diagnósticas, uso de recursos terapéuticos, decisiones iatropatogénicas, medidas de seguimiento preventivas e interconsulta. Estadística descriptiva y

analítica con U de Mann Whitney, Kruskal Wallis e inferencial X². **RESULTADOS:** Media de edad 29 años DE \pm 2.4; género femenino 63.2%, nivel socio-económico medio alto 86.3%, estado civil soltero 55.8% y primer año de residencia 45.3%. Características familiares: Tipología familiar nuclear simple 54.7%, mas o menos funcionales 46.3% y valoración conyugal funcional 95.5%. La aptitud clínica ante IRAs fue baja 56.8%, muy baja en 30.5% y sin diferencias significativas al comparar grados y sedes. **CONCLUSIONES:** Una educación de calidad debe enfocarse más a la necesidad de asegurar oportunidades de aprendizaje donde el alumno forje su conocimiento.



El diseño del programa de formación individual del residente en Medicina de Familia en España

Romero Sánchez BE, Saura Llamas J.

Facultad de Educación. Universidad de Murcia. DOMICILIO: Facultad de Educación. Campus de Espinardo, 30100 Murcia (España) eromero@um.es

INTRODUCCIÓN: Si bien la normativa establece que la actividad profesional de los residentes debe ser planificada por los órganos de dirección basándose en unos programas oficiales para todo el Estado, corresponde al tutor la propuesta de los planes individuales de formación para cada uno de los residentes a su cargo, para su posterior aprobación por la Comisión de Docencia. **OBJETIVO GENERAL:** Describir y analizar cómo es el diseño y la puesta en marcha de los procesos de formación de los residentes de Medicina de Familia de primer año y tercer año, en el inicio de su rotación por Atención Primaria. **DISEÑO:** Estudio descriptivo de corte cualitativo-cuantitativo. **Ámbito del estudio:** Murcia. Centros de Salud Docentes de

las tres Unidades Docentes (Murcia, Cartagena y Lorca). **Población:** El total de los médicos residentes R1 (promoción 2006-2010) (N=57) y R3 (2004-2007) (N=58) y el total de la población de sus respectivos tutores: tutores de R1 y tutores de R3. **MÉTODOS:** Diseño, validación y pilotaje de un cuestionario autoadministrado con cuatro versiones.* **CONCLUSIONES:** Una planificación de la formación individual puede aportar muchas ventajas sobre la formación general, que básicamente se resumen en más motivación y compromiso, más conocimiento y control sobre los resultados de aprendizaje y, en definitiva, mayor calidad de la formación.

* Se puede solicitar a los autores el cuestionario validado y pilotado para describir cómo es el diseño y el desarrollo de los procesos de formación de los residentes de la especialidad de Medicina de Familia en España.



El genograma como herramienta para identificar factores de riesgo de embarazo en adolescentes

Navarro GAM*, García CN**, Hernández VCI*.

* *Técnica Académica. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.* ** *Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado. Ciudad de México. México.* anamanavarro@yahoo.com.mx

OBJETIVO GENERAL: Utilización del genograma como herramienta para identificar factores de riesgo de embarazo en adolescentes. **DISEÑO:** Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. **MÉTODOS:** Se aplicó el genograma a 25 adolescentes embarazadas para un formato complementario para recabar más información. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias y porcentaje. **RESULTADOS:** Edad promedio: 16.1 años, secundaria incompleta: 40%, solteras: 92%; familias integradas: 56%, modernas: 84%, obreras: 56%, la etapa del ciclo vital: dispersión: 52%. Relación estrecha con su madre: 76%, distante con el padre: 52%. Existió embarazo adolescente en la madre de la paciente: 20%, una hermana:

12% y 12% con madre, hermana y cuñada. Patrón de baja escolaridad: 56%. El 96% conocía los métodos anticonceptivos, 48% no los usó. El 84% no planeó su embarazo. El 84% sí tenía un plan de vida. En 48% la mamá sabía que su hija mantenía vida sexual activa. 68% tenía pobreza familiar baja. **CONCLUSIONES:** El genograma ayuda a identificar algunos factores de riesgo de embarazo en las adolescentes que se encuentran en la familia, con limitantes para detectar factores individuales y sociales. A pesar de esto, se logra establecer una relación médico-paciente de confianza que puede ser aprovechado para obtener más información y proponer medidas preventivas.



Educar a la comunidad para la actuación en la emergencia

Pereyra, A; Sanguedolce, E; Bignon, M; Abeldaño, A, Rasjido J; Pereyra, G.

Facultad de Ciencias de la Salud- Carrera de Enfermería. Universidad Nacional de Salta- Argentina. Barrio General Guemes. Grupo 2 Pasaje 3 de Febrero N 62. apereyra@unsa.edu.ar

OBJETIVO GENERAL: Capacitar a la comunidad para actuar adecuadamente en situaciones de emergencias. **DISEÑO:** Relato de experiencia. **MÉTODOS:** La capacitación se inició en 1993 hasta el presente, respondiendo a requerimientos de la comunidad. Estuvo dirigida a grupos poblacionales diversos: alumnos de EGB1, EGB2, universitarios, bomberos, policías, docentes, personal de enfermería, voluntarios de rescate, montañistas, personal de empresas privadas y comunidad en general. Los contenidos se adecuan a los requerimientos de la población a la que van dirigidos. Se abordan temas como: ahogamiento, quemaduras, asfixia, heridas, insolación, traumatismos, desmayos, epilepsia, cuerpos extraños, intoxicaciones diversas Y RCP. **RESULTADOS:** Se efectuaron 55 actividades de capacitación

en el período 1993 –2006. 42% a Empresas Privadas en la Provincia de Salta y Jujuy. 23% a Organismos estatales (Bomberos, Policía, Penitenciaría), 17% Hospitales, 10% Asociaciones Civiles (Montañistas, Guías Argentinas) el 8%. Se capacitaron a 2104 personas. De la comunidad, la capacitación estuvo dirigida a personas desocupadas, jefes de hogar, madres de los comedores comunitarios. **CONCLUSIONES:** Debido a que nuestra Provincia ocupa un lugar de importancia, con índices alarmantes respecto al resto del País, en cuanto a accidentes; y no existiendo enseñanza programada de prevención para la población, resulta necesario continuar con éstas acciones de capacitación.



Evaluación formativa: portafolio

Astegiano C, Ducoin F, Pérez A, Didoni M.

Departamento de Medicina Familiar (DMF) FCM-Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.. Residencia de Medicina Familiar y General- Departamento de Medicina Familiar-FCM. UNC. Nicanor Carranza 3630. Córdoba, Argentina. ceciastegiano@yahoo.com.ar

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la implementación del portafolio como instancia formativa en la residencia de Medicina Familiar y General-DMF durante el periodo marzo-octubre de 2007. **DISEÑO:** descriptivo cuali-cuantitativo. **MÉTODOS:** Se implementaron siete actividades, con sus autorreflexiones correspondientes. Se construyeron indicadores para su análisis y evaluación; se realizaron entrevistas y grupos focales con alumnos y docentes participantes con triangulación de los resultados. **RESULTADOS:** Tras la primera evaluación realizada por los docentes y residentes, se observó que el 50% entregó las actividades cumpliendo con los requisitos establecidos, identificando debilidades en aspectos formativos y planificando correctamente sus

aprendizajes; existieron errores en la confección e implementación de actividades; baja concurrencia a los encuentros tutoriales (20%); déficit comunes en los estudios familiares; se apreció una buena aceptación del instrumento por parte de los residentes. **CONCLUSIONES:** el portafolio fue reconocido como herramienta útil por la comunidad docente para identificar fortalezas y debilidades en la formación de residentes. A partir de las necesidades encontradas se planificaron diversas actividades formativas complementarias a las programadas. Será necesario fortalecer la autorreflexión de la práctica y la planificación del autoaprendizaje.



Evaluación por competencias como instrumento de retroalimentación de los procesos de enseñanza y aprendizaje

Jure H, Didoni M, Kasparian A, López A, Ciuffolini B, Pérez A, Nini M, Peisino E, Amaya JP.

Departamento de Medicina Familiar FCM, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Hospital Nacional de Clínicas. Córdoba, Argentina. didonicooke@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Evaluar las competencias de los alumnos que finalizaron la carrera de medicina. Reflexionar sobre procesos de enseñanza y aprendizaje a partir de la implementación del Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOÉ). **DISEÑO:** descriptivo. **MÉTODOS:** Se realizaron dos exámenes secuenciales: un escrito con situaciones problema y un ECOÉ (10 estaciones). Se evaluó comunicación, interrogatorio, examen físico, capacidad diagnóstica y terapéutica. Aprobaron con 60%. Se implementó una encuesta para conocer la opinión del instrumento. **RESULTADOS:** rindieron y aprobaron tres alumnos. Se obtuvo mayor rendimiento en la resolución de problemas escritos que en el ECOÉ (74% y 60% respectivamente). Las estaciones paciente diabético, control de niño y adulto sano

obtuvieron un resultado insuficiente. Dentro de las competencias el examen físico presentó mayor dificultad. Alumnos y observadores manifestaron aceptación del instrumento. **CONCLUSIONES:** No se pueden generalizar los resultados debido al escaso número de la muestra, pero se observó un menor rendimiento en “demostrar como” se resuelve un problema (ECOÉ) comparado con el “saber como” se resuelve ante un problema escrito. La incorporación de la evaluación por competencias en la UNC, debe impulsar nuevos cambios curriculares que permitan integrar la capacidad de resolución de problemas, razonamiento, habilidades técnicas y comunicacionales para garantizar la formación de profesionales competentes.



Grado de aptitud clínica en diabetes mellitus tipo 2, en médicos internos de pregrado en una unidad de segundo nivel de atención

Chávez Sánchez A, Gaña Eretza B.

Instituto Mexicano del Seguro Social, *Jefatura de Educación e Investigación en Salud UMF 6 y 7 San Juan del Río Oro. **CIEFD LA RAZA. Localidad: UMF 6 y 7 San Juan del Río Querétaro. alejo.chavez@imss.gob.mx y/o alejo_chavez@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La aptitud clínica es la capacidad del educando de recuperar su experiencia ante situaciones problematizadas en los distintos espacios clínicos. La Diabetes presenta uno de los principales problemas de salud pública en México. **OBJETIVO:** Construir y validar un instrumento para medir la aptitud clínica de dos grupos de médicos internos de pregrado (MIP) ante la Diabetes Mellitus tipo 2. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se construyó un instrumento para medir la aptitud clínica, en MIP que ingresan y que egresan, conformado por casos clínicos problematizados, representativos de los pacientes diabéticos y sus complicaciones, se validó, se realizó prueba piloto y se aplicó prueba 20 de Kuder Richardson, fórmula de Pérez

Padilla Viniegra y la U de Mann Whitney. **RESULTADOS:** Confiabilidad de .99, puntuación de 22 para las calificaciones por azar. La mayoría de los MIP que ingresan y egresan se ubican en el nivel de bajo y muy bajo; las medianas de 46 para los que egresan y 42 para los que ingresan, la U de Mann Whitney resultó no significativa por grupos y por indicadores. **CONCLUSIONES:** La educación que se imparte en forma tradicional no desarrolla la aptitud clínica en los MIP, es necesario mirar hacia otra alternativa educativa.



Impacto de la incorporación de estrategias pedagógicas participativas en Medicina Familiar en la formación de grado

Jure H, Didoni M, Ciuffolini B, Pérez A.

Departamento de Medicina Familiar. FCM, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. bciuffo@yahoo.com

OBJETIVO GENERAL: Identificar la capacidad para la resolución de problemas de los alumnos que inician el cursado de Medicina Familiar, a fin de reorientar la propuesta pedagógica según las necesidades de aprendizajes. Evaluar el aprovechamiento del cursado y su impacto en el abordaje de problemas. **DISEÑO:** descriptivo. **MÉTODOS:** Se realizó una autoevaluación y una evaluación escrita para conocer y comparar percepción y capacidad para resolver problemas. Según los resultados se propuso fortalecer contenidos con metodologías participativas: resolución de problemas, rol play, cámara Gessel, audiovisuales. Al finalizar el cursado se aplicaron los mismos instrumentos para conocer el impacto formativo. **RESULTADOS:** Se identificó bajo rendimiento en la capacidad de resolución de problemas

prevalentes. En todas las áreas, la auto percepción fue superior a las observadas en la evaluación (61% y 40% respectivamente), siendo mayor esta diferencia en los contenidos de familia y comunidad (66% y 28%). Al finalizar el cursado, tanto la percepción como la capacidad para resolver problemas tuvieron resultados superiores (77% y 71%), siendo más notable en las áreas identificadas con mayores debilidades al diagnóstico. **CONCLUSIONES:** La incorporación de estrategias participativas permitió mejorar la capacidad resolutoria de problemas prevalentes y favoreció una autoevaluación crítica sobre la percepción de sus capacidades.



Medidas de autocuidado en salud sexual, en estudiantes de la Universidad Nacional de Salta, Argentina

Sanguedolce Guantay E., Farfan C, Berta D, Ramos M.

Facultad de Ciencias de la Salud- Carrera de Enfermería. Universidad Nacional de Salta- Argentina. edolce39@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Realizar educación sexual en estudiantes universitarios para contribuir al desarrollo integral a través del fortalecimiento de acciones de promoción de la salud. **DISEÑO:** Descriptivo- Prospectivo. **MÉTODOS:** Acción participante destinada al logro de capacidades y desarrollo de habilidades. Se realizaron 5 talleres educativos con estudiantes de las diferentes carreras, abordándose en cada uno de ellos los siguientes temas: Ley de salud sexual y reproductiva, Salud y Género, Medidas anticonceptivas en la salud sexual, Métodos anticonceptivos, Mitos y Creencias. **RESULTADOS:** A cada taller asistieron de 30 a 40 estudiantes, observándose marcado interés entre los mismos, participando activamente en la práctica del uso correcto del

preservativo con distintos dispositivos didácticos, realizaron preguntas, aportaron sus conocimientos y exploraron temas de interés individual, sobre enfermedades de transmisión sexual, HIV.-SIDA, y anticoncepción, otorgándole gran importancia al autocuidado relacionado con la salud sexual, y a la promoción del mantenimiento de relaciones sexuales protegidas con el uso del preservativo. **CONCLUSIONES:** La promoción del autocuidado en salud sexual y reproductiva, es un componente prioritario en los educandos para asumir su vida sexual de manera saludable y responsable, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de vida de su entorno familiar y social.



Percepción en los estudiantes acerca de la incorporación de medicina familiar en el pregrado

Ciuffolini, María Beatriz, Jure Humberto, Ducoin Florencia, Dittler Margarita María.

Universidad Nacional de Córdoba.Argentina. Facultad de Ciencias Médicas. Departamento de Medicina Familiar Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Departamento de Medicina Familiar. **DOMICILIO:** Rodríguez Peña 343. Córdoba Capital. **CORREO ELECTRÓNICO:** bciuffo@yahoo.com

OBJETIVO GENERAL: Conocer la percepción de los estudiantes del último año de la carrera respecto a la propuesta curricular de Medicina Familiar. Relacionar la valoración sobre esta propuesta curricular y la elección del futuro desempeño profesional. **DISEÑO:** Estudio descriptivo, transversal, cualicuantitativo. **MÉTODOS:** Encuesta de opinión, anónima. Relatos de vida. **Análisis de datos:** determinación de frecuencias y comparación entre grupos mediante análisis de datos categóricos. Análisis de coincidencia y diversidad de datos cualitativos. **RESULTADOS:** Fueron encuestados 103 alumnos (91%), 37,23 % masculino y 62,77% femenino. Edad promedio 23,51. En el 50% la elección de futura especialidad corresponde a subespecialidades. Aportes de la propuesta curricular:

Incorporación de conocimientos sobre abordaje integral de problemas de salud (80,85%), considerado útil para la futura práctica por el 36,17%. Adquisición de habilidades para la resolución de problemas prevalentes (78,72%), considerado de utilidad por el 71,28%. **Estrategia metodológica:** Aspectos positivos: resolución de problema (57,45%), trabajo grupal (76,69%), buen desempeño docente (95,75%). Aspectos negativos: carga horaria (75,53%). El análisis de datos cualitativos refuerza estos resultados. **CONCLUSIONES:** Si bien los contenidos y la metodología empleada son positivamente valorados por los alumnos, los mismos no parecerían incidir en la elección del futuro desempeño profesional.



Proceso de leer: un abordaje diferente en líderes de educación

Welsh Orozco U. * Jiménez Vásquez MM. **.

*Profesor adjunto de la residencia de medicina familiar. Adscrito al Hospital General Regional Orizaba, Ver.** Subjefe de Enseñanza e Investigación HGZ No.8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Orizaba, Veracruz. México. ursula56@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Determinar nivel de aptitud de lectura crítica en líderes de educación. Propiciar desarrollo de aptitud para lectura crítica de textos teóricos, posterior a una estrategia participativa de educación. **DISEÑO:** Estudio: Pre-experimental (Campbell). **MÉTODOS:** Población de estudio: 12 líderes de educación adscritos unidades de medicina familiar y de un hospital del segundo nivel de atención de la delegación Veracruz sur. Del 1º de noviembre del 2005 al 31 de enero 2006. Participaron en una estrategia educativa desarrollada con seminarios de discusión y debate de guías de lectura de 20 textos teóricos en educación. Se elaboraron dos instrumentos de medición con enfoques educativos divergentes; Lectura Crítica (LC) y Examen de Conocimientos (EC). **RESULTADOS:** Se observaron diferencias significativas a favor de estrategia participativa de educación en cada indicador de lectura crítica de textos teóricos de educación. Confiabilidad del

instrumento 0.80 Kuder Richardson, Aptitud muy refinada 75%, Comparación antes y después con dos instrumentos de medición. Prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon. Habitual (n=175) P<0.05, Promotor de la participación (n=194) P<0.001. χ^2 de Proporciones antes < 0.001, después p=NS. Coeficiente de correlación de Rangos de Spearman P= NS, Prueba de cambio de McNemar criterio de cambio del 50 % de incremento con respecto a su punto de partida < 0.01. **CONCLUSIONES:** Creemos que los beneficios que se alcanzan cuando se propicia la participación de los alumnos son favorables para el proceso de aprendizaje, ya que se abordan de manera diferente los contenidos teóricos. Nuestros resultados fueron similares al de otros estudios que han indagado los cambios que se dan bajo este enfoque educativo, ejemplo de ello son los resultados encontrado.



Repercusión de dos intervenciones educativas sobre el control metabólico de pacientes diabéticos en la UMF 66 de Xalapa, Veracruz, México

Gracida-Aguirre L, Pérez-Hernández, C, Gil-Alfaro, I.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Tuxpan, Veracruz, México. UMF No. 44 IMSS Deleg. Veracruz Sur México. Xalapa, Veracruz, México. lourdesgracida@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Comparar la repercusión de las sesiones educativas convencionales contra otras que incluyan autoestima y familia sobre el control metabólico de paciente diabéticos en la UMF No. 66 de Xalapa, Ver. **DISEÑO:** Experimental, Primer nivel de atención. **MÉTODOS:** Se integraron dos grupos, control y experimental en forma aleatoria. El primero acudió a sesiones educativas habituales, al segundo, se le agregaron sesiones sobre autoestima y familia. Al inicio y al final se les investigó características epidemiológicas, sociodemográficas, nivel de conocimiento y se identificó nivel de autoestima, así como se recabaron muestras capilares de glucosa y colesterol. **RESULTADOS:** Se incluyeron 48 pacientes (22 grupo

experimental, 26 grupo control) Predominaron las mujeres (91 y 65 % respectivamente) ($p=0.03$), el grupo de edad de 51 a 60 años, baja escolaridad, casados y labores del hogar, pertenecientes a familias tradicionales, urbanas, nucleares, integradas y obreras. Los valores de glucosa redujeron en el grupo control de 155mg/dl a 110mg/dl ($p=0.03$) No hubo modificaciones estadísticamente significativas en IMC, colesterol sérico, conocimientos y nivel de autoestima. **CONCLUSIONES:** El encontrar reducción en los valores de glucosa únicamente en el grupo con sesiones educativas tradicionales y no en los demás parámetros obliga a buscar otras opciones educativas para mejorar resultados.



Rotación de Residentes de Medicina Familiar en una Unidad de Investigación. Experiencia de cinco años en Querétaro, México

Villarreal Ríos E, Velázquez Tlapanco J, Vargas Daza ER, Galicia Rodríguez L, Martínez Martínez ML, Martínez González L, Ruelas Candelas M del R.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro, México. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro. enrique.villarreal@imss.gob.mx

OBJETIVO GENERAL: Presentar la experiencia de 5 años de Rotación de Médicos Residentes de Medicina Familiar en Unidad de Investigación. **DISEÑO:** El programa fue diseñado por los Investigadores de la Unidad y los Profesores de la Residencia. Inició en marzo del 2002. Incluyó los contenidos teóricos de la metodología de investigación impartidos en el primer año de la residencia, y el programa de trabajo a desarrollado durante la rotación en el segundo año. **MÉTODOS:** El programa de rotación se integró en ocho módulos: identificación del problema, metodología, construcción de base de datos, paquete estadístico, análisis estadístico, escrito científico, síntesis ejecutiva y presentación oral de resultados. Cada módulo es

desarrollado de manera tutorial. **RESULTADOS:** Han rotado 33 residentes, con la misma cantidad de protocolos y proyectos realizados. Se han trabajado cuatro líneas de investigación: diabetes, perfil de uso en primer nivel de atención, evaluación de la tecnología y evaluación de programas específicos. De los trabajos realizados 28 se han presentado en reuniones delegacionales de investigación, 10 en regionales y 3 en nacionales; se han presentado en sesión para directivos 19, han sido publicados dos artículos y 16 capítulos de libro. **CONCLUSIONES:** Al fina de la rotación el residente es capaz de defender el proyecto realizado.



Utilización del servicio de preguntas clínicas basadas en la evidencia (PREEVID) por los médicos de familia en Murcia, España

Aguinaga Ontoso E, Sánchez López MC, Castillo Bueno Mª D.

Consejería de Sanidad de la Región de Murcia/Servicio Murciano de Salud. España. Centro Tecnológico de Información y Documentación sanitaria. Consejería de Sanidad. Murcia. jantonioss@gmail.com

OBJETIVO GENERAL: Describir la utilización del servicio de Preguntas Clínicas Basado en la Evidencia, PREEVID (www.murciasalud.es/preevid), por los Médicos de Familia (MF). PREEVID se puso en marcha en Marzo del 2004, con el objetivo de facilitar la práctica clínica basada en la evidencia a todos los profesionales sanitarios del Servicio Murciano de Salud (SMS). **DISEÑO:** Descriptivo. Retrospectivo. **MÉTODOS:** Se han calculado, el número y características de las preguntas realizadas por MF del SMS. El período analizado comprende del 14/10/2004 al 15/10/2007. **RESULTADOS:** Del total de 587 preguntas recibidas, un

25 % han sido formuladas por MF. El tipo de pregunta más frecuente es sobre tratamiento (40%), la gran mayoría relacionadas con fármacos. La respuesta ha sido facilitada, de media, en 3.1 días. En un 82 % se respondió en menos de 5 días. Han realizado preguntas el 12% de los MF que trabajan en Centros de Salud del SMS. Desde el comienzo del servicio, el banco de preguntas ha recibido más de 250.000 consultas. **CONCLUSIONES:** Un servicio de preguntas clínicas que facilite respuestas rápidas basadas en la evidencia es un recurso utilizado por los Médicos Familiares y puede contribuir a la mejora de la práctica clínica.

ÁREA TEMÁTICA 2: INVESTIGACIÓN**Investigación cualitativa y cuantitativa en Medicina Familiar, Medicina Familiar basada en evidencias: MBE, POEMS, etc.****Mujeres protagonistas: abriendo espacios hacia la equidad**

Arcas P, Garay M, Peschiutta S, Sciolla, S.

Municipalidad de Estación Juárez Celman. B° Almirante Brown, Villa Pastora y Primero de Agosto; Parque Norte; Costa Canal XV; Villa Los Llanos y Juárez Celman. Argentina. Córdoba. Región Sanitaria N°9. Equipo Técnico Interdisciplinario (Trabajo Social, Medicina, Psicología y Enfermería).
munjicel@arnet.com.ar

OBJETIVO GENERAL: Promover la conformación de un grupo de promotoras en Salud Sexual y Reproductiva en la Localidad de Juárez Celman durante el período 2004/2006, que contribuya a una mayor participación social de las familias a partir del desarrollo de sus propias capacidades. **DISEÑO:** Evaluación cuanti – cualitativa enfatizando en fortalezas y oportunidades generadas por el proyecto. **MÉTODOS:** Metodología de Taller (participativa – participante). Estrategia de Educación entre Pares. Trabajo en Red. **RESULTADOS:** Capacitación de 53 mujeres (Fortalecimiento del capital cultural y social repercutiendo al interior de las familias). Proyectos Comunitarios, diseñados e implementados entre Promotoras y Equipo de Salud

Familiar. 4 stands informativos en Escuelas Secundarias. Relevamiento y captación de embarazadas. Apertura de consultorios de Planificación Familiar y acceso del 100% de las promotoras al Programa de Maternidad y Paternidad Responsables. Colocación de DIU a nivel local. Inauguración de una biblioteca popular temática. **CONCLUSIONES:** Se evidencia el carácter multiplicador del proyecto y su sustentabilidad. Las promotoras surgen como nexo entre las familias y sistema formal de salud. Mediante la ventaja de mantener vínculos estrechos con su propia comunidad, son recurso local formado y puente entre conocimiento - desconocimiento; mito - realidad; salud - enfermedad; diálogo - silencio; libertad – opresión.

**Representaciones sociales sobre salud sexual y reproductiva de la población de Juárez Celman. “cuando creencias, temores y tabúes se traducen en palabras”.**

Agüero G; Arcas P; Básquez N; Bossa V; Colomba P; Garay C; Izaguirre S; Labadié S; López C; Migueltoarena E; Peschiutta S; Sciolla S.

Municipalidad de Estación Juárez Celman. B° Almirante Brown, Villa Pastora y Primero de Agosto; Parque Norte; Costa Canal XV; Villa Los Llanos y Juárez Celman. Argentina. Córdoba. Región Sanitaria N°9. Equipo Técnico Interdisciplinario (Trabajo Social, Medicina, Psicología y Enfermería).
munjicel@arnet.com.ar

OBJETIVO GENERAL: Describir y comprender durante el período 2003-2004 las representaciones sociales en relación a Salud Sexual y Reproductiva en el espacio poblacional de Juárez Celman. **DISEÑO:** Cualitativo Descriptivo o Etnografía. **MÉTODOS:** Seis informantes clave. Técnicas e Instrumentos: Observación Participante; Entrevista en Profundidad; Grupos Focales. **RESULTADOS:** Salud Sexual (Brecha entre lo vigente y lo tradicional. Placer - masculino y erotismo - femenino). Género (Varón y mujer diferentes pero en igualdad de derechos. Maternidad como proyecto y postergación. Conducta anticonceptiva diferenciada por género. El varón - padre proveedor económico y autoridad. Salud Reproductiva (Embarazo Adolescente

como hecho natural. Paternidad y número de hijos reafirman la masculinidad. El parto provoca temor en la mujer). Información (Es sentida como escasez o falta. Dificultad para nombrar lo ligado a sexualidad). **CONCLUSIONES:** Se vislumbra el cambio. Las voces femeninas lo reclaman al demandar información y cuestionar los roles asignados socialmente a varones y mujeres. Este cambio aparece a nivel cognitivo. En el imaginario social, la Salud Sexual y Reproductiva es un tema doméstico asumido por la mujer, no un deber y derecho de pareja. Las mujeres como “visagra” entre dos generaciones, alzando sus voces, comprometidas en despejar tabúes, comenzando por ellas mismas.

**Promoviendo vínculos saludables desde la participación ciudadana**

Arcas P, Beras M, García Brasca F, Rímoli S, Tur, A.

Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Programa de Salud Familiar. Barrio Ciudad de los Niños, Juárez Celman. Córdoba, Argentina. Región Sanitaria N°9. Instructores del Equipo de Salud Familiar Interdisciplinario (Trabajo Social, Medicina, Odontología, Nutrición, Enfermería). Centro de Salud “Laje Weskamp”. Centro de Salud “Laje Weskamp”. moniberas@hotmail.com; paorcas@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: “Sensibilizar a la comunidad de Barrio Ciudad de los Niños sobre la temática de Violencia Familiar mediante su participación activa en la identificación y resolución de necesidades sentidas, durante el período julio/diciembre 2007”. **DISEÑO:** Proyecto de Investigación - Acción Comunitaria. **MÉTODOS:** Planificación Local Participativa. **RESULTADOS:** Mediante asamblea barrial se priorizó la Violencia como principal problema de salud de la comunidad. Se identificaron determinantes abordables: Falta de conocimiento de la Ley 9283 de Violencia Familiar; Discriminación, Falta de tolerancia y diálogo; Desintegración intrafamiliar y socio – comunitaria; Dificultades de convivencia; Escasos espacios recreativos, aislamiento social. Se diseñaron estrategias de intervención para una

convivencia pacífica: Capacitación Interinstitucional, Formación de Promotoras Barriales; Campaña de Sensibilización en la comunidad educativa (talleres, concurso de afiches); Difusión masiva de la ley (visitas domiciliarias, elaboración de folletos); Reparación y embellecimiento de plazas del barrio para esparcimiento familiar (barrileteada, pintura de murales); Desarrollo de identidad barrial. **CONCLUSIONES:** La idea central, consistió en prevenir, desde el abordaje de dimensiones: “socio – educativa”; “organizativa trabajo en red”; “recreativa”. Se construyó y reconstruyó colectivamente el concepto de violencia, desnaturalizándola, instalando el tema en el micro espacio barrial y derribando la barrera de lo intrafamiliar mediante el compromiso de los actores involucrados.

ÁREA TEMÁTICA 3: ASISTENCIA

Experiencia en atención a enfermedades agudas y crónicas. Atención por etapas del ciclo vital. Seguimiento de casos en Medicina Familiar. Medicina centrada en el paciente. Relación Médico-Familia-Paciente. Prescripción en Medicina Familiar. El equipo de salud en atención primaria



Actividades cotidianas en la prevención del pie diabético en la Policlínica “Manco Kápac”, Caja Nacional de Salud. La Paz, Bolivia

Pérez Quispe P*, Bustos Saldaña R.**

* Caja Nacional de Salud, Policlínica Miraflores. La Paz, Bolivia. ** biancar.21@hotmail.com

OBJETIVO: identificar las medidas de autocuidados para la prevención del pie diabético en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. DISEÑO: estudio descriptivo, transversal y prospectivo. MÉTODOS: pacientes de la Policlínica Manco Kápac, Caja Nacional de Salud de La Paz, Bolivia. De 2761 pacientes, se calculó el tamaño de muestra tomando en cuenta la fórmula de *Keish and Leslie* (EPI INFO 6.04), con un nivel de confianza del 95%, una prevalencia esperada de 50% y un error del 10% de la prevalencia, cifra final: 384 pacientes. RESULTADOS: el promedio de la edad fue de 65.53 ± 11.28 DS. Mujeres 65.7%, masculino de 38.3% grado de escolaridad predomina secundaria 40.1%,

Primaria 30.7% el hábito de tabaco: si 11.70%, no 88.30%. Consumo de alcohol: no 75.0%, si 25.0%. La antigüedad de diabetes fue de 9.13 ± 8.08 DS. La revisión de los pies: diariamente en 80%, seguidos de semanal 11.72%, no revisa 5.21%. CONCLUSIONES: los pacientes de este estudio desconocen el nombre mismo del “pie diabético”, y menos aún conocen las medidas cotidianas para el cuidado de los pies en la prevención de pie diabético. Muchas de las actividades cotidianas, encontradas son erróneas. Se debe difundir más información sobre el pie diabético en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.



Calidad de vida del adulto mayor de la UMF66 de Xalapa, Veracruz, México

Cruz Mendoza Balkis Vera, Gil Alfaro Issa, Hernández Perea Emmanuel

Instituto Mexicano del Seguro Social. UMF 66, Xalapa, Ver.México. balkisvera@yahoo.com.mx/ bvcm7605@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores que acuden a la UMF 66, en el periodo comprendido de enero a septiembre de 2007. DISEÑO: Encuesta descriptiva prospectiva. MÉTODOS: A una muestra representativa de pacientes de 60 a 75 años de edad, se les realizó entrevista utilizando los instrumentos SF 12 y MGI además de cuestionario sobre familia y características sociodemográficas de los pacientes. Se realizó análisis exploratorio y análisis bivariado a un nivel de confianza del 95%. RESULTADOS: Se incluyeron a 194 pacientes, con edad promedio de 71 años, predominando las mujeres (62%), casados (53%), sin

trabajo remunerado (85%), pertenecientes a familia nuclear numerosa (25%), residentes en zona urbana (98%). El puntaje promedio de calidad de vida fue bajo (26.69), aceptando el 53% que su salud general era regular, con limitaciones a las actividades diarias (46%), con problemas emocionales (42%), con dolor (37%), melancolía (64%) y ausencia de vitalidad (26%). La depresión se asoció al rol percibido en la familia y a la presencia de enfermedades crónicas. CONCLUSIONES: La baja calidad de vida detectada en los adultos mayores obliga a continuar estudiando el problema para buscar estrategias de solución.



Calidad de vida en pacientes sometidos a diálisis peritoneal y hemodiálisis de tres años de evolución en el Hospital General de Zona IMSS Campeche, con base en la encuesta SF 36 de calidad de vida

Sánchez G, González R.

Instituto Mexicano del Seguro Social, San Francisco de Campeche, Campeche México.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal y hemodiálisis de tres años de evolución. DISEÑO: Estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, de febrero a octubre de 2007. MÉTODOS: Aplicando la encuesta SF 36 de Calidad de Vida, para el análisis estadístico se utilizó medidas de tendencia central, desviación estándar y frecuencia simple, utilizando el sistema SPSS versión 15. RESULTADOS: Se encuestaron a un total de 57 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, 56.14% son pacientes sometidos a diálisis peritoneal y, 48.6% sometidos a hemodiálisis, la patología más común que lleva a una terapia de sustitución renal es la diabetes mellitus, seguido de la Hipertensión arterial sistémica y las glomerulopatías. Los resultados de los ocho

conceptos genéricos medidos por el cuestionario SF-36 se presentaron calificando del más alto al más bajo en la siguiente posición: vitalidad 113.7; Rol emocional 72.1; Funcionamiento social 70.3; Rol físico 69.25; Dolor Corporal 64.2; Salud Mental 63.5; salud General 45.4 y Funcionamiento físico 42.4, observando que el área salud general y funcionamiento social son las más afectadas. CONCLUSIONES: La calidad de vida de los pacientes sometidos a terapia de sustitución renal, se encuentra afectada en siete de los ocho conceptos evaluados, con mayor afección en salud general y funcionamiento físico, es de vital importancia por parte del primer nivel de atención las medidas preventivas para evitar las complicaciones que conlleven a nuestros pacientes a falla renal, así como otorgar un tratamiento integral individualizando y jerarquizando problemas.



Características Epidemiológicas de niños con sobrepeso/obesidad adscritos a la UMF No. 66 de Xalapa, Veracruz, México

Loaiza Vázquez Maricela, Mendoza Sánchez Hilda Francisca

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Veracruz Norte.

loaiza_79@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Determinar las características epidemiológicas de niños con sobrepeso/obesidad adscritos a la UMF No. 66 en el período comprendido de Enero a Junio 2006. **DISEÑO:** Encuesta descriptiva prospectiva. **MÉTODOS:** Se obtuvo una muestra de 306 niños mediante muestreo probabilístico por cuotas, criterios de inclusión: niños con sobrepeso/obesidad adscritos a la UMF 66, edades entre 5 y 10 años, asistentes en el período Enero a Junio del 2006, que acudan con familiar acompañante que conozca los antecedentes del niño y acepte contestar. Se utilizaron las tablas de percentiles de IMC para edad y sexo, considerando sobrepeso entre el percentil 85 y 95 y

obesidad mayor del percentil 95. Para análisis estadístico se utilizaron frecuencias absolutas y relativas de cada variable, así como medidas de dispersión y de tendencia central. **RESULTADOS:** 55% Correspondió al sexo femenino y 45% masculino, 58% presentan sobrepeso y 42% obesidad, 64% tienen hábitos alimenticios malos, con ingesta de 3 colaciones en promedio y 3 comidas al día, 80% no realiza actividad física, dedicando el tiempo libre a ver TV y dormir (68%), 56% pertenecen a familias extensas, tradicionales, urbanas y sin evidencia de pobreza familiar. **CONCLUSIONES:** La obesidad en niños está influenciada por la vida sedentaria y por los hábitos alimenticios.



Características epidemiológicas de las mujeres embarazadas de HGZ con UMF No. 26 de Tuxpan, Veracruz, México

Gracida-Aguirre María de Lourdes.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Tuxpan, Veracruz, México. UMF No. 44 IMSS Deleg. Veracruz Sur México. Manuel Ávila Camacho No. 60, Col. Obrera 96740 Minatitlán, Veracruz México. lourdesgracida@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Conocer las características epidemiológicas y sociodemográficas de las mujeres embarazadas que acuden al HGSZ No. 26 de Tuxpan, Ver. **DISEÑO:** Encuesta observacional, descriptiva, Transversal. **MÉTODOS:** Encuesta directa a 85 embarazadas que acudieron a control del 01 de septiembre del 2005 al 15 de enero del 2006 al HGSZ de Tuxpan, Ver. **RESULTADOS:** El grupo de mujeres encuestadas correspondió a un 36% entre los 20 y 24 años de edad, amas de casa en un 54%, escolaridad secundaria incompleta, Estado Civil casadas en un 82%, Tipología familiar predominante modernas y nucleares, 53% con antecedente familiar de diabetes mellitus tipo 2.

Menarca entre 10 y 14 años un 96%, inicio de vida sexual activa entre los 15 y 24 años. El 45% correspondió a primigestas, y 49% cuenta con cesárea previa. 54% no utilizó metodología anticonceptiva previa, y el 48% no cuenta con DOC. Encontramos un 15% de anemia así como ausencia de asistencia a sesiones educativas de un 48%. **CONCLUSIONES:** Es necesario mayor educación en salud en la población, donde intervenga los sectores educativos, organizaciones no gubernamentales y el personal de salud involucrado, con el fin de mejorar la calidad de la atención prenatal y autocuidado de la salud.



Conocimientos y mitos de la lactancia materna en mujeres derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 51 de Guadalajara, Jalisco, México

Alegría Sánchez J, Villa Manzano A, Yañez Ortega A, Moreno Verduzco R, Campos Sánchez D.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de medicina familiar No. 51, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

OBJETIVO GENERAL: Identificar los conocimientos y mitos de la lactancia materna en las mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 51. **DISEÑO:** Transversal descriptivo. **MÉTODOS:** encuesta específicamente aplicando validez de contenido y de constructo. Muestreo no probabilístico, 169 mujeres derechohabientes entre 18 y 45 años que acudieron a consulta externa, Se aplicó la encuesta a seleccionadas, Criterios de Inclusión: Mujeres entre 18 a 45 años. Derechohabientes que acuden a consulta. Criterios de No Inclusión: Analfabetas. Embarazadas. No firmar consentimiento bajo información. **RESULTADOS:** La edad media 29.52. La escolaridad principal licenciatura (N=50,29.6%), casadas 53.8% (N=91), ocupación empleada 43.8% (N=74) ama de casa 40.2% (N=68), de las cuales sólo

72.2% (N=122) tiene hijos, con una media de 1.82, de estas, 64.5% (N=109) dio lactancia. Conocimientos globales, el 77.5% regular, bueno 18.9%, y malo 3.6%. Conocimientos el 39.6% malo, generalidades el 63.3% regular, técnicas el 47.2% malo, mientras que beneficios el 58.6% bueno, en relación a mitos el 51.5% mal conocimiento de ellos, y 75.7% de buena postura ante la lactancia materna. **CONCLUSIONES:** Hay una gran aceptación para dar lactancia materna, esta se encuentra influenciada por conocimientos y mitos que presentan las derechohabientes, es un factor decisivo para la adecuada promoción.



Cumplimiento terapéutico de pacientes con hipertensión arterial sistémica esencial según el Test de Morisky-Green

González Dzib R.

Instituto Mexicano del Seguro Social, H.G.Z. N° 1 c/UMF "Dr. Abraham Azar Farah". UMF N° 1 Campeche, Campeche, México. gonzalezdzib@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: conocer el cumplimiento terapéutico en los pacientes con hipertensión arterial sistémica de tipo esencial, utilizando el Test de Morisky – Green. **DISEÑO:** Observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. **MÉTODOS:** La población de estudio fueron hombres y mujeres de 18 a 80 años con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica. El tamaño de muestra se obtuvo con la fórmula de estimación de proporción esperada requiriendo un total de 160 Pacientes, el análisis estadístico fue de tipo descriptivo. **RESULTADOS:** Se estudiaron 160 pacientes, con una mediana de edad de 56.3, el 62.5% correspondió al sexo femenino. Con relación al Test

de Morisky – Green, se reporta un 69.9 % de cumplidores y un 30.1% de no cumplidores, el 63% olvida tomar su medicamento, 56.8% ingiere los medicamentos a la hora indicada, 73% deja de tomar los medicamentos prescritos al sentir mejoría. **CONCLUSIONES:** La falta de cumplimiento terapéutico es uno de los problemas más significativos con los que se enfrenta el médico familiar en la práctica clínica, según este estudio el porcentaje de cumplimiento de forma general fue muy alto, por lo que es necesario buscar alternativas para la adecuada adhesión al tratamiento en estos pacientes.



Disfunción eréctil en el paciente diabético tipo 2 que acude a la unidad de medicina familiar N° 1 de Campeche, México

González Dzib R.

Instituto Mexicano del Seguro Social, H.G.Z. N° 1 c/UMF "Dr. Abraham Azar Farah". Campeche, Campeche. México. gonzalezdzib@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: determinar la frecuencia de disfunción eréctil en el diabético tipo 2 de 40 años y más que acude a la unidad de medicina familiar N° 1 del IMSS en Campeche. **DISEÑO:** Observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. **MÉTODOS:** se evaluó la disfunción eréctil, muestra probabilística de 144 pacientes, aplicándose el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF). **RESULTADOS:** La media de edad fue 59.1 años. El 75% de la muestra presentó disfunción eréctil, 28.4% con un grado severo, 27% grado moderado y el 19.4% leve. Los pacientes con mayor tiempo de evolución cursaron con disfunción eréctil severa. El deseo sexual se

presentó en un 83.3%, el 58.4% reportó insatisfacción en la relación sexual, respecto de la función orgásmica aceptable esta fue de 54%, Las cifras de glicemia estuvieron elevadas en los pacientes con función eréctil normal. **CONCLUSIONES:** La presencia de disfunción eréctil al aplicar el cuestionario es mayor a la reportada por la literatura; probablemente por que en la consulta es subdiagnosticada, dado que es una complicación que se agrava a mayor tiempo de evolución y al inadecuado control, es recomendable el uso de dicho instrumento, con la finalidad de prevenir y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.



Disfunción familiar en las mujeres trabajadoras del turno vespertino de la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona N° 1 de la Ciudad de Campeche, México

Lemus Orozco M.

Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF N° 1 Campeche. Campeche, Campeche, México. gonzalezdzib@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Determinar la frecuencia de disfunción familiar en las mujeres trabajadoras del turno vespertino de la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona N° 1 de la Ciudad de Campeche. **DISEÑO:** Observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. **MÉTODOS:** Se estudiaron 32 mujeres, aplicándoseles el Apgar Familiar. Se interrogó acerca de adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto, y resolución de los integrantes de la familia, de acuerdo al resultado mediante una puntuación que va de 00-03, 04-06, 07-10. Se califica como disfunción severa, moderada y familia funcional respectivamente, si se encontró en más de un miembro de la

familia, el calificativo se otorgó a todo el grupo. **RESULTADOS:** El promedio de edad encontrado es del 38.8 años de edad, el mayor porcentaje de disfunción se encontró en el grupo de 31 a 40 años; el funcionamiento familiar fue del 46.87% y el de la disfunción del 53.25%, El promedio de años laborados es de 10.9. **CONCLUSIONES:** En este estudio se reportó la disfunción familiar con una alta frecuencia en las mujeres trabajadoras, sin embargo es necesario realizar más estudios de correlación que permitan definir si en realidad existe o no relación esta relación, y si este puede ser un factor condicionante para la Disfunción Familiar.



Disfunción Familiar en el paciente diabético tipo 2 que acude a la UMF N° 2 Champotón, Campeche. México

Ramos Juárez G, González Dzib R, Domínguez Hernández C.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar N° 2 Champotón Campeche, México. dra.lupis@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Conocer la prevalencia de disfunción familiar en el diabético tipo 2, que acude a la UMF 2 en Champotón, Campeche. **DISEÑO:** Observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. **MÉTODOS:** Universo de trabajo se formó por 259 adultos diabéticos tipo 2, muestra obtenida con la fórmula de estimación de proporción esperada del 50% para el evento, con un nivel de confianza de 99% (Un alfa 0.005 y $Z_{\alpha} = 2.33$) y una variación de + -8%; La disfunción familiar fue medida con el instrumento Faces III. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis. **RESULTADOS:** Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentaron una media de edad de 55.9, la

prevalencia de disfunción familiar fue del 67% (no relacionadas, aglutinadas, rígidas y caóticas) y familias funcionales el 33% (Semirrelacionadas. Relacionadas, estructurada y flexible). El tipo de familia más habitual fue la nuclear numerosa 51.44% y la etapa del ciclo vital con mayor frecuencia fue la de independencia. 62.42%. **CONCLUSIONES:** la disfunción familiar se encontró en más de la mitad de los pacientes diabéticos tipo 2, para estos, la familia puede ser generadora de salud o enfermedad, es necesario realizar estudios que permitan medir la asociación de esta variable con la diabetes tipo 2.



Disfunción Familiar en embarazadas adolescentes que acuden al Hospital Rural de Hecelchakan, Campeche. México

López- Bozada, AL.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Rural de Hecelchakan, Campeche, México.

OBJETIVO GENERAL: Conocer la frecuencia de disfunción familiar en embarazadas adolescentes que acudieron a control al Hospital Rural de Hecelchakan. **DISEÑO:** Estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. **MÉTODOS:** El universo de trabajo estuvo formado por embarazadas de 15 a 19 años, el tamaño de muestra fue: 67, obtenida con la fórmula estimada de proporción de escala del 33%, con nivel de confianza de 98% (un alfa y $Z_{\alpha} = 2.33$), variación aceptada de la proporción esperada del fenómeno de +- 15%; se aplicó el instrumento FACES III. **RESULTADOS:** Las embarazadas de 15 a 19 años presentaron una media de edad de 20.8 años, prevalencia de

disfunción familiar fue de 85% y familias funcionales 14.9%. El grupo de 19 años fue el que más frecuencia presentó disfunción familiar (31.34%), el tipo de familia predominante fue la extensa 61.19%. **CONCLUSIONES:** Los embarazos en adolescentes en la mayor parte del mundo, son resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado; por tanto, muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, frecuentemente ven a la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.



Disfunción familiar en pacientes mayores de 18 años con Diabetes Mellitus tipo 2 y diálisis peritoneal ambulatoria

Xochitl Salazar Sosa

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No 1, Campeche, México.

OBJETIVO GENERAL: Conocer la frecuencia de disfunción familiar en pacientes mayores de 18 años con Diabetes Mellitus tipo 2 con diálisis peritoneal ambulatoria. **DISEÑO:** Observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. **MÉTODOS:** Se incluyeron un total de 151 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión, a los cuales se les aplicó el TEST FACES III. El tamaño de muestra se obtuvo con la fórmula de estimación de proporción esperada del 50% para el evento, con un nivel de confianza de 95% (Un alfa 0.0005 y $Z_{\alpha} = 2.33$) y una variación aceptada de la proporción esperada del fenómeno de + - 8%

que da una muestra de 150 pacientes. **RESULTADOS:** Del total de familias el 73.5% se presentó como disfuncionales. COHESION 54.6% (desprendida). ADAPTABILIDAD el 50.2% (caótica). Por su ciclo vital según Geyman en etapa de retiro (66.7%). En la composición familiar predominó la nuclear simple (60.3%). En referencia al género predominó el femenino con 87 pacientes (57.6%). **CONCLUSIONES:** Al paciente renal no se le puede abordar aisladamente sin la inclusión de la familia como estrategia terapéutica. El abandono familiar y la falta de contención es debido a la no realización de acciones terapéuticas dirigidas a ellos.



Estilo de vida y apoyo familiar en diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF#66 IMSS de Xalapa, México

Niño T, Gil I, Aguilar E, Vázquez F, Sosa A.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 66 Xalapa, Veracruz. México. issagilmx@yahoo.com.mx

OBJETIVO GENERAL: Determinar el estilo de vida y el apoyo familiar en los diabéticos adscritos a la UMF 66 en el periodo Enero-Agosto 2007. **DISEÑO:** Encuesta prospectiva descriptiva. **MÉTODOS:** Se realizó entrevista y revisión de expedientes a una muestra de diabéticos asistentes a Consulta externa de la UMF No. 66 del IMSS. Se aplicó instrumento IMEVID, verificando promedio de glucemias en el último año. A los familiares que acompañaban al paciente identificado y que convivieran en su domicilio se les aplicó instrumento para valorar apoyo familiar. **RESULTADOS:** Se incluyeron a 100 pacientes diabéticos; 69% mujeres, edad promedio de 59 años, laboralmente activos 77%, con predominio de escolaridad primaria (32%). De ellos 38% tuvieron un estilo de vida malo, un 48% mediano, y 14% bueno, el 6% tuvieron apoyo familiar alto, y 84% medio. Los mayores puntajes en apoyo familiar se dieron en conocimiento sobre medidas de control y sobre complicaciones, y los de menor puntaje en actitudes hacia el enfermo y sobre las medidas de control. El buen estilo de vida se asoció a un adecuado apoyo familiar y a un mejor control del padecimiento. **CONCLUSIONES:** Determinar el estilo de vida y apoyo familiar en diabéticos complementará su estudio integral y permitirá incidir en su mejor control.

Estudio de anemia en embarazadas que concurren a un Centro Comunitario en Rosario, Argentina

Trezzo Terrazzino Juan Carlos, Rodríguez Lyon CH.

Centro Comunitario N° 14, dependiente del Área VIII de Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Argentina.

OBJETIVO GENERAL: investigar la presencia de anemia en embarazadas en el Centro Comunitario N° 14 en relación a: prematuridad y bajo peso al nacer. **DISEÑO:** estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. **MÉTODOS:** se estudiaron 61 mujeres embarazadas; se obtuvieron datos de historias clínicas referidos a la madre: edad, valores de hematocrito, hemoglobina, número de gestas y tipo de parto; y referidos al recién nacido: peso al nacer y edad gestacional. **RESULTADOS:** el 42.6% de las gestantes fueron menores

de 20 años, el 26.2% tuvo más de dos gestas, en una de las madres el parto fue por cesárea. Se encontró que 16 padecen anemia (26.2%) y de ellas, la mitad fueron menores de 20 años. En cuanto a los recién nacido el 8.2% nacieron a pretérmino y el 3.3% con bajo peso. El peso al nacer se correlacionó positivamente con todas las demás variables investigadas. **CONCLUSIONES:** la anemia en las embarazadas tiene implicaciones en la madre y el recién nacido; su prevención y tratamiento están disponibles y son efectivas.



Evaluación de la calidad de la atención de la diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar

Mazariegos E, Martínez J, Hernández L.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No.1 Orizaba, Veracruz, México. tacuara41@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Determinar la calidad de la atención médica en la diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar. **DISEÑO:** Estudio transversal, observacional, retrospectivo. **MÉTODOS:** Se evaluaron expedientes de pacientes diabéticos, aplicando cuestionario basado en la guía clínica del IMSS y la norma oficial mexicana para diabetes mellitus clasificando en buena, regular y mala calidad de la atención. El estudio se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar número 1 de Orizaba, Veracruz, de febrero 2005 a noviembre 2006. Tamaño de la muestra: 277 expediente de pacientes portadores de diabetes mellitus. Análisis estadístico: frecuencias

simples, análisis divariado, estimando diferencias a través de χ^2 y valor de P para significancia estadística. **RESULTADOS:** La calidad de la atención otorgada fue mala en el 74.72%, regular 33.02%, buena calidad en el 3.2%. Predominó mala calidad en los >70 años (80.1%), de acuerdo a la evolución, en los pacientes con mas de 25 años (84%), obesidad grado 1 (66.6%), obesidad grado 2 (84.37%) y con sobrepeso (80.85%). **CONCLUSIONES:** La atención que se le otorga al paciente diabético en la UMF No.1 es mala, probablemente por la falta de aplicación de la guía clínica del IMSS y de la norma oficial mexicana



Evaluación de recursos gráficos para incrementar la actividad física en pacientes diabéticos tipo 2 en el primer nivel

Pérez Gil SA, Gil Alfaro I, Pérez Hernández C, Almela García L, López L.

Diseñador de información. Av. Ávila Camacho No. 68 Col. Centro, CP. 91000. seth@seth.com.mx

OBJETIVO GENERAL: Evaluar recursos ilustrativos (caricatura y cómic) aplicados en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del IMSS para incrementar la actividad física en diabéticos tipo 2. **DISEÑO:** Encuesta prospectiva descriptiva. Primer nivel de atención. **MÉTODOS:** Aplicado a pacientes diabéticos tipo 2 asistentes (hombres y mujeres) a un consultorio de medicina familiar con edades entre 30 y 70 años que supieran leer y escribir y aceptaran participar en el estudio. Se excluyeron a aquellos con amputaciones, daño renal, ceguera, limitación motora y enfermedades mentales. El material ilustrativo consistió en apoyos visuales en la sala de espera, en

el consultorio, así como materiales impresos para pacientes. Se entrevistaron a los pacientes diabéticos, personal médico y un especialista del área de educación física para determinar el grado de efectividad del mensaje de la actividad física. **RESULTADOS:** 100% en empatía con los personajes, 82.5% con la información, 81.25% en aspecto motivacional y un 79.16% en la comprensión, con un porcentaje de 85.79% de efectividad; con un nivel de confianza del 95%. **CONCLUSIONES:** La caricatura y cómic como recursos ilustrativos en el primer nivel permitieron transmitir satisfactoriamente información útil y compleja de manera sencilla a diabéticos tipo 2.



Evaluación del Funcionamiento Familiar y Redes de Apoyo en pacientes geriátricos del consultorio número 4 de la Unidad de Medicina Familiar número 12 de Ciudad del Carmen, Campeche, México

Chulines Valencia T.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No 12. Ciudad del Carmen, Campeche, México.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar el Funcionamiento Familiar y redes de apoyo en los pacientes geriátricos con familias nucleares y extensas. **DISEÑO:** Observacional, prospectivo y comparativo. **MÉTODOS:** realizado en pacientes geriátricos, con un tipo de muestreo probabilístico, para comparar dos proporciones con un intervalo de confianza de 95%, una proporción del 55% (Familias nucleares) y 40% (Familias extensas) obteniéndose para grupo 75 sujetos con una relación 1:1. Es decir 75 familias nucleares y 75 extensas, se aplico el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar de Raquel Atri y Zetune (alfa de crobach de 0.92) y el cuestionario DUKE-UNC-11 de apoyo social funcional (alfa de

0.91). **RESULTADOS:** El Involucramiento afectivo, los patrones de comunicación funcional y disfuncional y los patrones de control de conductas son equivalentes en ambos tipos de familia (nuclear y extensa). El factor Resolución de problemas no es equivalente en ambos tipos de familia al encontrar significancia estadística de $t = 2.820$, $p < 0.005$; la familia extensa influye en el apoyo social de los pacientes geriátricos con una $\chi^2 = 47.04$, $p < 0.000$. **CONCLUSIONES:** Existen diferencias entre la familia nuclear y extensa de los pacientes geriátricos, cuando al evaluarse el Funcionamiento familiar y las redes de apoyo.



Evolución clínica de las pacientes con vaginitis en la unidad de medicina familiar número 19 IMSS Banderilla, Veracruz, México

Gil Alfaro Issa, Temis Montiel Guadalupe.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar # 19 IMSS. Xalapa, Veracruz, México. issagilmx@yahoo.com.mx

OBJETIVO GENERAL: Determinar la evolución clínica de las pacientes con vaginitis en la UMF 19 en el periodo 2006 - 2007. **DISEÑO:** Encuesta retrospectiva. **MÉTODOS:** A mujeres con vaginitis se les identificaron características sociodemográficas, ginecológicas y aspectos sobre la evolución de la vaginitis, con revisión de expedientes. **RESULTADOS:** Se incluyeron 164 mujeres, edad promedio de 38 años, casadas (55%), escolaridad primaria (32%), dedicadas al hogar (73%), 15% de ellas con diabetes o hipertensión arterial, con 3 gestas; 49% con salpingoclasia, tiempo promedio de leucorrea de 44 meses, predominando la vaginitis no infecciosa (74%), seguida de la bacteriana (19%), Candidiásica (5%) y Tricomoniásica

(2%). De ellas el 30% no acudió por tratamiento, 12% recibieron Metronidazol oral y vaginal y 12% metronidazol oral y Nitrofurazona óvulos, el resto 19 combinaciones de manejo. 58% se apegaron a tratamiento farmacológico, 20% a higiénico y un 20% con apego a tratamiento por parte de la pareja. Predominaron las pacientes curadas (55%) seguidas de aquellas con persistencia de síntomas (44%) y 1% de recaídas. Se dio mayor curación en vaginitis candidiásica y persistencia en vaginitis Tricomoniásica. **CONCLUSIONES:** Se debe enfatizar la importancia de adherencia a manejo tanto farmacológico como higiénico de la paciente y su pareja.



Experiencia del centro de consejería y diagnóstico voluntario de VIH/SIDA del centro de salud "Dr. José Castro Villagrana" del año 2001 al 2006 en la ciudad de México

Mondragón Rocha A, Madrigal de León H, Ponce Rosas R*

*Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. * Profesor Titular A. TC.. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Familiar. doktorbruj@hotmai.com*

OBJETIVO GENERAL: Describir las características, organización, operación y la experiencia del Centro de Consejería y Diagnóstico Voluntario (CCDV) del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana del año 2001 al 2006. **DISEÑO:** Es una investigación de tipo cuantitativa y cualitativa. El diseño del estudio fue Retrospectivo, descriptivo y transversal. **MÉTODOS:** Se incluyó a toda persona que solicitó el servicio del CCDV del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana de la SSDF en el período comprendido del mes de junio del 2001 al mes de junio del 2006. El número de usuarios y de muestra de trabajo fue de 1802 personas. Se realizó el análisis estadístico con medidas de

estadística descriptiva, medidas de tendencia central, dispersión y de resumen. **RESULTADOS:** En el CCDV se utiliza la consejería de tipo cara a cara y el principal motivo de consulta resulto ser el mantener relaciones sexuales sin preservativo con el 55.4%. Con 37 personas con resultado seropositivo. **CONCLUSIONES:** Se describió el trabajo del CCDV y se obtuvo que las personas jóvenes, productivas y académicamente activas están acudiendo a solicitar el servicio y a realizarse la prueba de anticuerpos para el VIH por que mantienen relaciones sexuales sin preservativo, a pesar de las campañas de prevención.



Factores de riesgo de infección asociados con el virus del papiloma humano en hombres

Lima Iturbe E, Damian Blanco L, Díaz Castañeda R.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Subzona con Medicina Familiar 8 Tlaxcala, México. Hospital General de Subzona con Medicina Familiar 8 Tlaxcala. DOMICILIO: Guillermo Valle 11 5 Centro Tlaxcala cp 9000.: leopoldo.damian@imss.gob.mx, rebeca.diaz@imss.gob.mx

OBJETIVO GENERAL: Determinar los factores de riesgo a infección del virus papiloma humano en hombre. **DISEÑO:** Descriptivo transversal y retrolectivo. **MÉTODOS:** Se incluyeron 51 pacientes masculinos parejas estables de mujer positiva a virus del papiloma humano, detectadas en el servicio de colposcopia. Se aplicó cuestionario, examen clínico, y peneoscopia. **RESULTADOS:** 34 pacientes con peneoscopia positiva (66.6%); dicha prevalencia fue compatible con la presentada en un estudio realizado en 2005 en donde 65% de los hombres, parejas sexuales de mujeres con NIC presentaron signos clínicos de infección. Edad media 29 años, casados 29 (56.86%), escolaridad secundaria 18 (35.29%), edad de su primera

relación sexual mayor de 15 años 27 (52.94%), con 3 parejas sexuales 21 (41.17%), tabaquismo positivo 22 (43.13%), no circuncidados 38 (74.5%), no utilizan preservativo 35 (68.62%). se encontraron signos y síntomas de enfermedades de transmisión sexual adicionales. **CONCLUSIONES:** La edad más frecuente fue de 20 a 30 años, los riesgos más comunes para infección de virus de papiloma humano fueron: escolaridad baja, inicio de vida sexual temprana, no utilizar preservativo en relaciones sexuales y no circuncidados. La prevalencia por infección de virus del papiloma humano en hombres es relativamente alta y asintomática.



Factores que influyen en el apego de pacientes con insuficiencia renal que reciben tratamiento sustitutivo con hemodiálisis

Alegría Sánchez JM, Gazcón Núñez K del R, Flores Vázquez DP, Guerrero Carlos G, Gutiérrez Román EA, * García Cárdenas MA.

*Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar # 51, (IMSS) GDL/JAL/MEX, Hospital Regional No. 14 (IMSS) GDL/JAL/MEX, Unidad de Medicina Familiar # 51, (IMSS) GDL/JAL/MEX., Médico Especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar # 51, (IMSS) GDL/JAL/MEX, * Médico Especialista en Nefrología, Hospital General Regional No. 45, (IMSS) GDL/JAL/MEX.*

OBJETIVO GENERAL: Medir el apego a tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en una unidad de segundo nivel y compararlos con su nivel de autoestima y redes de apoyo. **DISEÑO:** Transversal, descriptivo y observacional. **MÉTODOS:** Pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, a los cuales se les evaluó el apego a tratamiento (test Morinski Green, test de Batalla y test Haynes Sckett) redes de apoyo (MOS) y uno de autoestima (Coersmith) los cuales son auto-administrados. El análisis estadístico se realizó con prueba de

Fisher con EPI 6. **RESULTADOS:** Al comparar pacientes con apego contra pacientes sin apego se observó que no hubo diferencias entre hombres y mujeres, así como entre los diferentes grupos de edad, la baja autoestima se relacionó con menor apego $p < 0.05$ así como la menor red de apoyo $p < 0.001$. La diferencia de promedios entre ambos grupos fue de 3. **CONCLUSIONES:** El apego a tratamiento se asoció a menor red de apoyo y baja autoestima, así como a menor cantidad de medicamentos.



Formación en Consejería del equipo de salud en Medicina Familiar

Sacchi M, Carrizo Orellana K, Moi A.

Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Nacional de Salta, Argentina. Av. Bolivia 5150 – Salta – Argentina. vandam@unsa.edu.ar

OBJETIVO GENERAL: conocer y analizar la apropiación de la técnica de consejería, por parte de alumnos de la Licenciatura en Enfermería. **DISEÑO:** descriptivo observacional, a partir de una experiencia teórico-práctica desarrollada con la población total de alumnos del Cuarto Año de la Carrera de Enfermería, en las provincias de Salta y Jujuy (Argentina). **MÉTODOS:** Se desarrolló la experiencia práctica en tres momentos: 1.- Formación de equipos de a dos estudiantes y realización de una entrevista cada uno a una familia con un problema de salud infantil. 2.- Observación y registro del desempeño de la Consejería familiar por parte del compañero. 3.- Evaluación de la experiencia

realizada por los mismos alumnos, analizando aspectos que refieran a posibilidades y obstáculos, ventajas y desventajas de la experiencia. **RESULTADOS:** El logro de poder “ponerse en el lugar del otro” y reconocer los distintos recursos familiares para el cuidado de la salud. La mayor dificultad fue la persistencia de una comunicación prescriptiva para la asistencia y prevención de enfermedades de la familia. **CONCLUSIONES:** La experiencia les permitió a los estudiantes vivenciar e internalizar la aplicación práctica y concreta de la consejería como herramienta de comunicación en enfermería, para la promoción de la salud familiar.



Frecuencia de Depresión de acuerdo a la Escala de Zung en Pacientes de 20 A 50 años

Domínguez Hernández C.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar N° 11 Campeche, México. gonzalezdzib@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Conocer la frecuencia de depresión de acuerdo a la escala de Zung en pacientes de 20 a 50 años que acuden al consultorio número 1 turno matutino del HGZ No. 1 de Campeche. **DISEÑO:** Observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. **MÉTODOS:** aplicación del cuestionario de la escala de Zung, para clasificar el nivel de depresión. **RESULTADOS:** Se incluyeron 96 pacientes con depresión en la edad comprendida de 20 a 50 años, de ambos sexos, el 72.9 % estuvo representado por el sexo femenino y el 27.1% por el sexo masculino. La edad más frecuente con depresión fue de 25 a 29 años (28.1 %). Afecta más a las mujeres que se dedican a labores del hogar con un 38.5 %. **CONCLUSIONES:** La depresión es

más frecuente en la mujer, casada, con ocupación de labores del hogar, escolaridad secundaria, la causa principal son la dificultad para resolver los problemas familiares a los que se enfrenta. La depresión es un trastorno frecuente en la atención primaria y corresponde al médico familiar identificar a los sujetos para proporcionarles tratamiento adecuado para evitar que se agrave el cuadro o suceda un desenlace fatal como el suicidio.



Frecuencia de depresión en población femenina obesa de 20 a 59 años de la UMF número 2 de Champotón, Campeche, México

Báez Cortés S.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No 2. Champotón, Campeche, México. sbaezcortes@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Identificar la frecuencia de depresión en la población femenina obesa de 20 a 59 años que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la UMF No. 2 de Champotón, Campeche. **DISEÑO:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. **MÉTODOS:** Utilizando la Escala de Autoevaluación de Zung para evaluar frecuencia de depresión, se aplicó a 342 mujeres obesas de 20 a 59 años. Criterios de inclusión: Población femenina de 20 a 59 años de edad con obesidad. Criterios de exclusión: Pacientes embarazadas. Pacientes con tratamiento hormonal. Criterios de eliminación. Escala de evaluación de Zung incompletos

RESULTADOS: La media de edad fue de 42 ± 11.3 . La frecuencia de depresión se presentó en un 54.1%, encontrando Depresión leve 34.5%, moderada 18.7% y severa 0.3%. El grupo de edad que presentó más frecuencia de depresión 31.2 % fue el de 40 a 49 años. El 52.6% de las mujeres obesas correspondió a la obesidad de 2° grado. **CONCLUSIONES:** La depresión es un padecimiento frecuente en la población femenina obesa que acude a la UMF 2 Champotón, Campeche; por lo que se sugiere la búsqueda de ésta, en forma intencionada, recomendándose, el uso del Test de zung por la facilidad de aplicación.



Frecuencia de síndrome metabólico en adultos hipertensos de 20-59 años, según criterios del tercer reporte del programa nacional de educación para el colesterol y panel de tratamiento del adulto (NCEP-ATP III)

Cruz Fernando A. González Dzib R,* Domínguez Hernández C.*, Mugarétegui Hernández V.**

* Profesores adjuntos de Medicina Familiar HGZI/MF. ** M.I. del HGZI-Urgencias. Hospital General de Zona No. 1 con Medicina Familiar, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Campeche, Campeche, México. aqc95@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Conocer la frecuencia del síndrome metabólico en adultos hipertensos de 20 a 59 años de edad. **DISEÑO:** Descriptivo, prospectivo y trans-versal, de enero a diciembre de 2006, muestreo no probabilístico por conveniencia. **MÉTODOS:** incluyéndose 189 pacientes. El diagnóstico del SM se integró según criterios: Glucosa plasmática $\geq 10\text{mg/dL}$, Presión sanguínea $\geq 130/85\text{mmHg}$, Triglicéridos $\geq 50\text{mg/dL}$. **RESULTADOS:** Del total, 115 son mujeres que corresponde 60.84%. 48 cumplieron los criterios del SM, correspondiendo el 25.39%; siendo mujeres el 72.91%. La obesidad esta presente en la mayoría de los casos con 85.41%, dislipidemia en 72.91%, diabetes en 60.41%, sobrepeso 31.25%. Afectando a los

mayores de 50 años, que corresponde el 68.75%. Evolución de la hipertensión más de 5 años, lo que representa el 54.16%. La cifra promedio de colesterol en pacientes con SM fue de 209.41 mg, y de triglicéridos fue de 235.14 mg. **CONCLUSIONES:** Usando 3 de los 5 criterios de NCEP-ATP III, se observó una frecuencia del SM del 25.39% en la población adulta de 20 a 59 años de edad en paciente hipertensos. Nuestros resultados demuestran que la coexistencia de la obesidad en los pacientes con el síndrome metabólico confirma la resistencia a la insulina, lo cual incrementa el riesgo de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial y alteración en el metabolismo de los lípidos.



Frecuencia de violencia intrafamiliar en adolescentes: experiencia en una unidad de atención primaria de la ciudad de México

Solares Jacinto M, Landgrave Ibáñez S.** , Irigoyen Coria A.**.

Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Centro de Salud Dr. "José Castro Villagrana". ** Profesores del Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

OBJETIVO GENERAL: Identificar los casos de violencia intrafamiliar en adolescentes durante el año 2005 en el Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana" de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. (CSDJCV). **DISEÑO:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Revisión de las hojas de registro de atención por lesiones en la unidad médica (SISPA SS1) del periodo comprendido del 28 - 01- 05 al 16 - 12- 05. De estos registros se seleccionaron sólo las lesiones ocurridas en el hogar en adolescente. Se obtuvieron 242 hojas de registro de atención por lesiones en la unidad médica (SISPA SS1) de éstas se seleccionaron las lesiones ocurridas en los adolescentes las cuales resultaron ser un total de 40, posteriormente se identificaron las ocurridas en el hogar obteniendo 18 pacientes, de estos pacientes sólo

se encontró un caso de violencia intrafamiliar. De los 18 casos localizados de violencia ocurrida en el hogar se clasificaron por sexo, edad, estado civil, derechohabencia, escolaridad, tipo, sitio de ocurrencia, día, hora, móvil de la lesión, tipo de lesión, agente de la lesión, tiempo transcurrido entre el evento y la lesión y traslado en caso necesario. **CONCLUSIONES:** Los profesionales sanitarios y particularmente los profesionales de la atención primaria a la salud, constituyen un elemento clave para la detección precoz y el abordaje integral de los malos tratos por estar en un lugar estratégico, por su accesibilidad: el conocimiento del paciente y su contexto, por las múltiples posibilidades de contacto y por la atención integral que prestan.



Funcionalidad familiar (FACES III) en parejas usuarias de un método de planificación familiar

García-Aguilera MM, Luna-Ruiz MA, Aguilar-Rosales ML, Maldonado-Villalobos MA. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No. 53 de León Guanajuato. México. minedeluna@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Determinar si la funcionalidad familiar influye en la aceptación de métodos de planificación familiar. **DISEÑO:** descriptivo, transversal y comparativo. **MÉTODOS:** Se realizó el estudio en 405 parejas de 25 a 35 años que acudieron a consulta de medicina familiar a la UMF 53, que aceptaron participar de manera voluntaria. El tamaño de la muestra se calculó mediante, una prueba de hipótesis de dos proporciones de la población. A las parejas se les aplicó una encuesta para saber quien usaba método de planificación familiar, posteriormente se aplicó el cuestionario el Faces III a las parejas. Los resultados se analizaron con prueba de hipótesis de χ^2 .

RESULTADOS: Se encuestaron 197 parejas (48.6%) que se catalogaron como funcionales de acuerdo al FACES III y 208 no funcionales. De las 197 funcionales 185 (94%) utilizan método de planificación familiar. De las 208 no funcionales 104 (50%) lo usan. $p = 0.0001$ (χ^2) De las parejas funcionales el 99.4% utiliza métodos temporales, y de las no funcionales 87.5% $p = 0.07$ (χ^2). **CONCLUSIONES:** las familias con funcionalidad familiar, aceptan con mayor frecuencia la utilización de método de planificación familiar, en relación a las no funcionales.



Muerte materna en Chiapas, México: previsibilidad en el primer nivel de atención

Guerrero Flores JL.

Médico Familiar, Posgraduado en Administración de Servicios de Salud. Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de Chiapas. Tapachula Chiapas. México. promsaljuris7@hotmail.com; drguerrerousa21@yahoo.com

OBJETIVO GENERAL: Conocer cuales son las principales causas de muerte materna (MM) ocurridas en la Región del Soconusco del estado de Chiapas, y cual es su previsibilidad dentro del primer nivel de atención médica, bajo el esquema de análisis por eslabones críticos, así como identificar las deficiencias de atención dentro de todo el proceso de atención prenatal en el primer nivel de atención. **DISEÑO:** Observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. **MÉTODOS:** Revisión y análisis de las MM ocurridas en la Región Soconusco del Estado de Chiapas en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2006 al 31 de Agosto del 2007. **RESULTADOS:** En la mayoría de los

casos se trataban de familias tradicionales, integradas, habitantes del medio rural, campesinas, nucleares simples y en fase de expansión. Las causas de muerte materna mas frecuente son Trastornos Hipertensivos del embarazo, Hemorragias y Sepsis. Llama la atención que dentro de las beneficiarias del programa Oportunidades participan con el 47% de las MM. **CONCLUSIONES:** El primer nivel de atención es responsable del 56% de las MM. La falta de capacitación y conocimiento del personal de salud en general sobre la existencia de las normas oficiales mexicanas. Las MM en todos los casos se dictaminaron como directas y prevenibles.



Obesidad e hipertensión en la ciudad de El Alto La Paz Bolivia Junio-Agosto 2006

Arteaga Huanta HT.

Médica familiar C.N.S. "Clínica Santa Lucia. La Paz, Bolivia.

OBJETIVO GENERAL Determinar la frecuencia de pacientes obesos e hipertensos en la ciudad de El Alto La Paz, Bolivia. **DISEÑO:** Estudio descriptivo, transversal y prospectivo. **MÉTODOS:** Se realizó control de presión arterial, peso, talla, índice cintura cadera Perímetro abdominal. Participaron 130 personas, se excluyeron 66 pacientes por contar con diagnósticos de hipertensión, síndrome metabólico, diabetes mellitus y otras patologías; los pacientes acudieron a la consulta externa en la Clínica Santa Lucia de El Alto, La Paz, Bolivia; durante los meses de junio a agosto del año 2006. **RESULTADOS:** El grupo etéreo más frecuente se encontró entre la segunda y tercera

década de vida. Se detectaron seis pacientes con prehipertensión, y uno en estadio uno, que corresponde al 5% de la población en estudio. Según el índice de masa corporal cuatro mujeres se encontraron con obesidad grado IV (3%) en la segunda y cuarta década de vida. Distribución casi homogénea tanto para varones y mujeres; presentaron obesidad grado I, 45 pacientes (34%). **CONCLUSIONES:** El sexo femenino es el más frecuentemente afectado de obesidad grados III y IV en la tercera y cuarta década de la vida, está asociado con hipertensión arterial estadio I y prehipertensión.



Perfil epidemiológico de pacientes con patología renal en estadio terminal Hospital Obrero N.1 La Paz-Bolivia. Enero-diciembre de 2006

Aruquipa-Quispe B.

Caja Nacional de Salud, Policlínica Miraflores. La Paz, Bolivia. biancar.21@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Identificar Las características más frecuentes en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Estadio Terminal, sometidos al programa de diálisis, en el Hospital Obrero No.-1, La Paz, Bolivia. **DISEÑO:** Estudio descriptivo y transversal. **MÉTODOS:** Muestreo de tipo aleatorio simple; 450 pacientes con enfermedad renal terminal que corresponden al programa de diálisis. Estudio realizado de enero a diciembre de 2006. **RESULTADOS:** 70% de los pacientes fueron del sexo femenino. Mayor frecuencia entre 61 a 70 años.: 56% Hipertensión Arterial, el 35% Diabetes Mellitus, 6% patología

obstructiva, 3% otras patologías. **CONCLUSIONES:** Los factores de riesgo más frecuentes en pacientes con Patología Renal en Estadio Terminal fueron la Hipertensión Arterial, seguida de la Diabetes Mellitus; debido a la alta frecuencia de pacientes sometidos al programa de diálisis en el Hospital Obrero de La Paz- Bolivia; los médicos de atención primaria, deberían desempeñar un importante papel en la prevención, el diagnóstico precoz y el control de estos pacientes. Se debería ampliar más la presente investigación y formular propuestas de intervención.



Perfil de mujeres que interrumpen el uso de métodos anticonceptivos en un centro de salud

Dittler M, Pérez A, Chosco N, Lucero R.

Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Departamento de Medicina Familiar. Unidad Primaria de Atención de Salud (UPAS 16). Municipalidad de Córdoba. Córdoba. Argentina.

OBJETIVO GENERAL: Describir el perfil de usuarias abandonadoras de métodos anticonceptivos (MAC). Identificar los motivos de discontinuación de MAC. **DISEÑO:** Estudio descriptivo transversal. **MÉTODOS:** Se entrevistó al 95,3% (41) del total de mujeres que abandonaron el programa de SSyR en los 12 meses posteriores al ingreso, los datos fueron recolectados mediante entrevista semi-estructurada. **RESULTADOS:** La mayoría de las mujeres abandonadoras tenían una media de 26 años, escolaridad primaria incompleta, iniciaron sus relaciones sexuales y tuvieron su primer hijo entre los 16 y 20 años; mantienen una unión estable; tienen cuatro o más hijos; recibieron información de MAC en el centro de salud (47%),

familia y grupo de pares (27%); prefieren usar métodos hormonales orales que eligen por decisión personal y/o sugerencia médica y los abandonan por efectos secundarios (22 %), razones personales (20 %) u olvidos (12%) sin problemas de acceso a los mismos (85%). **CONCLUSIONES:** La mayoría de las mujeres que abandonaron el programa en la UPAS 16 eran adultas jóvenes, con primario incompleto, multíparas, que preferían usar MAC hormonales y los discontinuaron por efectos secundarios, información a partir de la cual habrá que diseñar nuevas estrategias para lograr mayor continuidad de las usuarias dentro del programa.



Percepción de los pacientes hipertensos y diabéticos sobre su enfermedad y la atención que reciben

Gil Alfaro I, Pérez Hernández C.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar # 19. Xalapa, Veracruz, México . issagilmx@yahoo.com.mx

OBJETIVO GENERAL: Identificar la percepción que tienen los pacientes hipertensos y diabéticos sobre su enfermedad y la atención que reciben en el primer nivel de atención. **DISEÑO:** Investigación cualitativa. **MÉTODOS:** Se realizó un análisis de audiencia cualitativa de grupos de pacientes diabéticos e hipertensos que asistieron a sesiones con un moderador siguiendo una guía temática sobre aspectos relacionados con la enfermedad crónica. Los comentarios fueron grabados para su análisis. **RESULTADOS:** Se consideraron las opiniones de 161 pacientes crónicos (30% hipertensos, 34% diabéticos y 36% diabético-hipertensos).. El origen de la diabetes se atribuyó a herencia, disgustos, sustos o malos hábitos alimentarios, la de la

Hipertensión a stress y problemas en el trabajo. El 62% de los hipertensos, el 45% de diabéticos y el 32% de diabético- hipertensos se consideraron controlados. Aunque mencionaron los hábitos saludables reconocieron la dificultad en cumplirlos. Identificaron la importancia del ejercicio aunque no lo realizaban. Reconocieron el mayor cumplimiento farmacológico y el menor dietético. atribuyeron el descontrol de sus enfermedades a problemas emocionales. **CONCLUSIONES:** Conocer la percepción de los pacientes crónicos sobre sus enfermedades y la atención que reciben nos permitirá mejorar el manejo en el primer nivel de atención.



Plan de alimentación y ejercicio para mejorar el control metabólico en pacientes diabéticos, coordinado por el médico familiar

Luna-Ruiz MÁI, De la O Arce LF.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona con MF No. 21 León, Guanajuato. México. CP 37530. miguelum@prodigy.net.mx

OBJETIVO GENERAL: Determinar si un plan personalizado de alimentación y ejercicio, coordinado por el médico familiar, mejora el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. **DISEÑO:** cuasi experimental. **MÉTODOS:** Se realizó, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asistieron a la consulta de medicina familiar. El tamaño de la muestra se calculó con prueba de hipótesis para una proporción. El médico familiar evaluó a los pacientes, determinó el tratamiento farmacológico e informó las ventajas de llevar un plan de alimentación y de ejercicio, la nutrióloga recomendó un plan de alimentación de acuerdo a las características personales de cada

paciente, la trabajadora social lo integró a las sesiones grupales educativas y el monitor de ejercicio le indicó los ejercicios que debería de realizar, el médico evaluó mensualmente el cumplimiento de las indicaciones. **RESULTADOS:** Se estudiaron 50 paciente diabéticos, el porcentaje de pacientes controlados se incrementaron: glucemia de 28% a 48%; colesterol de 24% a 36%; TAS de 50% a 82%, TAD de 44 a 66% ($p < 0.05 \chi^2$) e IMC de 6% al 8% $p=NS$. **CONCLUSIONES:** Este estudio muestra que cuando el médico familiar se involucra y se coordina con el equipo de salud, puede incrementar el porcentaje de pacientes controlados.



Prescripción de rosiglitazona y pioglitazona en diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención

Ortiz López C, Díaz Castañeda RE.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 8 Tlaxcala, Tlaxcala. México. rebeca.diaz@imss.gob.mx

OBJETIVO: Analizar las características de la prescripción de Rosiglitazona y Pioglitazona en diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención. **DISEÑO.** Investigación en Sistemas de Salud, descriptivo, transversal. **MÉTODOS.** Se diseñó un instrumento de recolección de datos de acuerdo a la prescripción, indicaciones, contraindicaciones y dosis de Rosiglitazona y Pioglitazona. Y se aplicaron las guías clínicas de Medicina Familiar para la congruencia clínico diagnóstico terapéutica. **VARIABLES.** Prescripción razonada, congruencia clínico –diagnostico-tratamiento, indicación por segundo nivel, si existe o no transcripción. **RESULTADOS:** Prescripción razonada de Rosiglitazona 86%, de Pioglitazona adecuada fue 70%. Se prescribió rosiglitazona

una caja mas en 33.1 %. Sin Congruencia clínico diagnóstica terapéutica en 45% de los pacientes con rosiglitazona y 30% en los de pioglitazona . **CONCLUSIONES:** estos dos medicamentos implican un sobregiro en el gasto promedio mensual de \$ 30 876. Las tiazolidinedionas tienen un mayor efecto hipoglucemiante, y su uso según el Lineamiento normativo de farmacia requiere ser prescritos previamente por Segundo Nivel en base a las características del Diabético, y de ser necesario continuar su manejo en Medicina Familiar. Sin embargo el procedimiento de transcripción, necesario para este medicamento de alto costo y especialidad no se esta llevando adecuadamente.



Prevalencia del déficit de atención con hiperactividad en preescolares. Factores asociados.

Cortés G, Hernández L.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Orizaba, Veracruz. México. cortez1024@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Determinar la prevalencia y factores asociados del TDAH en preescolares de la Ciudad de Orizaba, Ver. **DISEÑO:** Estudio transversal, comparativo, observacional, protectivo. **MÉTODOS:** Se realizó en niños de 3 a 6 años de edad, de 10 escuelas preescolares de Orizaba, Ver. Del 1 de Abril de 2005 al 31 de Diciembre de 2006. Se aplicó a 1018 padres el DMS IV, consta de 18 reactivos que evalúan sospecha de TDH. 78 resultaron sospechosos, aplicándoles el cuestionario de Conners versión modificada para padres y profesores. Se estimaron frecuencias simples y relativas, χ^2 para estimar diferencia, Kappa y $P < 0.05$ para significancia estadística. **RESULTADOS:** La prevalencia fue de 7.6%., de acuerdo a la edad

55.1% tuvo de 3-4 años y 44.9% de 5-6 años, en relación al sexo, 44.9% mujeres y 55.1% hombres ($R M:F= 1.2$), se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación al consumo de alcohol en la madre durante la gestación y presencia de hipoxia perinatal, la Kappa fue de 38.5% entre Conners para padres y profesores ($P<0.05$). **CONCLUSIONES:** La prevalencia de TDAH fue similar a lo reportado a nivel mundial, sin embargo, es importante mencionar que en nuestro medio no se detecta y por lo tanto no se trata, persistiendo el problema hasta la adolescencia.



Prevalencia de diabetes gestacional en pacientes del servicio de materno infantil de la Unidad de Medicina Familiar No 1 de la Ciudad de Campeche, Campeche. México

García Bolio JA, Gonzalez Dzib R.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital general de Zona No1 con Unidad de Medicina Familiar No 1 "Abraham Azar Farah". Campeche Campeche. somelelse@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Determinar la prevalencia de Diabetes Mellitus Gestacional en las pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No 1 que acuden a control prenatal en el servicio de enfermería materno infantil. **DISEÑO:** Observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. **MÉTODOS:** La muestra fue probabilística obtenida con la fórmula de proporción, la prevalencia del fenómeno fue de 6% (estudios nacionales), nivel de confianza del 95% y una variación esperada de $\pm 5\%$ lo que nos dio un total de 90 pacientes. El análisis fue descriptivo. **RESULTADOS:** se realizó el Test de O'Sullivan con valor de referencia ≥ 140 mg/dl en plasma venoso 1 hr

después de la carga, que se consideró positivo (O.M.S. / A.D.A.), El 25% de las pacientes resultaron positivas, con una edad media de 26 años, primigestas en un 72.2%, la media de glicemia basal fue de 83.3 mg/dl, posterior al Test fue de 162.9 mg/dl. **CONCLUSIONES:** La Prevalencia de diabetes gestacional fue de 25% contra el 6% observado en otros estudios; es necesario realizar actividades preventivas para prevenir el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en esta población cuyo riesgo es más alto que el de la población general.



Prevalencia de insomnio en pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar No. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara Jalisco, México

Campos Sánchez D, Flores Vázquez DP, Alegría Sánchez JM, Peña Zatarain JO, Moreno Verduzco R.

Residentes de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 51 Instituto Mexicano del Seguro Social Guadalajara Jalisco, México.

OBJETIVO GENERAL: Aproximadamente el 30% de la población sufre algún trastorno del sueño, y cerca del 10% trastornos severos. Esto ocasiona un malestar significativo en sus actividades laborales, en el estado de ánimo y en aspectos de su vida diaria. Identificar la prevalencia del insomnio en los pacientes que acuden a la UMF 51. **DISEÑO:** Transversal descriptivo. **MÉTODOS:** Se aplicó el índice de calidad de sueño de Pittsburg en pacientes de 20 a 69 años derechohabientes de la UMF. N. 51. **RESULTADOS:** El grupo de edad frecuente fue de 30 a 39 años 27.5%, el sexo femenino predominó con un 73.8%, escolaridad primaria un 35.0%, en relación al estado civil

predominaron los casados con un 65%. De acuerdo a la evaluación del índice de Calidad de Sueños de Pittsburg, encontramos que de los 80 encuestados (58.7%), no presentaron alteración alguna, EL 15.0% con alteración leve, el 22.5% alteración moderada, y el 3.8 con alteración severa. **CONCLUSIONES:** Entre los factores que influyen en la calidad del sueño se identificaron las enfermedades crónicas degenerativas, ansiedad, problemas económicos y madres con hijos en lactancia por lo que en esos grupos se pueden implementar medidas preventivas en primer nivel de atención.



Prevalencia de Obesidad en Niños de 1 A 5 años en la UMF número 11 IMSS de la Ciudad de Campeche, México

Puy Castillo A.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar N° 1 Campeche, Campeche, México. gonzalezdzib@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Conocer la prevalencia de obesidad en niños de 1 a 5 años en la UMF No.11, de la ciudad de Campeche. **DISEÑO:** Observacional, transversal, descriptivo y prospectivo. **MÉTODOS:** Se estudiaron 373 niños. El diagnóstico se hizo en base a las tablas de referencia Tomadas de NCHS. Con el programa estadístico: SPSS 11.5, se determinaron frecuencias simples, y medidas de tendencia central. **RESULTADOS:** El 12% curso con obesidad. En el 100 % de los casos existía el antecedente de obesidad en los padres. El 56% la presentó a la edad de 3 años básicamente. El género femenino fue en el que se presentó una mayor prevalencia de obesidad en el 67%. El 89

% fueron alimentados con seno materno al menos durante los primeros seis meses de vida. El antecedente de peso elevado al nacer estuvo presente en el 38 % de los niños con obesidad. **CONCLUSIONES:** Existe una prevalencia significativa de obesidad y sobrepeso en la población infantil; la incidencia es más elevada en los niños con antecedentes de obesidad en los padres, y con peso al nacer mayor a 3,900 grs. Sin embargo es necesaria la realización de estudios de correlación que nos permitan evidenciar lo antes mencionado.



Proporción de curación de pacientes con Tuberculosis Pulmonar de la Unidad de Medicina Familiar No 66 del IMSS

Gracida-Aguirre, L; Pérez-Hernández, C.; Gil-Alfaro, I.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Veracruz Norte.

dr_faustosegura@yahoo.com.mx

OBJETIVO GENERAL: Determinar la tasa de curación de pacientes con tuberculosis pulmonar en la UMF No 66 de Enero de 2000 a Diciembre de 2005. **DISEÑO:** Retrospectivo, Transversal, Descriptivo. **MÉTODOS:** Se obtuvo una muestra de 37 pacientes incluyendo pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en el período Enero 2000 a Diciembre 2005, que recibieron tratamiento en la UMF No 66, diagnosticados con baciloscopia. Se elaboro un cuestionario que contenía características epidemiológicas, fechas y medios de diagnósticos así como tipo de tratamiento y curación o no de la tuberculosis. Para análisis estadístico se utilizaron frecuencias absolutas

y relativas de cada variable, así como medidas de dispersión y de tendencia central. **RESULTADOS:** Las edades oscilaron entre 14 y 73 años, masculinos 67%, escolaridad secundaria y preparatorio con el 8%, comorbilidad DM tipo 2 20%, tipo de tratamiento TAES 92%, Tuberculosis curada global 73% y el motivo de no curación fue abandono al tratamiento 6%, pertenecían a familiar tradicional 24%, urbana 32%, nuclear 20%, índice de pobreza familiar baja 24%. **CONCLUSIONES:** La tasa de curación global fue baja, y por tasa solo dos años alcanzaron cifras parecidas a la literatura publicada.



Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 9 años de la UMF 47 del IMSS de León Guanajuato

Luna-Ruiz MÁ, Briones Jaramillo G.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No 47 León, Guanajuato México.

OBJETIVO GENERAL: Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 9 años de edad, que acuden a la unidad de medicina familiar. **DISEÑO:** transversal y descriptivo. **MÉTODOS:** la muestra se calculó con fórmula de una proporción de la población con precisión absoluta del 5%, se estudiaron niños de ambos sexos, se pesaron y midieron en báscula de pie con estadímetro marca ADE Electronic Column Scale M20610, con las técnicas recomendadas. **RESULTADOS:** Se estudiaron 747 niños, 370(49.6%) masculinos y 377(50.4%) femeninos, con promedio de 6 años de edad. Se observó

14.9% de obesidad y 17.4% de sobrepeso, que en conjunto suman 32.3%. El 50.8% (64) de los hombres 57.3% (66) de las mujeres tuvieron sobrepeso; 49.2% (62) y 42.6% (49) respectivamente, tienen obesidad, ($p = 0.19 \chi^2$) La obesidad está presente en el 18.6% de los padres. Los niños dedican a ver TV 3.7horas diarias, las niñas tres, con un rango de una hora para ambos y un máximo de 12 horas. **CONCLUSIONES:** La prevalencia en la unidad es menor a la reportada en la Encuesta Nacional de Salud 2006, sin embargo con los antecedentes y el sedentarismo puede aumentar en las siguientes etapas de la vida.



Propuesta de intervención en la población de Vallegrande, Santa Cruz, Bolivia

Aruquipa Quispe RB.

Caja Nacional de Salud, Policlínica Miraflores, La Paz, Bolivia. biancar.21@hotmail.com

OBJETIVO: Implementar estrategias para una propuesta de intervención en pacientes con Diabetes Mellitus en la población de Vallegrande, Santa Cruz, Bolivia. **DISEÑO:** Estudio prospectivo y transversal. **MÉTODOS:** Se aplicó el instrumento del A.P.O.C (Atención Primaria Orientada a la Comunidad) mediante el ciclo de Abramson, se realizó de inicio el diagnóstico situacional (primera fase) encontrándose las patologías y complicaciones más frecuentes; se identificó a la Diabetes Mellitus como la patología más frecuente. Muestra no aleatoria de 55 pacientes diabéticos a quienes se aplicó un cuestionario sobre la diabetes mellitus. Se realizó la propuesta de intervención (2da.Fase). **RESULTADOS:** Sobre el grado de

conocimiento acerca de la Diabetes Mellitus: el 52% poco sabía, 21% no sabía, el 5.7% si lo sabía. Con relación a las complicaciones: el 17% sabía, el 82% no sabía, de estos el 77% no llevaba control de la diabetes. **CONCLUSIONES:** La Atención Primaria Orientada a la Comunidad es un instrumento de vital importancia para el médico de familia, al aplicar en la población de Vallegrande se evidenció mayor frecuencia de pacientes diabético con complicaciones, al concientizarlos logramos que estos pacientes -en riesgo- tengan mejor calidad de vida; con este tipo de instrumento se puede disminuir la morbi-mortalidad de los pacientes en alto riesgo.



Satisfactoria funcionalidad de la familia y depresión en el adulto mayor

Galindo Aguilar L M *, Navarro García AM, ** Valencia Islas YE.**

* Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ** Técnicas Académicas. TC. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

OBJETIVO GENERAL: Identificar la satisfacción en la funcionalidad familiar y su relación con la presencia de depresión en adultos mayores. **DISEÑO:** Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. **MÉTODOS:** Se encuestó a 200 adultos mayores de 65 años con la escala APGAR familiar y de Depresión Geriátrica de Yasavage Brink. Se identificaron enfermedades, número de medicamentos tomados, tipo de familia, dependencia económica y la autopercepción de su rol en la familia. Se calcularon tendencias centrales y de dispersión, análisis de relación con las pruebas χ^2 , phi, V de Cramer y coeficiente de contingencia. **RESULTADOS:** Promedio de edad: 73 años, rango: 25. Mujeres: 53.5% Casados: 54%. Familia nuclear 51%. Fase de independencia: 38%. Aportan recursos económicos: 32.5%. Rol

familiar de "estorbo" 8%. Alta satisfacción de la funcionalidad familiar: 76%, baja: 8.5%. Sin depresión: 66%, leve: 19%, moderada 11%, severa: 4%. Tenían hipertensión: 58.5%, artrosis: 31%, diabetes: 30.5%. El 29.5% tomaban 2 medicamentos. Se encontraron mayores niveles de depresión en los paciente con menor satisfacción de la función familiar ($p=.000$). **CONCLUSIONES:** Se encontró una relación baja a moderada entre el grado de satisfacción de la función familiar y la presencia de depresión; tienen menos depresión los adultos mayores que perciben tener un rol de "apoyo" que los de "estorbo"; las enfermedades crónicas se asocian más a la presencia de depresión, algunos medicamentos desencadenaron síntomas depresivos.



Satisfacción de los usuarios en un servicio de urgencias en el área de primer contacto

Pérez-Goiz R, Vega-Malagón G.

Instituto Mexicano del Seguro Social. HGR No. 1. Querétaro, Querétaro, México.

OBJETIVO GENERAL: Determinar el grado de satisfacción de los usuarios en un servicio de urgencias en el área de primer contacto. **DISEÑO:** Transversal descriptivo, durante el periodo de agosto a diciembre 2006, en el HGR No.1 IMSS Querétaro. **MÉTODOS:** Se aplicaron 321 cuestionarios que incluían 8 ítems, con una escala tipo Likert, previamente validado por 5 expertos en servicios de salud, y previo consentimiento informado, los cuales exploraron las expectativas de los usuarios en relación con el trato recibido, tiempo de espera, atención médica e instalaciones. La selección se hizo por método aleatorio. El análisis de los datos se realizó a través de estadística

descriptiva. **RESULTADOS:** La media de edad fue 41.60 ± 4.24 años, 60.1% fueron mujeres. En la evaluación global 61.7% reportaron sentirse satisfechos, regularmente satisfechos 29.9% e insatisfechos 8.4%. El tiempo de espera promedio fue de 76 minutos ± 52.48 . El 56.81% espero más de 61 minutos para recibir atención médica, después de haber sido registrado, predominando en el turno vespertino. El trato con la asistente medica fue 88.2% quedaron satisfechos, con el médico 77% respondieron sentirse satisfechos, las instalaciones parecieron insatisfechas en 53.6%. **CONCLUSIONES:** El grado de satisfacción fue 61.7% predominando en el turno matutino.



Vacunación en el adulto: influencia de factores sociales

Hamui Sutton A, * Fernández Ortega MA, * Nellen Hummel H, ** Halabe Cherem J.***

Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México. **Servicio de Medicina Interna, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Servicio de Medicina Interna. Centro Médico ABC*
lizhamui@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Conocer cuáles son los factores socio-culturales que influyen en la práctica de la vacunación en el adulto en el ámbito rural mexicano. **DISEÑO:** El tipo de estudio es cuali-cuantitativo, ya que busca recolectar tanto datos socio demográficos como percepciones personales para encontrar la relación entre los factores estructurales y las experiencias individuales. **MÉTODOS:** Se trata de una investigación transversal, descriptiva y aleatoria a través de una encuesta aplicada en las unidades médicas rurales (UMR) del Programa IMSS-Oportunidades de septiembre de 2005 a febrero de 2006. La muestra fue de 848 casos en siete UMR: Chignahuapan, Puebla; San Salvador el Seco, Puebla; Mapastepec, Chiapas;

Altamirano, Chiapas; Huejutla de Reyes, Hidalgo; Papantla, Veracruz; y Chicontepec, Veracruz. **RESULTADOS:** En el análisis de correlación se pudo observar que factores como la edad, el tipo de población (rural/urbano), la escolaridad, los ingresos mensuales, los medios de comunicación (TV y Radio) y el centro de salud influyen de manera distinta en la vacunación en los adultos. **CONCLUSIONES:** La edad, el medio rural/urbano y el género son factores que no discriminan la práctica de la vacunación. En cambio la escolaridad, los ingresos, el acceso a los medios de comunicación y el acceso cercano a un centro de salud si marcan diferencia en la práctica de la vacunación de los adultos.



Violencia doméstica y embarazo en los Policonsultorios de la Caja Nacional de Salud. Ciudad de El Alto, La Paz, Bolivia.

Pérez Quispe P, Arteaga Huanta HT.

Caja Nacional de Salud, El Alto, La Paz – Bolivia. biancar.21@hotmail.com

OBJETIVO: identificar la frecuencia de violencia doméstica en embarazadas, así como las diferentes formas de agresión, en las pacientes embarazadas. **DISEÑO:** estudio descriptivo y transversal. **MÉTODOS:** pacientes embarazadas que acuden a consulta externa de los Policonsultorios de la Caja Nacional de Salud. Ciudad de El Alto, La Paz, Bolivia. A una muestra de 101 embarazadas se les aplicó una encuesta de opinión entre los meses de julio a noviembre del año 2007. **RESULTADOS:** edad promedio de 23 años. El 56% de las encuestadas presentaron violencia doméstica con franco predominio de la violencia psicológica. El motivo más frecuente de agresión fue por celos 37%,

seguida por el motivos económicos 19%, el lugar donde ocurrió la violencia fue el hogar 87%, en el trabajo 7%. Los agresores más frecuentes fueron: esposos 57%; suegros 6%; pareja y otros 6%; la lesión como consecuencia de la violencia que con más frecuencia se presentó fue la contusión (42%). El 70% de los agresores fueron del sexo masculino, y 30% femenino. **CONCLUSIONES:** la mujeres embarazadas de este estudio fueron independientes desde el punto de vista económico; la mayoría contaban con seguridad social al ser profesoras, enfermeras o practicar otra profesión; no obstante su nivel de instrucción, continúan siendo víctimas de violencia doméstica.



PRIMER FORO DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA ALPMF

LA INVESTIGACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN LATINOAMÉRICA: DESAFÍOS Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN. UNA PERSPECTIVA DE ALUMNOS, RESIDENTES Y PROFESORES DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE AMÉRICA LATINA.

Ismael Ramírez Villaseñor I.

Aguayo Arteaga F, Aguirre García M del C, Alvarado Herrera FA, Amador Díaz MB, Aquino Cruz F, Argüelles Callejas G, Attwood LE, Ávila Ramírez RdelC, Baez Cortes S, Baillet Esquivel L, Bayardo Quezada MA, Cabrera Fasolis B, Castaño Quintero GE, Ciuffolini MB, Cortés Luna G, Díaz Castañeda RE, Domínguez Hernández C, Galindo Aguilar LM, García Aguilera M, García Bolio JA, Guerrero Flores JL, Hamui Sutton A, Irigoyen Coria A, Jure H, Lemus Ramírez L, León Collao LB, López Alvarez CA, López Pérez M, Luna Ruiz MA, Luna Tellez Y, Márquez Reyes L M de los, Mazariegos Flores E de J, Mejía Casas J, Méndez Heredia C, Mendoza Sánchez HF, Moctezuma y Ocampo P, Molina CI, Morales López H, Obeso Sandoval IS, Ortiz López C, Pascual Confesor T, Pérez Hernández C, Ramírez Aranda JM, Ramos Juárez G, Reyes Ruíz ME, Roa de Rojas E, Rojas Ardila V, Rojas Armadillo M de L, Sabido Siglher AS, Sabido Siglher B, Sanguedolce E, Solares Jacinto M, Soto López L, Suárez Bustamante MA, Suárez Cuba MA, Susana Didoni M, Uc Ucan JM, Vargas Rodríguez EA, Vela Otero Y, Velázquez Tlapanco J, Verdugo Robles E, Vergara Cazares G, Villagómez Amezcua M del SC, Welsh Orozco U.

**Realizado Durante el Primer Congreso Latinoamericano
de Medicina Familiar a Distancia del 1 al 10 de Diciembre de 2007.**

Citación sugerida para este documento:

Ramírez Villaseñor I, Aguayo Arteaga F, Aguirre García M del C, Alvarado Herrera FA, Amador Díaz MB, Aquino Cruz F. y cols. La investigación en Medicina Familiar en Latinoamérica: Desafíos y propuestas de solución. Una perspectiva de alumnos, residentes y profesores de la especialidad en medicina familiar de América Latina. [CD-ROM] En: Irigoyen-Coria A, Gil Alfaro I, Morales López H, Pérez Hernández C, Jure H, González Dzib R, Ramírez Villaseñor I, Ciuffolini B, Velásquez Tlapanco J. eds. Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia 2007. 1-10 Diciembre. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana. 2008. p. 22-29.

La pregunta inicial del Foro fue: **¿Qué opinan los actores sobre el fenómeno que enfrentan el débil panorama de la investigación en medicina familiar en nuestra región?**

En este trabajo se presenta una síntesis de las 229 intervenciones que se sucedieron en el foro de investigación: ¿No hay fortaleza en el campo de la investigación en medicina familiar en Latinoamérica? La gran mayoría coincide con este concepto. La medicina familiar como disciplina académica es débil en la región, y la investigación es resultado y factor constitutivo de esa debilidad.

Problemas predominantemente estructurales

1. La selección de aspirantes a la residencia en medicina familiar adolece de múltiples defectos, resulta desigual, la vía sindical demerita el nivel académico.
2. El nivel académico es muy desigual, el resultado: se cuenta con muchos residentes sin la preparación técnica y humana para un trabajo tan complejo.
3. Un importante número de profesores de la disciplina no tienen el nivel de preparación necesaria, y los tutores de los residentes frecuentemente carecen de formación científica básica.
4. Las Instituciones le restan credibilidad a la disciplina, al cubrir plazas de medicina familiar, con especialistas de otras áreas o médicos sin residencia. Y en especial cuando puestos claves como las Jefaturas de Investigación son ocupadas por personas sin la capacidad o incluso de disciplinas ajenas a la medicina familiar.
5. La concentración de recursos financieros y humanos en las zonas urbanas, favorece un precario estadio en el desarrollo de investigación en medicina familiar en las zonas rurales.
6. La sobrecarga de trabajo clínico del médico familiar, a quien se le somete a rígidos horarios de consulta de 15 minutos y que frecuentemente no cuenta con enfermera, hace muy difícil que dedique tiempo a sistematizar sus observaciones clínicas.
7. Aunque en el discurso se habla de un enfoque psicosocial, la labor del residente y del medicina familiar se restringe abrumadoramente al modelo biomédico. En la práctica sigue prisionero de la división mente y cuerpo, precisamente, porque no ha vivido modelos de práctica integradora mente-cuerpo.

8. Con frecuencia, hay una ausencia total de las revistas de investigación en las bibliotecas de las Unidades de Medicina Familiar: "Brillan por su ausencia": **Archivos en Medicina Familiar, An International Journal, Family Practice, Family Medicine, Canadian Family Physician, Atención Primaria, British Journal of General Practice**; en cambio hay libros clásicos del pregrado.
9. Falta la decisión política verdadera mas allá del discurso de "la medicina familiar es la base de sistema" en realidad los políticos no creen en la potencia de nuestra especialidad.
10. En muchas Unidades de Medicina Familiar no existe un tiempo específico -fuera del horario clínico- donde se discuta sobre conocimientos nuevos o bien en cuanto a proyectos de investigación locales.
11. La rotación (cambios de consultorio o clínica) en las Instituciones de salud, es dramática, habiendo a veces cinco o más médicos diferentes en un mismo consultorio en tan solo un año. Esto contradice el principio central de la medicina familiar: la continuidad de la atención médica. Podría destruir la relación clínica e impide la investigación con valor pronóstico.
12. Como hecho histórico podemos subrayar que para el tercer día del Congreso, ya teníamos *hackers* queriendo derribar nuestro portal en Internet...

Problemas predominantemente culturales

1. La falta de la disciplina académica de medicina familiar en el pregrado es deformante y totalmente incongruente con las necesidades de salud de la población. El **modelo biomédico** es el único que se imparte a los futuros médicos en muchas universidades. El estatus de la medicina familiar es el más bajo de todas las especialidades médicas. En gran parte por el pobre modelo de resolución de problemas que representa la Salud Pública Latinoamericana.

2. Un número indeterminado de residentes estudian MEDICINA FAMILIAR sin tener la vocación necesaria. El resultado es la frustración de médicos, pacientes e Instituciones de Salud.
3. El estudiante y luego residente aprende a competir contra sus iguales, en lugar de colaborar para beneficiar a sus pacientes.
4. La visión de la medicina familiar como disciplina académica es heterogénea en la región; lo que hace confuso lo relativo al campo de investigación de la disciplina y la mejor forma de hacerla.
5. Se cuestionó el predominio casi absoluto de la *visión positivista del conocimiento*, y la necesidad de prepararnos en el campo de la investigación cualitativa, indispensable en el estudio de la relación médico-paciente, cuestiones éticas y estudio del impacto de las emociones en la salud.
6. Se requiere valorización del estudio a profundidad de casos clínicos, e incluir en los programas de estudio la comprensión de los dos tipos de conocimiento indispensables en medicina, el conocimiento abstracto de la MBE, y el concreto y profundo específico de cada caso y no generalizable, pero indispensable.
7. Hay un deterioro de la salud del médico familiar que llega a introyectar sentimientos de falta de efectividad. Su salud está descuidada llevando con frecuencia al síndrome de desgaste o fatiga laboral (Síndrome de Burnout).
8. Los estudios transversales constituyen más del 90% de la producción científica en medicina familiar, no obstante que su valor pronóstico es casi nulo; esta situación le ha restado credibilidad a nuestra especialidad frente a las especialidades clínicas que hacen estudios de cohortes, y ensayos clínicos de intervenciones con fuerte valor predictivo.

9. La cualidad *sine qua non* del médico familiar debe ser una enorme capacidad reflexiva. Reflexionar sobre su práctica, sus fortalezas, sus debilidades, la investigación que realiza, la forma como se siente. Este Foro ha sido un hermoso ejemplo de reflexión colectiva de los médicos familiares de habla Castellana.

Propuesta

1. Mantener permanentemente un **Foro Latinoamericano de Investigación en Medicina Familiar**, para asesorar a investigadores interesados en esa área y para continuar la discusión e intercambio de experiencias, que de lugar a la formación de un *Grupo Latinoamericano de Investigación en Medicina Familiar*.
2. Identificar médicos familiares e Instituciones interesadas en la investigación en nuestro campo y financiamiento de la misma .
3. Se planteó el deseo (con amplia aceptación) de realizar **Un Primer Congreso Latinoamericano Sobre Investigación en Medicina Familiar**.
4. Se propuso el rescate y enfoque a fondo de la investigación clínica, se reconoció que sus raíces pueden rastrearse en varios siglos de *práctica generalista* la cual se constituye en el centro de la práctica de la medicina familiar. La orientación central sería: la búsqueda del valor pronóstico de nuestra observación clínica a largo plazo.
5. Se debería impulsar la capacitación a través de cursos de investigación en medicina familiar tanto con modelos cuantitativos como cualitativos. Los cursos a distancia son una estrategia viable; y deben ser no sólo sobre diseño de investigación; sino que se debe enseñar a observar y a formular preguntas científicas, sin ello la técnica tendría eficacia muy limitada.

6. Se planteó la idea de llegar a realizar estudios multicéntricos en nuestra región.
7. Se proyectó la publicación en Castellano, de dos editoriales torales en la investigación de nuestro campo, se trata de dos trabajos del médico familiar y filósofo de la medicina familiar: **Ian R McWhinney**.
8. Crear una lista de temas prioritarios o relevantes, que deberán partir de la realidad de cada país o región de cada país.
9. Se propuso la revisión de los programas de la residencia de medicina familiar incluyendo sus actividades teóricas y prácticas, con un sentido humanista y científico. Se debería abandonar que el modelo Flexneriano sea la norma "exclusiva" en las políticas de formación de médicos. Es indispensable programar desde el primer año, el Método Clínico Centrado en el Paciente, y la Teoría de la Complejidad de Morin, así como la Epidemiología Crítica de Brehil. La buena investigación en medicina familiar dependerá de este marco de pensamiento que trasciende al modelo biomédico.
10. La fundación de una Maestría y un Doctorado en Medicina Familiar daría un gran impulso a nuestra disciplina; formaría científicos hábiles en la obtención de conocimiento cuanti y cualitativo.
11. Los residentes de medicina familiar deberían alcanzar habilidades de lectura crítica en el primer año de la residencia, realizar un protocolo de investigación en el segundo año, y publicar o presentar su trabajo en Congresos al tercer año. Se reconoce que este planteamiento tiene el riesgo de estimular a presentar estudios transversales por el poco tiempo que estos requieren.
12. Los residentes piden que la información durante su formación sea graduada y con un enfoque holístico -no "de un solo golpe"-.

13. Enseñar al residente a reconocer las emociones de sus pacientes (transferencia) y reconocer sus propios estados de ánimo es parte nodal de su educación y su mejor herramienta clínica a corto y largo plazo.
14. Una tarea del Foro, será la de auxiliar a los investigadores para que corrijan lo más posible su proyecto o manuscrito final con la finalidad que pueda ser publicado. El Foro deberá ser sensible al nivel de desarrollo de cada investigador.
15. Toda la discusión dada en los 11 días del Foro, quedó guardada en un "Diario de Debates" el cual está constituido por un documento de 81 páginas.



CONFERENCIAS MAGISTRALES Y CONFERENCIAS

Conferencia

Análisis cualitativo sobre la aplicación del genograma en un grupo de residentes de medicina familiar de México
Ramírez de la Roche Omar Fernando, Toledo García José Antonio, Quiroz Pérez José Rubén, Baillet Esquivel Laura Eugenia, Urbina Méndez Ricardo, González Salinas Consuelo.

Profesores del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México.

La presente es una investigación cualitativa con el esquema propuesto de Miles y Huberman, aplicamos un instrumento con 4 preguntas abiertas sobre la opinión de 130 residentes de los tres años del curso de Medicina Familiar que asistieron a la aplicación del examen: Evaluación Integral de Competencias Clínicas (EICC) entre octubre y noviembre de 2006; el objetivo es describir y analizar la opinión de este grupo de médicos en México D.F., sobre: conocimiento,

utilización; tiempo invertido y requerido para enseñanza y aprendizaje del genograma. Los resultados de este trabajo establecen la necesidad de conocer la vida cotidiana de los residentes a través del análisis de su discurso porque refleja la percepción del entorno laboral, familiar, educativo y permite buscar las maneras de mejorar la eficacia del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Conferencia Magistral

Asma: abordaje integral
Laura Eugenia Baillet Esquivel.

Profesora del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar desequilibrio emocional y descompensación del estado de salud. La vivencia de problemas familiares precipita respuestas de estrés, entre las cuales se encuentra el descontrol de la enfermedad crónica o su inicio. La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, se reconoce que ésta ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La Familia R.L originaria de México D.F, esta constituida por Guillermo de 31 años, profesión Abogado, trabaja como empleado federal y como profesor en Universidad privada así como en su despacho, Karla 25 años dedicada al hogar, estudio Licenciatura en Administración de Empresas, Arantza 6 años 3/12, paciente con asma bronquial desde los 3 años de edad, acude a la escuela con su hermana Regina de 3 años 9/12 de edad. Arantza se le diagnosticó asma bronquial desde los 3 años de edad con 10 a 12 cuadros de agudización al año, teniendo que acudir al servicio de urgencias, enviada por su médico familiar, el cual decide intervenir con un abordaje integral a la familia en la fase I-II-III-IV de Doberty y Baird. Se planteó la posibilidad de realizar el estudio en la familia, Contrato Terapéutico, Historia Clínica. Se dio una explicación sobre las características de la enfermedad, los factores desencadenantes y psicológicos presentes en ella (Arantza), se identificaron factores de riesgo. Encontrando situación familiar Guillermo con asma bronquial, tabaquismo +++, depresión moderada,

mala comunicación con Karla, estrés no normativo. Karla con Asma bronquial, tabaquismo +++ desde hace más de 10 años, lo dejó (por el internamiento de Arantza) y actualmente fumadora pasiva, mala comunicación con Guillermo y su familia (suegros), estrés no normativo. Regina antecedentes hereditarios de asma bronquial, fumadora pasiva, estrés generado por los conflictos familiares. Estableciendo diagnóstico integral: Asma en tres integrantes de la familia, tabaquismo de los padres, depresión del padre, estrés normativo y no normativo. Posterior a aplicar los instrumentos de funcionalidad familiar se encontró: APGAR Familiar-Disfunción Moderada, Inventario Conyugal de Norton-Familia Funcional, Virginia Satir - Familia Funcional, Test de Zung (padre) _ Depresión Moderada, Escala de Holmes _ Crisis Severa. Crisis familiares: Embarazo no planeado sin enterar a los padres - ruptura de relación familiar - ir a vivir a la casa de los suegros - 2º embarazo no planeado - carencia de casa propia - renta de casa - dificultades económicas - asma bronquial en tres integrantes de la familia - enfermedad de Arantza. En cuanto a la tipología familiar: Extensa, tradicional, urbana, estrato medio e integrada. Ámbito social: Ingreso familiar \$ 8,000. Vivienda propiedad de los padres de Guillermo, la propia se encuentra en construcción en el mismo terreno. Alimentación "libre de de alérgenos". Las funciones de la familia se llevan a cabo. Se efectuó verificación de modificaciones, se confirma que la familia cuenta con recursos para salir de las crisis.

Conferencia Magistral

Biotransformación de los fármacos

Arturo Islas Guerrero

Especialista en Medicina Familiar. Director de la Unidad de Medicina Familiar N° 20, Cuernavaca, Morelos; México. Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Estatal Morelos, México.

Las características lipófilas de los fármacos facilitan el paso de los fármacos a través de las membranas, para la excreción requiere transformarse en productos más hidrófilos para su eliminación renal. Las reacciones de biotransformación se clasifican de acuerdo con su funcionamiento: Fase 1: de funcionamiento. Fase 2: de biosíntesis. Factores que afectan la biotransformación. Factores genéticos. Polimorfismo en reacciones de oxidación y reducción. Factores ambientales. Factores fisiológicos (edad, sexo, estado de salud, etc.). Inducción: Se refiere a la síntesis de más o menos proteínas citocromo P450, determinado por el contacto por uno o más fármacos, el contacto con agentes ambientales puede modificar la tasa de inducción afectando la biodisponibilidad del fármaco. Inhibición: Ciertos medicamentos pueden bloquear la acción de las enzimas de biotransformación, ocasionando mayor concentración del fármaco original y prolongación de los efectos así como mayor riesgo de intoxicación medicamentosa. La competencia de dos o más fármacos por el sitio de unión de una misma enzima puede disminuir el metabolismo de uno o de

ambos agentes con base a las concentraciones relativas de cada sustrato y sus afinidades con cada enzima. Ejemplo: la oxidación de la citocromo oxidasa por la quinidina, es clínicamente importante por la inhibición competitiva con la cimetidina, ranitidina, itraconazol y el ketoconazol, inhiben el mecanismo oxidativo para formar un enlace fuerte con el hem. Polimorfismos genéticos. Las diferencias genéticas entre los diferentes individuos de una población en cuanto a su capacidad de biotransformar un fármaco específico por una vía en particular. Los fármacos que utilizan la N-acetilación de la isoniazida. Otros son la hidralazina la procainamida, dapsona y cafeína. Existen pruebas bioquímicas de que una proteína funcional hace que algunos grupos raciales se comporten como acetiladores lentos. El 50% de las personas de raza blanca y negra, 60% de los europeos y 10% de asiáticos poseen esta característica. Con mayor frecuencia se observan en el mecanismo oxidativo, por deficiencia de la actividad de las hidrolizas.

Conferencia

Características del Síndrome de Burnout en un grupo de médicos mexicanos del primer nivel de atención

Dickinson Bannack ME, González Salinas C, Fernández Ortega MA, Palomeque Ramírez P, González Quintanilla E, Irigoyen Coria A, Hernández Vargas I. *Profesores del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México. eloisa_dickinson@yahoo.com.mx*

El síndrome de Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, particularmente quienes ejercen profesiones de ayuda (médicos, enfermeras, profesores) y que han puesto expectativas y dedicación excesiva a su trabajo. Desde el punto de vista epidemiológicos los aspectos que se describen en la literatura con respecto a características sociodemográficas y laborales que se han relacionado con la aparición del síndrome presentan resultados contradictorios. También el género, estado civil y nivel asistencial han sido invocados como factores que afectarían al desarrollo de burnout en médicos y enfermeras, pero aún no queda claro en la literatura. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia y distribución del síndrome en médicos de primer nivel de atención y su asociación con el rol de género. Se realizó un estudio descriptivo observacional, de corte transversal en el primer nivel de atención en dos instituciones de seguridad social, a través de un muestreo probabilística se seleccionaron 18 unidades. RESULTADOS: Se identificó una frecuencia de Burnout del 12.8% sin relación significativa con el sexo en el análisis global y en el estratificado. Se identificó que el trabajar en una de las dos instituciones, incrementaba

la probabilidad de desarrollar el Síndrome, con una RM= 2.1 con IC al 95% 1.17 – 3.76 p= 0.008. De las dimensiones que componen el síndrome las más afectadas en cuanto a sexo, fueron el cansancio emocional en mujeres y la despersonalización en hombres. El tener que reducir los horarios de trabajo por atender a la familia también se identificó como factor de riesgo, y las dimensiones que más se afectaron fueron Logros personales y cansancio emocional con RM de 4.41 y 2.34 respectivamente. Vivir en pareja se identificó como un factor de protección RM= 0.42 IC95% 0.25-0.72 p= 0.0006, sin embargo el tener una mala relación con la pareja se convierte en un factor de riesgo con RM= 4.27 e IC 95% 1.76 – 10.46 p= 0.0001. CONCLUSIONES: La frecuencia de Burnout no presentó diferencias significativas entre hombres y mujeres, pero si hay una relación significativa con las características de rol de género que culturalmente se le ha asignado a la mujer. La dimensión que más contribuyó al síndrome en las mujeres fue el cansancio emocional, en los hombres la dimensión más alterada fue la de despersonalización.

Conferencia Magistral

Como se puede prevenir el “Burnout” docente en medicina de familia

José Saura Llamas

Técnico de Salud. Médico de Familia. Servicio Murciano de Salud. Unidad Docente de la GAP – Murcia, España.

El síndrome de *burnout* o del profesional quemado es un problema muy importante entre los médicos de familia por su alta prevalencia y por las repercusiones de todo tipo que tiene sobre los propios profesionales, sobre los pacientes y sobre el sistema de salud en general. De un 15 a un 35 % de los médicos de atención primaria están quemados (según las estadísticas más optimistas), y todos conocemos a nuestro alrededor algún médico de familia quemado. Sería la última fase de un proceso que iría de un profesional muy satisfecho hasta un profesional muy insatisfecho. EL BURNOUT DOCENTE (“TEACHER BURNOUT”) Es un fenómeno conocido y temido entre los profesionales de la docencia y profesores, se menciona habitualmente como estrés docente y está reconocida como una enfermedad profesional. Aunque en la formación de adultos en un problema menos importante. Los médicos de familia venimos formando residentes EN España desde hace mas de 25 años, y a lo largo de ese periodo de tiempo hemos adquirido un enorme bagaje docente en experiencias y metodología. Pero desde hace unos pocos años se viene detectando el abandono de esta actividad docente por muchos y valiosos tutores,

probablemente porque no encuentran motivaciones y estímulos suficientes o porque se han quemado para esta actividad. La pérdida de un creciente número de tutores puede llegar a ser un gran problema tanto cualitativa como cuantitativamente, sobre todo ahora que tras la aprobación del nuevo programa docente que amplía el periodo formativo a 4 años, se necesitan más tutores. Un médico de familia quemado no puede ser docente, pues más que formar al residente puede deformarlo. Además los tutores que aún siguen siéndolo deben conocer este problema y las posibles medidas que pueden tomar para prevenir su aparición, para seguir siendo buenos docentes. Aunque sería deseable, no es esperable, que las instituciones responsables pongan en marcha actividades para afrontarlo, el colectivo de los docentes de Medicina de Familia probablemente deba tomar la iniciativa, tratando de responder a las siguientes cuestiones: ¿Existe el *burnout* docente?: ¿Tiene características comunes y otras diferentes al compararlo con el *Burnout* general?: ¿Cuáles son sus motivos y causas?: ¿Qué medidas se pueden tomar para evitar su aparición?: ¿Qué actividades se pueden poner en marcha para recuperar a los tutores quemados?

Conferencia Magistral

Componentes que integran el sistema de creencias del docente

Ileana Petra Mícu

Médico Psiquiatra. Coordinadora de Enseñanza del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Concepto: Es la manera en que el individuo desarrolla su relación con el medio en que vive, a través de la experiencia y la formación de conceptos que regirán su forma de evaluar, comprender y analizar subjetivamente lo que sucede a su alrededor. Se forma a partir de diversos elementos conformadoras presentes a través del contacto con maestros a lo largo de la vida y que son: 1. Elementos cognitivos. 2. Elementos de la plasticidad cerebral. 3. Elementos afectivos. 4. Elementos conductuales. 5. Elementos filosóficos. 6. Elementos experienciales. Se presenta desde el momento en que un individuo “percibe” lo que sucede a su alrededor. El conocer como son los profesores, desde sus movimientos, actitudes, expresiones emocionales, etc. EL ELEMENTO AFECTIVO DE LAS CREENCIAS: Se refiere a las emociones que se despiertan en un estudiante al establecer con los docentes una relación dependiente de las experiencias y el manejo de la autoridad. Produce huellas favorables o de repudio, y en la mayoría de las ocasiones sentimientos de ambivalencia hacia la docencia y el docente. Viviendo simultáneamente lo admirable y lo detestable del profesor, lo respetuoso y lo irrespetuoso, la dependencia o la libertad que otorgan. COMPONENTES QUE INTEGRAN EL SISTEMA DE CREENCIAS DEL DOCENTE. La fantasía persiste toda la vida, con frecuencia puede ser tan real que convierte una ilusión en una realidad objetiva sin serlo. Así el

profesor que cree que por el sólo hecho de estar dando clases es bueno, poco a poco se lo va creyendo; llega a considerar que su cátedra es adecuada y no le quedan dudas que sus alumnos también lo consideran así, aunque no cuenta con argumentos “objetivos” para sostener esa creencia. Investigación: Al analizar los factores de no acreditación referidos por alumnos de 3 asignaturas, 16.46% de un grupo y el 31.89% del otro señalan como causa importante que el profesor no posea la capacidad de transmitir la información (aburrido, ignorante, repetitivo, inentendible), en segundo lugar la irregularidad de su asistencia y en tercer lugar la mala relación profesor-alumno (angustia, culpa). La imagen que desarrolla el profesor de sí mismo. Está basada en la visión física y psíquica y constituye su carta de presentación ante los demás. El profesor que está a disgusto con su autoimagen, ve reflejado en el alumno sus miedos y necesidades de adaptación. COMPONENTES QUE INTEGRAN EL SISTEMA DE CREENCIAS DEL DOCENTE: El sentir que puede parecer débil ante sus alumnos, puede llevarlo a actuar en forma altiva, agresiva u autoritaria. El sentir que es irresistible puede llevarlo a actuar como un Don Juan, como un individuo superior que ver a los alumnos como inferiores, etc. El sentir que físicamente es desagradable, puede llevarlo a sentirse menos y ayudando a los alumnos para que lo acepten.

Conferencia

Condiciones de Desarrollo del Seminario de Investigación en el Curso de Especialización en Medicina Familiar: el caso de México **Raúl Ponce Rosas, Francisco J. F. Gómez Clavelina, Felipe García Pedroza, Arnulfo E. Irigoyen Coria** *Profesores del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.*

En México, el Curso de Especialización en Medicina Familiar (CEMF) se lleva a cabo en sedes académicas (clínicas y centros de salud) de las principales instituciones del Sistema Nacional de Salud (IMSS, ISSSTE, SSA y organismos estatales de atención médica). En el programa académico del CEMF se incluye el Seminario de Investigación Médica, cuyo propósito es capacitar a los residentes para que realicen un trabajo de investigación que deberán presentar y aprobar para cumplir la totalidad de los créditos del curso. Muchos autores han reportado en estudios internacionales y nacionales diversos factores que dificultan la práctica de la investigación en el contexto de la atención primaria y la medicina familiar. Tales factores se han agrupado en diez áreas: Presión asistencial y falta de tiempo. 2. Falta de capacitación en metodología de la investigación. 3. Dificultades de financiamiento para la investigación. 4. Deficiencias estructurales y de organización para la investigación. 5. Escasa tradición investigadora. 6. Características y actividades de las unidades de primer nivel de atención. Factores relacionados con el modelo de atención médica. 8. Factores relacionados con el proceso de formación en tutoría para la investigación. 9. Falta de interés y motivación para realizar actividades de investigación. 10. Problemas en la calidad, continuidad, intensidad y ritmo de la tutoría en investigación. Los factores señalados han

propiciando que los trabajos de investigación resultantes, presenten serias deficiencias técnicas, metodológicas y éticas con la consecuente baja calidad en los trabajos de investigación y la disminución en la producción científica que apoye el acervo de conocimientos que retroalimentan a la disciplina. Conclusiones: Existe la percepción de la necesidad de capacitación de los profesores titulares en metodología de la investigación. Casi la totalidad de los profesores están dispuestos a recibir capacitación en línea. El desarrollo de investigaciones actuales hechas por los profesores es ligeramente mayor que los que no lo hacen (52 vs 48 %), sin embargo, el impacto de esta actividad se refleja negativamente en las publicaciones realizadas en los últimos 5 años. En las unidades académicas existe una infraestructura adecuada. Las carencias de equipo y servicios de comunicación son mínimas para desarrollar cursos en línea. La información obtenida permite concluir que en las unidades académicas es posible ofrecer capacitación en metodología de la investigación en la modalidad a distancia. Así mismo, habrá congruencia entre las condiciones e infraestructura de las unidades académicas para la adecuada planeación del diseño instruccional, materiales didácticos y procedimientos de comunicación mediada.

Conferencia Magistral

Constructivismo y enseñanza de la medicina familiar **Carmen García Colorado**

Técnica Académica Titular A, Tiempo Completo. Dirección General de Bibliotecas. Universidad Nacional Autónoma de México.

La medicina familiar, como teoría conformada por conocimientos provenientes de las ciencias naturales y de las sociales y como práctica con niveles de incertidumbre producto de su complejidad, debe ser pensada constantemente en su nivel epistemológico en la formación docente. Es función del docente ayudar en la movilización de las estructuras de los alumnos con el fin de que sustituyan ideas del sentido común y prejuicios por las mejores explicaciones que proporcione la ciencia, al tiempo que él aprende de los alumnos. Es papel del profesor ayudar a producir el cambio conceptual en el grupo. Las ideas de los estudiantes acerca de un objeto de estudio deben ser trabajadas en el aula en el mismo nivel que las del docente, considerándolas no en función de quién las dice, sino de la argumentación que las sostiene. El

intercambio de opiniones no es una manera de acordar o evidenciar errores, sino la materia de trabajo para el cambio conceptual a través de la puesta a prueba de las ideas. La enseñanza debe incluir la reflexión sobre la naturaleza del conocimiento, en particular el que se enseña (Medicina familiar). Los alumnos deben recibir y aportar explicaciones diversas para un mismo problema. La argumentación grupal, por lo tanto forma parte esencial del proceso. El proceso de cambio conceptual o aprendizaje consiste en la constante movilidad de las ideas, su cambio de estatus, su enriquecimiento y reconfiguración, en función del análisis constante de diversas posturas en torno a un objeto.

Conferencia Magistral

Disciplina y práctica de la Medicina Familiar-Reflexiones para las nuevas experiencias

Dr. Miguel Suárez Bustamante

Profesor de la Residencia en Medicina Familiar de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Av. Honorio Delgado 430, Urb. Ingeniería, S.M.P. Lima - Perú.

Toda Especialidad requiere: Un Objeto-Sujeto de Trabajo (P.ej. Para la cardiología, el Corazón; para el Neurólogo, el Sistema Nervioso, etc.). Una disciplina o cuerpo de conocimientos (P.ej. Para la Nefrología: la Patología e Imagenología del Riñón, Terapéutica, Diálisis, etc.). Un modo de actuar o "Practice": (P.ej. Para Cirugía: Cirugía de día, UCIQ, etc.). La medicina Familiar no es la excepción. Diferenciar la disciplina, de carácter universal, del "Practice" que es de concepción más local. Objeto-Sujeto de Trabajo de la Medicina Familiar : Espacio: El Ámbito de la Atención Primaria de Salud (Primer y segundo nivel de atención). Tiempo-Evento: Los problemas más prevalentes (de mayor frecuencia en la población). Persona: La persona en el contexto de su familia y su comunidad. "SOMOS ESPECIALISTAS EN TL..." La Medicina Familiar aborda: El 10-30% de los problemas y diagnósticos más frecuentes relacionados a cada órgano. Las relaciones entre ellos, esto es, lo que configuran a la persona como un

ser íntegro, y a sus vínculos con familia y comunidad. La disciplina de la Medicina Familiar es universal, puede ser reforzada o levemente modificada en aspectos específicos para cada realidad, pero no puede ser deconstruida y reconstruida para cada país o situación específica. Independientemente de cómo se construya la práctica de la Medicina Familiar para cada país, es importante que la disciplina de la Medicina Familiar sea impartida a uniformemente para permitir su posterior adaptación. A diferencia de la disciplina de la Medicina Familiar, la práctica de la Medicina Familiar puede variar enormemente para cada país, dependiendo de los recursos con los que se cuenta y el tipo de sistema de salud. No obstante, esta práctica idealmente debe siempre responder a los criterios y atributos de la Atención Primaria propuestos por la Dra. Starfield, que fielmente reflejan los ideales de la Medicina Familiar, para los sistemas de salud en los que debe desarrollarse.

Conferencia Magistral

El médico familiar y la salud del migrante interno

Miguel Ángel Suárez Cuba

Médico Familiar. Docente instructor de la Residencia en Medicina Familiar Universidad Mayor de San Andrés y Caja Nacional de Salud. La Paz Bolivia.

La migración interna en las últimas décadas ha sido importante por pobreza, mejores oportunidades de trabajo, y calidad de vida; hace más susceptible a enfermedades de tipo biológico, psicológico, social, cultural-espiritual. Los migrantes perciben la salud = ausencia de enfermedad, buena salud = buen estado de ánimo, enfermo = un estado delicado, y enfermedad grave = el no poder trabajar. Clasifican las enfermedades en función a si deben ser atendidas por el "curandero" (susto, brujerías), tradicionales y no tradicionales por el médico (resfriados, tuberculosis); condicionando su propio itinerario terapéutico que va desde el autodiagnóstico, la familia, los amigos, la iglesia, el curandero y el médico. Las barreras de acceso a la

salud pueden ser económicas, geográficas, socio-laborales, culturales, idiomáticas, trato humano. Los grupos étnicos tienen los peores indicadores de salud, y educación, su desarrollo humano se ha visto postergado desde siempre. El rol del médico familiar/general al conocer y respetar los aspectos de multiculturalidad, medicina tradicional, cumple con parte de los principios de la medicina familiar, mejora la relación médico paciente y práctica de la salud del migrante. Se debe introducir en el pregrado, postgrado y educación médica continua, conocimientos sobre la concepción de salud que tienen estas personas sin arrogancias.

Conferencia Magistral

Enseñando Medicina Basada en Evidencias a los Residentes de Medicina Familiar

Dr. Miguel Suárez Bustamante

Profesor de la Residencia en Medicina Familiar de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Av. Honorio Delgado 430, Urb. Ingeniería, S.M.P. Lima - Perú.

La Medicina Basada en Evidencias (MBE) y su mayor herramienta analítica, la Epidemiología Clínica, son metodologías que pueden tener gran utilidad para el médico familiar, al permitirle una vía sistematizada y objetiva. Es importante ayudar a los residentes de Medicina Familiar a que apliquen esta herramienta rutinariamente, para que luego su aplicación pueda ser parte de su vida cotidiana. Debemos estar atentos a las bases sobre las que se toman nuestras decisiones: ¿Creencias? ¿Recuerdos vagos? ¿Lo que he visto que funciona? ¿Lo que hacen los colegas?. Compromiso con el cambio de paradigma. Detrás de una decisión hay una duda clarificada. Una pregunta respondida. Una vía escogida de entre diversas opciones. Los residentes de Medicina Familiar deben ser concientes de las preguntas que se formulan para tomar sus decisiones en la práctica clínica: ¿Lo que tiene el paciente puede clasificarse como el problema A o B? ¿Cuál es la probabilidad, basado en mi conocimiento acumulado, de que sea A o B? ¿Cuánto debo invertir para esclarecer la duda?; ¿Por qué ocurre este problema del paciente?; ¿Cuál es la mejor opción que debo escoger de entre una

serie de opciones, para un examen complementario o una alternativa terapéutica?; Como enseñar la MBE a los residentes de Medicina Familiar. Enseñarles a partir de situaciones clínicas concretas. 1. Enseñarles a formular una pregunta que se pueda responder a través de una búsqueda. -Ser específico y preciso. 2. Enseñarles a buscar la mejor evidencia de manera eficiente.-Fuentes de literatura primaria. - Fuentes de literatura secundaria pre-evaluada. 3. Enseñarles a desarrollar una valoración crítica. 4. Enseñarles a aplicar la nueva evidencia obtenida (junto a nuestro juicio clínico) para mejorar el resultado de la atención a nuestro paciente. **Porque emplear la MBE:** Beneficios para el paciente (menores riesgos) y el sistema de salud (gastos). Mayores opciones disponibles entre exámenes o tratamientos. Bibliografía MBE c/ vez más disponible. Centrada en el Paciente. Nos ayuda a actualizarnos. **Porque no se emplea más la MBE:** ¡¡Falta de información; Barreras al cambio; Fuerte competencia a la atención!! (¿A quién no le conviene la MBE?); Presión para el accountability aún no es tan grande. Cuando se incrementa empuja MBE

Conferencia Magistral

Evitar errores en farmacoterapia de ancianos en atención primaria

Ismael Ramírez Villaseñor.

Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Farmacología. IMSS Guad. Jal. México Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Estatal Jalisco, México. Vicepresidente de la ALPMF. ismaelravi@gmail.com

La prescripción farmacológica en ancianos es fuente frecuente de daño evitable. Conocer las recomendaciones de grupos especializados en esa área es de utilidad para el MF. Conocer el nivel de función renal es muy útil y se puede obtener el dato con la creatinina sérica, peso ideal, y edad. Se puede tener preparada una hoja de cálculo como la mostrada a gusto personal, o ir al calculador de la NKF, se muestra que los resultados son similares. Medidas simples como un organizador de medicaciones pueden ser muy útiles. La consulta con centros especializados en Guías de Manejo Clínico pueden ser útiles, se muestra una. No obstante, nada suple al interés genuino por los pacientes que unido al Método Clínico Centrado en el Paciente logra racionalización importante de la farmacoterapia. Se ofrecen algunas fuentes prácticas para resolver dudas frecuentes en la prescripción farmacológica. Ocurren cada año en EUA 1.5 millones de eventos adversos a fármacos PREVENIBLES. Un tercio ocurren en > 65 años. El tratamiento cuesta: 887 MDD 35% de ancianos atendidos en consulta externa presentan EAF. 106,000 muertos al año, al costo \$ de 85 mil MDD (EUA). ¿Cómo se mide el sufrimiento? Sería la 5ª causa de muerte. Los fármacos *dependientes de eliminación renal* podrían acumularse: (aminoglucósidos, litio, digoxina, clorpropamida. Deberíamos calcular la función renal. Ya que a los 80 años con Cr= 1, se podría tener Clcr de 60 ml/min.. Jóvenes sanos 120 a 130 ml/min/1.73 m. Daño renal con VFG normal o aumentada cuando se encuentra en ≥ 90 mL/min/1.73. 2. Daño renal con disminución leve de la VFG 89 a 60 mL/min/1.73 m². 3. Disminución moderada de VFG 59 a 30 mL/min/1.73 m². 4. Disminución severa de VFG 29 a 15

mL/min/1.73 m² (se inicia la preparación para el reemplazo renal). 5. Falla renal <15 mL/min/1.73 m² (indicación de diálisis si hay uremia y el paciente acepta). Medicaciones de alta alerta: Epinefrina IV. Propranolol IV. Antineoplásicos. Soluciones hipertónicas. Digoxina, milrinona. Sedantes IV. Opioides IV. Succinilcolina. Trombolíticos. Amiodarona. Heparinas. Metotrexate, warfarina. *Medicamento Potencialmente Inapropiado (MPI)*. Criterios de Beers actualizados 2003. 1. MPI, independientemente de las enfermedades que tenga el paciente. 2. MPI, debido a las enfermedades del paciente. Estrategias para disminuir errores de prescripción en ancianos. A) Expediente "lista de problemas" enf. Críticas: DM, IRC, insuf hepática, enf. Psiquiátrica. Uso de tabaco y alcohol. B) Lista de los fármacos prescritos, de venta libre y suplementos. C) Verificar alergias (a medicinas u otros). D) Fuentes de consulta confiables. Guías escritas de dosis correcta y contraindicaciones. www.guideline.gov apoyos electrónicos. Indicar posologías simples, y ayudar con organizadores. Escribir con claridad Revisar el plan de tratamiento periódicamente. Considerar que los nuevos síntomas del paciente podrían ser por los fármacos que toma. PARA PRESCRIBIR ES NECESARIO: Conocer la entidad clínica. Conocer el fármaco. Conocer a la persona. (MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA). La efectividad del médico depende de: Su capacidad para entender el significado del síntoma o enfermedad para el paciente-familia y acompañarlo en un largo e incierto camino donde la confianza es TERAPÉUTICA. Medicina Centrada en la Persona NO EN LA ENFERMEDAD.

Conferencia Magistral

Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia

Miguel Ángel Fernández Ortega

Profesor y Jefe del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México. Presidente del Colegio Mexicano de Medicina Familiar AC.

Resulta muy importante determinar el grado de desorganización que el impacto de la enfermedad produce en la familia. La intensidad de la crisis en la familia depende de: el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar. Es imprescindible entender a la enfermedad como un proceso ligado a una persona, a una familia y a un entorno cultural. La enfermedad se encuentra basada en una historia personal y familiar y en la evolución futura de los seres cercanos al paciente enfermo. Principales síntomas familiares de desajuste por la enfermedad: Aislamiento y abandono (individual, familiar, y social). Conflicto de roles y límites. Conflictos de pareja. Desintegración familiar. Problemas económicos. Síndrome del cuidador. Dificultades de comunicación (la conspiración del silencio); culpa, negación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva, estrés crónico, enfermedades psicosomáticas y depresión. Surgimiento o complicación de enfermedades previas en los miembros de la familia. Conclusiones: Abordaje del paciente y su familia con enfermedad crónica o terminal. 1. Precisar el Diagnóstico de la

enfermedad y de la situación del ambiente familiar y social. Factores fundamentales: diagnóstico de certeza, personalidad del paciente y relaciones familiares. Abordaje del paciente y su familia con enfermedad crónica o terminal: ¿Cómo fue el manejo de las crisis familiares previas en la familia? ¿Cómo han funcionado las Redes familiares y sociales? ¿Existen problemas concretos y disputas familiares? 2 Información: Informar en un lugar tranquilo y sin prisa. No establecer plazos. De preferencia debe otorgarse gradualmente la información (genera una menor angustia). No eliminar la esperanza. Paciente y familia deben contar con la misma información. El compromiso fundamental es con el paciente. 3. Manejo: Educación del paciente y su familia en los cuidados del enfermo. Atender, vigilar y orientar en la evolución de la patología (Síndrome del cuidador). Atención multidisciplinaria al núcleo familiar. Vigilar la aparición de enfermedades en otros miembros de la familia. Evaluar, vigilar y apoyar el duelo.

Conferencia Magistral

Farmacología en ancianos (Prescripción farmacológica en ancianos)

Ismael Ramírez Villaseñor

Especialista en Medicina Familiar, Maestro en Farmacología. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, México. Vicepresidente de la ALPMF. ismaelravi@gmail.com

Esta presentación trata de abrir una discusión amplia de un fenómeno cada vez más frecuente en medicina de familia, prescribimos fármacos a sabiendas de que no son la parte sustantiva en la solución de problemas clínicos. La literatura de nuestra especialidad es abundante sobre los procesos que llevan al médico a la prescripción “reglas prácticas” del inglés *Rules of thumb*, que las hay adecuadas y algunas por completo en contradicción con el conocimiento actual. La ansiedad se enmascara con diversos sedantes, la bronquitis no mejora con antimicrobianos, la tendinitis y sinovitis no se curan con antiinflamatorios, las “somatizaciones” entre otros no se curan con fármacos y requieren enfoques mente-cuerpo. Se enfatiza que las personas nos curamos con la historia natural del padecimiento, por el efecto inducido por la personalidad del médico y las expectativas del médico (el difuso concepto de efecto placebo) y la acción específica de la sustancia química utilizada (o intervención física en su caso). El la práctica clínica el efecto placebo siempre está presente como se

ilustra. Se destaca la enorme relevancia que tiene que el médico familiar busque información farmacológica con variables centradas en el paciente (calidad de vida, mejoría de la función, reducción del número de infartos etc.) y preste poca atención a variables centradas en la enfermedad (reducción de colesterol, modificación de moléculas inflamatorias) y tome muy poco en cuenta experimentos en animales, o en medios *in vitro*. Se busca mostrar la importancia vital de la información centrada en el paciente POEMS (Patient Oriented Evidence That Matters) que es capaz por si misma de cambiar la conducta clínica en medicina familiar. Se toca ligeramente la inconveniencia de usar fármacos nuevos en la gran mayoría de las situaciones comunes. Se dan una serie de ejemplos de POEMs recientes (se sugiere ingresar a la página Web de la WONCA para acceder este tipo de información). Se termina tratando de destacar la importancia de abordar los problemas clínicos en medicina familiar de acuerdo al Método Clínico Centrado en el Paciente.

Conferencia Magistral

Fundamentos de epidemiología clínica

Sergio Arturo Juárez Márquez

Coordinador Delegacional de Investigación en Salud, Morelos, México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Preguntas a resolver: ¿Quién la propone?; ¿Qué es?; ¿Para quién?; ¿Cómo se utiliza?; **¿Quién la propone?** ; ¿Qué es?; ¿Para que sirve?; ¿Para que sirve? Mejorar el Método clínico. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Pacientes individualizados, práctica médica diaria. ¿Para quién?; ¿Cómo se utiliza?; Epidemiología Clínica. Concepto de David L Sackett “*the application, by a physician who provides direct patient care, of epidemiologic and biostatistical methods to the study of diagnostic and therapeutic processes in order to effect an improvement in health*” (*La aplicación, por un médico que otorga atención médica directa a un paciente, de los métodos epidemiológico y bioestadístico para el estudio de los procesos de diagnóstico y tratamiento en forma ordenada para mejorar la salud*. Robert H Fletcher, formuló algunas preguntas que tienden a estimular la reflexión en la práctica cotidiana. Identificó la necesidad de contestar en forma más precisa y cuantitativa los cuestionamientos clínicos que plantean los pacientes. EN RESUMEN ESTOS AUTORES PROPONEN QUE ES UNA DISCIPLINA QUE SE BASA EN: El uso de

los Métodos: Epidemiológico, Estadístico, aplicados en el ámbito clínico. La atención de un Paciente individual . El enfoque de la Multicausalidad. Ser desarrollada en el Contexto del paciente. Utilizar como objeto de estudio al Proceso Salud Enfermedad y su atención por el médico. **¿Para que sirve?** El concepto de capacitación continua en el ejercicio se fortalece con la propuesta del uso de las publicaciones: **Como leer revista médicas** Departamento de epidemiología Clínica - Universidad de Mc Master : Porque y como Leer, Aprender de una pruebas diagnósticas. Mejorar el curso clínico y pronóstico de la enfermedad. Establecer etiología o causalidad. Identificar utilidad de tratamiento. **¿Para quién?** MÉDICOS FAMILIARES QUE DESEEN MEJORAR LA APLICACIÓN DEL METODO CLÍNICO EN LA ATENCIÓN A SUS PACIENTES. **¿Cómo se utiliza?** En la práctica diaria, sistematizando: La atención del paciente. El registro de cada atención. El cuestionamiento del desempeño. **¿Cómo se utiliza?** En la práctica diaria, sistematizando: La atención del paciente. El registro de cada atención y el cuestionamiento del desempeño.

Conferencia Magistral

Grado de Satisfacción Laboral en Médicos de la delegación de Querétaro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

María Magdalena del Sagrado Corazón Villagómez Amescua.

Coordinadora de Educación e Investigación en Salud Unidad de Medicina Familiar número 9 IMSS. Querétaro, México.

Porter y Lawler plantean que la satisfacción es el resultado de la motivación con el desempeño del trabajo (grado en que las recompensas satisfacen las expectativas individuales) y de la forma en que el individuo percibe la relación entre esfuerzo y recompensa. El modelo plantea que los factores que inciden directamente sobre la satisfacción son las recompensas intrínsecas (relaciones interpersonales, autorrealización, etc.); y el nivel de recompensa que el individuo cree que debe recibir. Se elaboró una encuesta de 25 preguntas tipo Likert y 5 abiertas y se aplicó a 265 trabajadores del IMSS de diferentes ramas: (72 Médicos, 56 asistentes médicas, 27 enfermeras y 77 administrativo y 22 de categoría no conocida), de ahí se seleccionaron las preguntas que eran útiles para evaluar a los médicos y las dimensiones que querían ser evaluadas, se consultó con especialistas en elaboración de encuesta y en motivación y satisfacción. Se eliminaron las preguntas que no llenaron los criterios de validez y confiabilidad, efectuando los cambios necesarios para conformar las dimensiones exploradas. Se calculó el poder discriminativo con la prueba de Student y el método de mitades por la prueba t de Pearson, obteniendo una confiabilidad de 0.66 y corregida con la prueba de Spearman Brown obtuvo una confiabilidad de 0.79. La satisfacción laboral global disminuyó a través del tiempo y la satisfacción global baja aumentó. Al analizar las cinco

categorías la muy alta se incremento a expensas de la alta y los de satisfacción baja se incrementaron a expensas de los intermedios. La dimensión de logro es la mejor percibida sin embargo disminuyó a través del tiempo a 76.3% siendo en la única que se aceptó la hipótesis en la categoría de médicos familiares. El reconocimiento siendo la mas mal percibida es la que aumentó a través del tiempo a 43.5% excepto en los médicos no familiares. La capacitación general disminuyó discretamente quedando en 41.9%, se incremento en médicos familiares y de confianza. Es evidente que el tipo de categoría y la contratación institucional de los médicos influye mucho en la percepción de su satisfacción. Los médicos de confianza aumentaron su satisfacción global a través del tiempo al 100% al igual que las dimensiones: logro 100%, el reconocimiento es del 87% y la capacitación 78.9%. Los médicos familiares presentaron una pequeña disminución en la satisfacción laboral global sin embargo todas las dimensiones se incrementaron, logro a 97.6%, el reconocimiento a 67.6% y capacitación a 66% a través del tiempo. Los médicos no familiares una importante descenso de la satisfacción global de 74% a 52% a través del tiempo, disminuyendo todas las dimensiones logro a 78.8%, reconocimiento a 47% y capacitación a 34%.

Conferencia Magistral

Infidelidad Conyugal: Consideraciones Teóricas de utilidad Clínica

José Rubén Quiroz Pérez

Profesor y Coordinador de Evaluación del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La infidelidad es un hecho que se presenta con frecuencia; y si bien existen muchos estudios estadísticos sobre ella, todos los resultados son diferentes y tienen grandes sesgos, quizá ello se explique por lo que representa la confesión de este hecho. En las culturas agrícolas en las que se da el patriarcado, la infidelidad únicamente es para las mujeres, ya que en los hombres se consideraba como tal, únicamente cuando tienen relaciones sexuales con la esposa de otro hombre; de hecho estas culturas han sido tan determinantes para la humanidad que los hebreos inventaron "el pecado del adulterio". Mitos a combatir: "todo el mundo es infiel"; "es un comportamiento previsible y normal"; "son más las personas fieles, que las que no lo son"; "La persona con la que se mantiene el amorío es sin duda más sexy que la pareja"; "El amorío debe achacarse a la persona engañada, ya que demuestra que éste le ha fallado en algún sentido a la pareja infiel, obligándolo a ir en busca de esa relación"; "Frente al descubrimiento del amorío de la pareja, lo mejor es simular que uno no sabe nada, para evitar así una crisis".

Definiciones: Es una falta a las reglas explícitas e implícitas que se han acordado entre la pareja; y que transgrede al compromiso, a lo establecido como permitido y prohibido dentro de su relación. Conducta de uno de los integrantes de la pareja, motivada por diversos factores tanto cognitivos y afectivos como conductuales, que incluye a un tercero en una relación que debe ser eminentemente diádica, en la cual se rompe un compromiso de exclusividad, en una relación estable de por lo menos un año. Otros la conciben como una de tantas modalidades del matrimonio, en parejas que están de acuerdo en cambios de parejas sexuales o en aceptar el idilio del cónyuge con otra persona. Pero para otros es una forma de patología personal, que es la simple expresión exterior de la inmadurez, la actitud posesiva y la inseguridad. Para otros es una forma de patología personal, que es la simple expresión exterior de la inmadurez, la actitud posesiva y la inseguridad.

Conferencia

Intervención Breve: Para reducir la Morbilidad y Mortalidad por Alcohol en Atención Primaria

Sylvia Shellenberger, PhD ; Paul Seale MD, **Esteban Lucas Figueroa.****

*Psicóloga y Profesora. **Médico de Familia y Profesor Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Universidad de Mercer EEUU.**
Médico de Familia Plan de Salud – Hospital Italiano Buenos Aires, Argentina.

La Intervención breve (IB) es una herramienta útil para solucionar los problemas derivados del uso de alcohol. Aunque hay estudios que muestran que la intervención funciona para reducir el consumo problemático de pacientes aun a los 12 meses, y la US Preventive Services Task Force recomienda el screening y la intervención, muchos médicos no lo hace. En la presentación describimos los pasos de pre-screening, screening, y la intervención breve. A la misma vez, explicamos por que es necesario trabajar en equipo y tener un sistema de trabajo para identificar a los pacientes en riesgo e implementar la intervención breve. *Objetivos:* Conocer la IB como herramienta útil para solucionar el problema derivado del uso de Alcohol (OH). Entender por que es necesario trabajar en equipo y tener un sistema de trabajo para implementar IB en OH. Describir los pasos de la IB. *¿Qué es IB?* Screening o Rastreo: Identifica a las personas que están en riesgo por su patrón de consumo de OH. Intervención – Método para aconsejar a los pacientes a lograr abstinencia, reducir su

consumo o mantener su límite de OH a niveles de bajo riesgo. Breve – 2 o 3 consultas de 10 min. *Por qué es importante?: Morbilidad y Mortalidad:* Los problemas con el Alcohol son la tercera causa de muerte prevenible en los EEUU (CDC), (76,000 muertes, o 5% de todas las muertes del 2001). Alcohol es la tercera causa prevenible de pérdida de años saludables, discapacidad y muerte en los países desarrollados (OMS). *Protocolos de intervenciones estándares:* Folleto Azul (Puntaje AUDIT 1-15). Bebedores Bajo Riesgo y en Riesgo. Consecuencias de beber limitadas o ninguna. Consejo de disminuir el consumo. Folleto Rojo (Puntaje AUDIT 16 o más). Consecuencias mayores/Posiblemente dependientes del alcohol. El enfoque es la abstinencia y la derivación. *Secretos para mejorar la intervención:* Use un estilo empático y no confrontativo. Enfaticé el riesgo individual del paciente. Respete la perspectiva del paciente. Evite etiquetar (use el termino “en riesgo”). Motive: “Ud. puede”; “No se rinda”.

Conferencia Magistral

La enseñanza del conocimiento básico integrado a la clínica

María Eugenia Ponce de León C.

Maestra en Enseñanza Superior, Profesora Titular de Tiempo Completo Definitivo de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

La Reforma de la Educación Médica surgida del Informe Flexner de 1908, en lo que respecta al currículo médico, estableció la necesidad de que los primeros años de la formación del médico fueran dedicados al estudio de las ciencias básicas y los dos siguientes al la clínica. Considerando con ello que las ciencias biomédicas proporcionaban los fundamentos con los que el conocimiento clínico se construiría. Sin embargo, a casi cien años de este Informe y cuando un alto porcentaje de los currículos en Medicina han mantenido esta estructura, encontramos una gran desintegración entre el arte y la ciencia de la Medicina. En donde los alumnos no logran entender cuál es la importancia de las ciencias básicas en la práctica clínica, ellos desean ser formados como médicos, pero los contenidos de las materias básicas parecen no tener relevancia para el manejo de los enfermos. En cuanto a los profesores, no logran establecer la correlación de los conocimientos básicos con los clínicos, se sienten frustrados por el desinterés de los alumnos hacia las materias básicas y los resultados de las evaluaciones los desmotivan. Con respecto a la enseñanza de las ciencias básicas encontramos que los contenidos son muy numerosos, muchas horas de

clase, las cuales son impartidas en algunas ocasiones por profesores no médicos, con contenidos irrelevantes para las necesidades del médico, enseñanza pasiva, que refuerza el recuerdo y no el entendimiento ni la integración del conocimiento, además de evaluaciones memorísticas, entre otras. Ante este panorama es importante cuestionarnos ¿son los contenidos de las ciencias básicas, elegidos para ser impartidos en los primeros dos años de la formación, los necesarios para construir los cimientos del razonamiento clínico?, ¿es conveniente mantener esta desintegración en pro de la estructura curricular tradicional? Investigaciones realizadas respecto al problema mencionado han demostrado que la enseñanza de las ciencias básicas no debe realizarse fuera del contexto clínico, por lo que es necesario establecer currículos integrados, en donde desde los primeros años el alumno entre en contacto con la clínica, para que la relacione con la ciencia básica a fin de integrar naturalmente a ambas. Para lo cual se sugieren algunas estrategias de enseñanza y organización curricular con las que se logra la integración básica-clínica y con ello se favorece el “*aprendizajes significativo*”.

Conferencia

La evaluación formativa del desempeño de los especialistas de medicina general integral como una forma de elevar la calidad de los servicios de salud

Carlos Felipe Domínguez Eljaiek*; Silvia Cruz Baranda; Eneida Matos Hernández.

**Especialista de II Grado en Medicina Interna. Master en Ciencias. Profesor Auxiliar. Metodólogo Facultad I Medicina, Presidente Provincial Filial de Medicina. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba. Dirección postal: Calle D N.º 4 entre 4ta. y Carretera del Caney. CP: 90400. Santiago de Cuba. carlosfe@medired.scu.sld.cu y carlosfe_eljaiek@yahoo.com*

La salud pública cubana se sustenta básicamente en la atención primaria con un enfoque integral del proceso salud-enfermedad, con predominio de la prevención y promoción de la salud, donde se involucra al individuo, la familia y la comunidad. El modelo de salud cubano aunque no es único en el mundo, sí cuenta con una base social cualitativamente diferente. El mismo sufrió grandes transformaciones en la década del 60, pasando de un servicio médico puramente asistencial a uno que combina lo atencional, docente e investigativo. El programa del Médico y Enfermera de la Familia, constituye el eje actual de desarrollo de la Atención Primaria de la Salud en Cuba, mediante el cual se realizan acciones dirigidas a elevar el nivel de salud de la población, dándole solución al 90% de las afecciones de salud, basándose en su carácter integral, el trabajo en equipo y la participación activa de la comunidad. El perfeccionamiento del enfoque social de la medicina cubana amparado por el modelo de salud familiar y comunitario, se ha visto favorecido por la instauración en 1984, de la Especialidad de Medicina General Integral (MGI), constituyendo ésta la premisa básica del citado sistema de salud desde su implantación, lográndose cubrir con residentes o con especialistas, casi la totalidad de la población cubana con el Programa de Médicos y Enfermeras de la Familia, extendiéndose a partir del año 2001 a otros países de América Latina y teniendo una relación muy estrecha con dos procesos sociales claves que son educación y trabajo. El programa de dicha especialidad es mayoritariamente autodidacta en la adquisición de nuevos conocimientos y reforzar habilidades previamente aprendidas, por lo que se necesitan mecanismos que mantengan al citado especialista con un buen desempeño y por ende competente. La evaluación del desempeño surge como uno de los mecanismos que pueden poner en evidencia los grados de actualización de los especialistas y como actividad fundamental para inducir los propósitos de la educación permanente y desarrollar aún más las competencias clínicas, siendo utilizada en el mundo como un proceso de gestión para monitorizar la

calidad de los servicios de salud. En Cuba la evaluación del desempeño, está insertada en leyes y disposiciones pero no es utilizada como medida correctora, su gestión debe estar asociada al desarrollo personal, institucional y de la comunidad, teniendo en cuenta la alta significación social que tiene el sistema de salud cubano. Al organizar el proceso de evaluación del desempeño, se ponen de manifiesto eventualidades que resaltan que la calidad en salud es más abarcadora que la simple satisfacción por los servicios recibidos, y que para organizar y gestionar la misma tiene que coexistir la evaluación del desempeño y la competencia, la acreditación, la superación postgraduada y los créditos académicos como pilares que garantizan la calidad asistencial. Evaluar las competencias específicas para cada puesto de trabajo favorece el desarrollo de nuevas competencias para el crecimiento personal y permite observar como se desarrolla el desempeño profesional, teniendo en cuenta las diversas funciones que tiene la evaluación profesional y dentro de esta la del desempeño. En síntesis, al caracterizar la evaluación del desempeño médico a especialistas de Medicina General Integral vemos que, aunque hasta ahora no ha sido una prioridad en la gestión del sistema de salud cubano, debería estimularse su utilización como una propuesta de incentivo gerencial, ya que al implementarla ofrecería una vía para retroalimentar las necesidades de adquisición de habilidades pertinentes para el puesto de trabajo, a la vez de contar con mecanismos que dan continuidad a los procesos capacitantes cuando se emplea como una actividad desarrolladora y promotora de búsqueda de soluciones. Además de que el incremento de la calidad de los servicios asistenciales que emanan de un proceso de evaluación del desempeño, que a su vez ha servido para poner de relieve las necesidades de capacitación y de adquisición de habilidades, y que a su vez sea utilizada paralelamente para corregir las mismas, muestra el alto contenido social que está vinculado a esta forma de actividad evaluativa. Este compromiso social se completa cuando se promueve junto a la calidad individual, la institucional y la de la comunidad.

Conferencia

La evaluación por portafolio: reporte de una experiencia

Evelyn Roa Delgado. Víctor Rojas A. Irene El Daoihrih.

Decanato Área Ciencias de la Salud. Programa de Medicina Universidad Rómulo Gallegos. San Juan de los Morros, Guárico, Venezuela. evelynroa2004@yahoo.es.

El presente estudio documenta la aplicación del portafolio como estrategia de aprendizaje y evaluación para la asignatura Medicina Preventiva, Comunitaria y Familiar II (MPCF II), en alumnos del segundo año del programa de Medicina de la Universidad Rómulo Gallegos, cohorte 2006-2007. Usando un diseño transversal y descriptivo, se relata en primer término el proceso de implementación de la estrategia de evaluación y aprendizaje por portafolio en cuanto a tiempo, logística y rendimiento académico. Además se aplicó un instrumento para registrar la Opinión de los estudiantes sobre el portafolio y su Percepción de aprendizaje de los contenidos de la asignatura. El instrumento validado constó de 12 ítems, cuatro ítems de respuestas cerradas (Opinión), y ocho ítems que respondieron con

escala de Liker de 5 puntos (Percepción). El mismo tuvo una confiabilidad aceptable (alfa 0,66), y fue aplicado a 518 estudiantes que accedieron a responder el instrumento, seleccionado posteriormente 221 cuestionarios mediante un muestreo al azar sistemático (95% confianza). En cuanto a la implementación el estudio registró dificultades relacionadas con la inexperiencia por parte de los estudiantes en el uso de esta técnica, y para el manejo del volumen de documentos producidos, tanto para su evaluación como almacenamiento. La opinión de los alumnos respecto a la técnica fue favorable, no incidiendo negativamente en el rendimiento académico. Los alumnos percibieron en promedio como muy bueno su aprendizaje de los objetivos de la asignatura.

Conferencia Magistral

La inteligencia emocional

Ileana Petra Micu

Médico Psiquiatra. Coordinadora de Enseñanza del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Concepto de Inteligencia emocional: Se refiere a la habilidad para reconocer el significado de las emociones y su relación con la razón para resolver en conjunto el problema. Sen la inteligencia emocional se encuentra involucrado la capacidad para recibir emociones, analizar las emociones con otros sentimientos, comprender la información que provienen de ellas y manejarlas. Mayer y Salovey (2000) lo resumen como: “La habilidad de percibir, expresar, comprender y manejar las emociones. Goleman, sugiere que se defina no tanto como concepto sino basándose en 5

áreas: 1. Conocer sus propias emociones. 2. Manejar las emociones. 3. Motivarse a uno mismo. 4. Reconocer las emociones de otros. 5. Manejar las relaciones interpersonales. Mientras los sentimientos fuertes pueden hacer estragos con el razonamiento, la falta de conciencia de los sentimientos también puede ser desastroso. Para sopesar las decisiones para nuestro destino, no sólo se requiere de la razón sino que se requiere de la sabiduría emocional acumulada gracias a las experiencias pasadas.

Conferencia Magistral

La práctica de la vacunación en el adulto en el medio rural

Alicia Hamui Sutton

Doctora en Sociología. Profesora Titular del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México.

La influencia que las vacunas han tenido en la transición epidemiológica es incuestionable. La generalización de la vacunación en el adulto ha enfrentado varias dificultades, entre las que se pueden señalar: a) La insuficiente cultura preventiva en la sociedad, incluyendo al personal de salud. b) La falta de conciencia entre la población, los costos de establecer esquemas poblacionales y la falta de programas sanitarios al respecto. No obstante que los médicos generalmente entienden la importancia de la prevención de las enfermedades mediante la vacunación y saben acerca de la eficacia y seguridad de las vacunas recomendadas para adultos, fallan al aplicar sus conocimientos en la práctica. El adulto tiene exposición a ciertos riesgos diferentes -a los del menor- particularmente los riesgos laborales y los que derivan de la actividad sexual; esto y otras razones propician que ciertas enfermedades prevenibles por la vacunación sean en realidad propias de los adultos, si bien no exclusivas. La conciencia y la aplicación de las vacunas han sido muy exitosas como política de salud pública en México en la población infantil, no así en los adultos. La diferencia de edad no es un factor discriminante, ya que la mayoría de las personas de la muestra (87%) han tenido la experiencia de ser vacunados de adultos.

En el análisis de correlación de ambos factores, la R de Pearson se acerca considerablemente a los estándares de normalidad (0.092). Se puede afirmar que existe menor cantidad de personas en las poblaciones rurales que no han sido vacunadas (52 casos) que en las poblaciones urbanas (57 casos). Esto nos muestra que las campañas de vacunación llegan por igual a las zonas rurales y urbanas. Las personas que cuentan con acceso a la información masiva (Radio y TV) (87%), han sido vacunados, lo que demuestra que los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la difusión de las campañas de vacunación en los adultos que se traduce en una mayor práctica. La promoción de una cultura de vacunación en los adultos, atraviesa por los saberes sobre la enfermedad y la proclividad a la inmunización, de ahí que comprender los factores sociales que influyen en esta práctica sanitaria sea relevante. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que: La edad, el medio rural/urbano y el género son factores que no discriminan en la práctica de la vacunación. En cambio la escolaridad, los ingresos, la presencia de los medios de comunicación y el acceso cercano a un centro de salud si marcan diferencia en la práctica de la vacunación de los adultos.

Conferencia Magistral

La redacción y la publicación científica

Ana Silvia Sabido Siglher

Especialista en Medicina Familiar. Profesor de la especialidad de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No 61 Instituto Mexicano del Seguro Social. Veracruz, Veracruz, México.

Los orígenes de la redacción científica se remontan a las pinturas rupestres, los grabados en roca, el relato caldeo del diluvio, este último, fue grabado alrededor del año 4000 AC. Ellos figuran como los primeros intentos de transmitir información importante para generaciones posteriores. Sin embargo surgió la necesidad de crear medios de información más ligeros, como el papiro, hecho de hojas de la planta papiro, y posteriormente el pergamino, formado de pieles de animales. Los griegos acumularon grandes bibliotecas, la de Pèrgamo contenía 200,000 volúmenes en el año 40 antes de J.C.. En el año 105 de nuestra era, los chinos inventaron el papel, el medio moderno de comunicación. Las primeras revistas científicas aparecieron en el año 1665 cuando empezaron a publicarse dos revistas diferentes: "The Journal des Scavans" en Francia y "The Philosophical Transactions of the Royal Society of London" en Inglaterra, publicaban artículos que llamamos descriptivos y resultaban apropiado para la clase de ciencia sobre la que escribía. Hacia la segunda mitad del siglo XIX, la metodología se hizo sumamente importante, los directores de las revistas científicas recibían un gran número de artículos y exigieron que los manuscritos estuvieran sucintamente escritos y bien estructurados; en la actualidad se publican más de 100 mil, revistas científicas. Así surgieron las siglas IMRYD para normar la estructura de los artículos originales. Las siglas significan: Introducción, material y métodos, resultados y discusión. A través de esta estructura se

facilita el trabajo para el autor al escribir su texto, a los árbitros, y a los lectores. Un artículo original, se define como: el informe escrito que comunica por primera vez los resultados de una investigación. México, tiene un índice bajo de publicaciones, ocupa el lugar 22 (0.7%) entre los miembros de la OCDE, el 2do lugar en Latinoamérica con un 0.67%, muy debajo de Brasil, el factor de impacto promedio de las revistas donde se publica es de .133. La investigación científica y la publicación en la práctica de la medicina familiar, se encuentra casi en el olvido. Para que el perfil del médico familiar sea completo, es necesario reorientar su práctica médica mediante la incorporación de actividades sistemáticas de investigación, que finalicen en una publicación. Existen desde mi punto de vista dos problemáticas que deben ser abordadas: La primera relacionada con la formación de médicos familiares: los programas de especialización le dedican poco espacio a la investigación y no aparecen en los contenidos académicos la enseñanza de la redacción científica. La segunda relacionada con la falta de motivación de la propia disciplina que Lascano-Ponce y col. en una reciente publicación, detallan, proponiendo una serie de mecanismos que motiven la publicación en el ejercicio de la medicina familiar. Además agregaría: fomentar la enseñanza de la redacción científica y la publicación e incrementar el factor de impacto de las revistas de medicina familiar, que a nivel mundial es < de 2.0.

Conferencia Magistral

La relación médico paciente en la consulta diaria

Ileana Petra Mícu

Médico Psiquiatra. Coordinadora de Enseñanza del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Toda historia clínica requiere no solo de obtener la información pertinente sino de conseguir una historia significativa del paciente, sus emociones y sus conductas que determinarán a la larga la respuesta al tratamiento que se le instale. Al nacer todos los infantes tienen un repertorio de conductas reflejas en la forma de respirar, llorar, defecar, así como respuesta a estímulos. Estudios han revelado que la visión y el oído están más desarrollados de lo que se creía. La manifestación externa de esta interacción en la conducta de "coping" refleja la capacidad funcional de organización del aparato psíquico. Esta adaptación continuamente reorganiza las estructuras mentales. El principio de la relación médico paciente se basa en la colaboración, que se refleja en la transacción entre las fuerzas biológicas (físicas), psicodinámicas (intrapsíquicas) y sociales (interpersonales). Estas transacciones presentes desde el momento en que conocen. Una cuidadosa y sensitiva preparación facilita la obtención de información útil, expresada voluntariamente o que se puede inferir durante el

examen directo. El observar las respuestas de la familia permite vislumbrar las actitudes de los pacientes en la consulta con el médico. Otorgar suficiente tiempo para escuchar los puntos de vista del entrevistado ofrece una mejor historia clínica, una mejor visión de las emociones y cómo interactúan con la enfermedad, y de ahí la posibilidad de conseguir una buena alianza terapéutica. Ofrecer una respuesta empática a sus comentarios. Lo que implica que el paciente capte el interés y el gusto del médico por sus comentarios. Saber que algunos pacientes están estresados permite decidir el tiempo de la consulta y procurar un ambiente de tranquilidad. La adecuada relación hace que el médico se mantenga: Independiente, objetivo, seguro de sus propios límites, con una buena salud psicológica y una visión positiva de la vida. Con capacidad de empatía para estar convencido de que: No debe haber mayor felicidad para los médicos que un paciente sano.

Conferencia Magistral

La relación médico-paciente en la formación de los médicos familiares

Ricardo Urbina Méndez

Profesor asignatura A en el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Profesor de psicología médica para los tres grados de la especialidad en Medicina Familiar en la Clínica de Medicina Familiar "Gustavo A. Madero", ISSSTE. México.

Es muy fácil no practicar la medicina familiar: si te enfocas simple y llanamente al padecimiento físico sin tomar en cuenta las emociones, afectos, características del grupo familiar ni estableces una buena relación interpersonal para no involucrarte felicidades, estas haciendo mala praxis. Todos tenemos miedo a involucrarnos afectivamente porque no tenemos consciencia de los propios sentimientos. Para ello un ejemplo: un residente de segundo año al comentar el caso de una paciente dice: "empezó a llorar y por respeto salía del consultorio para que lo hiciera a gusto". No, no fue así, no se quedó con ella en un acompañamiento silencioso pero afectivo y respetuoso porque tuvo miedo de sus propias reacciones ante ese llanto doloroso, no quería involucrarse en los sentimientos con ella y mejor huyó. Ejercer la medicina familiar supone una enorme capacidad de compromiso, de relaciones interpersonales positivas, de una sensibilidad que predispone a establecer una buena empatía con el paciente y la familia. Esta especialidad es la que facilita el entendimiento humano del sufrimiento, del dolor, de las enfermedades físicas pero también las del alma. La falta de vocación y el temor al compromiso evita que el médico de familia ayude a paliar la enfermedad y el sufrimiento de su paciente. La relación médico-paciente ya de por sí compleja se torna aún más cuando incluye a la familia. Algunos autores consideran que a esta

tríada debe añadirse la enfermedad como cuarto elemento. Es importante la función clínica del médico así como el tratamiento y su respuesta, todo basado en la confianza hacia el médico de familia. La educación de los residentes de medicina familiar durante todos estos años permite observar que se requiere de una profunda vocación médica, una dedicación a tiempo completo, lo que es valorado por los pacientes, que respetan y admiran al médico de familia, quien tiene una misión social importante. Como bien sabemos la vocación proviene de deseos inconscientes que se conjugan con una sensibilidad especial que tal vez solamente poseen los médicos familiares. Para muestra un botón: hace algunos años en un congreso de Medicina Familiar en la ciudad de Morelia, en México, la madre de un médico familiar, exalumno mío, ve salir del ascensor a una persona, de inmediato se gira para correr hacia ella, la abraza y mira a su familia diciendo: "Ella es mi doctora, es mi doctora" con un sentimiento de orgullo y pertenencia que me sorprendió pero que a la vez me hizo entender que ahí se daba una relación médico-paciente adecuada. ¿Esto que significa? Pues que la médica familiar protagonista de esta escena tiene una excelente relación con su paciente, que fue desarrollándose en forma paulatina mediante la comprensión, el entendimiento, la disposición para establecer dicha relación y un afecto sincero.

Conferencia Magistral

Las condiciones de trabajo del médico y el síndrome de desgaste profesional

Jorge Bernstein

Ponencia en representación de la Comisión de Salud Mental de la FAMFYG. Dr. Jorge Bernstein. Secretario General - AAMF

Coordinador de la lista medfam@fmed.uba.ar. Coordinador de la Comisión de Salud Mental - FAMFYG Prof. Adj. Medicina Familiar, U. Favaloro. jbernstein@medfam.org.ar

Síndrome de desgaste profesional (o burn out) es la categoría diagnóstica que usamos para señalar una **enfermedad laboral** de las personas que tratan personas. Se describió en profesional sanitario pero se encontró en otras ocupaciones¹. Es un proceso de deshumanización. Quién lo padece se siente tratado como una cosa (en su trabajo). Se siente una cosa (agotamiento afectivo.). Y trata así a sus pacientes (despersonalización, cinismo). Aparece con más frecuencia en aquellos que²: tienen un trabajo excesivo, con restricción de capacidad de decisión (por ejemplo: no poder cambiar el ritmo de la atención aunque eso mejoraría la calidad de la atención). Tienen poco reconocimiento por su tarea. Tanto por parte de la institución para la que trabajan como de sus pacientes (ejemplo: usuarios que se sienten maltratados por su sistema de atención descargan esta tensión con quién lo atienden, tanto profesionales como administrativos). Mala remuneración. Es muy doloroso darse cuenta que con la remuneración que uno recibe no se puede sostener una educación a sus hijos equivalente a la propia). Cuando el trabajo interfiere en la vida social y familiar. Este cuadro tiene repercusiones para el que lo sufre, sus compañeros de trabajo, sus pacientes y el sistema de atención. El profesional sanitario baja su rendimiento laboral, las inasistencias son más frecuentes, llegando incluso a perder su trabajo (por agotamiento, desmotivación o despido). Se deteriora su salud. Se enferma con más facilidad. Este cuadro coexiste frecuentemente con depresión (con el consiguiente riesgo de suicidio). Los pacientes reciben una peor atención, trato deshumanizado y errores médicos más frecuentes, estudios innecesarios con el riesgo consecuente de falsos positivos y sus complicaciones. La lapicera es un instrumento muy usado para dejar de escuchar y abreviar las consultas, haciendo una receta u ordenando un estudio complementario. Los sistemas de salud se enfrentan a mayor cantidad de errores médicos, peor calidad de la atención brindada, aumento del uso de tecnología y medicamentos, con el consiguiente aumento de

¹ Se presenta una visión del Síndrome de desgaste emocional en el equipo de salud desde la perspectiva de las condiciones de trabajo. Somos conscientes que no hemos incluidos otros aspectos, precisamente para resaltar estos. Este documento no intenta agotar el tema, ni hacer una revisión clínica del tema.

² El Prof. Dr. Julio Siede aporta: otras causas concurrentes, facilitadoras o reforzadoras: cambios culturales en la profesión médica (proletarización, desprestigio), actitud crítica de la sociedad hacia el pensamiento y la acción de los médicos, autoimagen de "sacerdocio" y rasgos mesiánicos en el desarrollo vocacional de nosotros los médicos, cierta tendencia (no exenta de culpas) a priorizar el ingreso monetario por encima de la calidad o cantidad de trabajo, dificultades marcadas para asumir conductas solidarias con otros colegas en un ámbito sumamente competitivo, etc.

costos. “Como el problema es prevalente, afecta significativamente la calidad y el costo de la atención médica, hay una gran preocupación de las autoridades sanitarias y administradoras de la salud para evitar el problema...” Esto sería lo que razonablemente, pero con ingenuidad se podría esperar.

¿Cómo puede ser que no les preocupe?

Los dueños de instalaciones seguramente estarán interesados en que se efectúen la mayor cantidad de consultas para obtener una mayor ganancia de su inversión. Eso necesariamente lleva a una mayor presión de trabajo al personal y restricción de la autonomía del médico. La industria farmacéutica y tecnológica se beneficia con un mayor consumo. Los médicos cansados usan más sus lapiceras y son más sensibles a la propaganda. No es tan evidente con los Administradores de sistemas (prepagas, obras sociales, los gobiernos) que deben afrontar los mayores costos.

Si no son parte de la solución son parte del problema.

Entonces lo que tenemos es un problema tanto de de salud como político e ideológico.

No es el objetivo de este documento dar una respuesta. Preferimos generar preguntas y señalar algunas pistas.

1. El problema no es exclusivo del ámbito de la salud. Es solo la forma especial como aparece el desgaste por estrés laboral en el sector. Lo podemos encontrar de manera similar en docentes, bancarios, personal de atención al público en general. Sin atención a personas este mismo cuadro se presenta con otra modalidad. Sabemos que el estrés laboral enferma a todos.

2. Si un colectivo trabaja 24 h. seguidas la prensa hace un escándalo. Si lo hace un piloto de avión, peor. Si un médico lo hace y atiende a un paciente o lo opera después de una agotadora guardia de 24 o 48 h., nadie dice nada o es presentado como héroe en un reality show. ¿Cuántas muertes por año se producen por error médico relacionado con agotamiento y cuantas por accidente de colectivos o aviones por la misma causa?

3. En el imaginario social predominante un médico no debería trabajar si las condiciones no son óptimas. Si lo hace y algo sale mal, es su responsabilidad. Si no lo hace, puede incurrir en abandono de persona. Y desatender las necesidades básicas de su familia. “*La medicina es un apostolado*”.

Las condiciones de contratación de los médicos son malas. En el sector salud el mayor empleador en “negro” es el Estado. Para muchas tareas se pagan “becas” y no salarios. Y los salarios son muchas veces indignos. En el reparto de las ganancias del sector salud los grandes triunfadores son la industria farmacéutica y tecnológica. Para los sistemas médicos la variable de ajuste más accesible es el sueldo del médico. Para pagarle poco al médico es necesario que este esté desvalorizado y desvalido. El burn out es una característica inherente al sistema de contratación.

No podemos esperar respuestas fuera de la que demos los profesionales.

¿Qué podemos hacer?

1) Los talleres para disminuir el stress como el “Taller de Habilidades Emocionales” que hemos realizado en la Comisión de Salud Mental pueden ser útiles. Lo mismo con otras técnicas con el mismo fin. Pero no es una respuesta suficiente.

Sabemos que disminuye el riesgo

- La formación académica,
- el respaldo institucional,
- discutir casos entre pares,
- el mutuo apoyo y la solidaridad entre colegas.

1ª Conclusión: deberíamos evaluar la eficacia de nuestras actividades de formación con mediciones de burn out al comenzar y al terminar.

2) si el burn out expresa

- las malas condiciones de trabajo,
- la falta de formación académica,
- la ausencia de una organización de los pares,
- un sistema de salud injusto

y el objetivo de las organizaciones médicas es propender a

- las *malas* condiciones de trabajo,
- la *falta de* formación académica,
- la *ausencia de una* organización de los pares,
- un sistema de salud *injusto*

Podemos pensar que el burn out debería ser un eje de las actividades de nuestras sociedades.

El burn out no es solo una “enfermedad”. Es un problema político ya que pone en discusión tanto las condiciones de trabajo, como la estructura del sistema de salud y los derechos humanos.

El burn out no es un “accidente” de trabajo. Es la consecuencia inevitable de las condiciones de contratación que toman a la persona que trabaja es un recurso renovable. El burn out es el “costo social” del sistema.

Recomendaciones:

- Dedicar algunas horas a hacer docencia³
- Participar en cursos (mucho mejor si son presenciales por el contacto con colegas).
- Organizar supervisiones. Si no hay docentes reconocidos: entre pares. Si no los hubiera: con discípulos (que pueden enseñar aún más)
- Llenar periódicamente una escala de Maslach
- Comunicarse y compartir con colegas
- Suscribirse a listas de correo médicas como medfam@fmed.uba.ar
- Participar de asociaciones profesionales de Medicina Familiar y /o General. Por supuesto que para nosotros lo mejor es que sea en sociedades de la FAMFyG. Si esa no fuera la disposición queda la opción de otras sociedades como la FAMG, SAMFUR. El fortalecimiento de cada grupo favorece al conjunto.

Proponemos a las sociedades que tomen la modificación de las condiciones de trabajo como necesarios para un adecuado ejercicio de la medicina

Otros comentarios que recibimos:

El Prof. Dr. Eduardo Durante observó que en este texto aparecen afirmados algunos datos como si estuvieran confirmadas cuando aún no están probados. Es otro aporte a la conversación.

Julio Siede hizo una atenta lectura crítica del original que los editores de este texto agradecemos especialmente. Alguno de ellos, editados:

JS: Creo que la forma de contratación expresada como causa proveniente de algún fantasmal costado perverso de los contratadores o el "sistema" es una buena bandera para una acción gremial, pero en términos de indagación intelectual es una simplificación extrema...

Los redactores pensamos que las características de la contratación de personal es inherente al sistema social imperante, en nuestro caso capitalismo, economía de mercado o como quiera denominárselo. Posiblemente se debería aclarar que las condiciones de contratación no fueron creadas ex professo, sino que, estando presentes, cumplen ese rol.

JS: Entiendo que el problema es mucho más complejo. Hay un mercado sobresaturado de oferta de servicios médicos. Hay un negocio de los médicos que les venden formación médica a los colegas habilitándolos para ocupar lugares y aumentando la oferta no planificada ... También hay un poner como moneda de cambio, de nuestra parte, a la calidad de la atención que prestamos según lo que nos pagan... un desastre.

Los redactores mantenemos nuestro texto

J.S.: No acuerdo en que la variable de ajuste para el ahorro o el menor gasto del sistema sea el honorario profesional. De hecho, en cualquier sistema de salud, hoy, la fuerza humana de trabajo constituye el insumo más importante pero no el primer gasto. Es más, como gasto está bastante abajo en la lista. Ahora bien. Lo que constituye los primeros renglones del gasto son erogaciones en tecnologías diagnósticas, terapéuticas, que son determinadas por la modalidad de indicación, el interés espurio... o aún la falta de capacitación de nuestra parte. Aquí hay un dilema interesante del que, creo, solo nosotros podemos ayudar a salir.

Los redactores: los pagadores en salud (estados, OS, etc.) han perdido la batalla frente a la industria farmacéutica y tecnológica. Lo que le queda para ajustar son los salarios y el valor de la cama de internación y poco más.

J.S.: Por último, el documento pone el acento en la forma de contratación como la principal causa pero no plantea su modificación como la principal solución.

Los redactores: (Julio no fue el único que hizo esta crítica, si el que lo expresó más formalmente) El propósito del documento es abrir espacios de discusión sobre como las condiciones de contratación de los médicos que los enferman. Es un paso necesario, pero no suficiente en la creación de alternativas. Somos concientes de esto.

El Médico familiar ve frecuentemente personas con quejas somáticas y/ o emocionales inespecíficas. De hecho más de la mitad de los encuentros clínicos están matizados por un componente psicosocial en mayor o menor medida. Este tipo de pacientes pertenecen a lo que se ha denominado "*paciente difícil*" para denotar a aquellos pacientes así percibidos por el médico, debido a problemas emocionales o conductuales que interfieren con su atención. Este encuentro poco colaborativo puede obedecer a factores del médico, el paciente, el entorno o una combinación de estos. Quizás dentro de esta categoría podría englobarse los pacientes demandantes, agresivos, seductores, renuentes al tratamiento, somatizadores, entre otros. "*El paciente que no tienen nada*" así denominado por ser personas con múltiples consultas y quejas somáticas sin correspondencia con la anatomía y fisiología del cuerpo, exploración normal, exámenes de laboratorio y gabinete normales y persistencia de la queja o motivo de consulta, pueden corresponder a los pacientes somatizadores. Se presenta una viñeta clínica de una paciente con "sensación de un áscaris lumbricoides en hipocondrio derecho", el cual después de una serie impensable de estudios de laboratorio y gabinete, no se pudo documentar, enfascándose los médicos especialistas tradicionales en dilucidar el diagnóstico olvidando los sentimientos, y aflicciones de la paciente y otras causas no biológicas. La incertidumbre del diagnóstico biológico definitivo, es el motor que impulsa la prescripción de exámenes múltiples. Otra cosa que se evidencia es la necesidad, tanto del paciente, como del médico, de encontrar la explicación de los síntomas por una afección biológica. De allí, la perentoria necesidad de que el médico familiar, está capacitado para abordar este tipo de paciente. Aquí, se menciona una guía de habilidades y destrezas que se deben cultivar y perfecciona y que esta muy distante de ser aplicable a todos los pacientes como una receta de cocina. Sin embargo, una de las acciones fundamentales en el abordaje de estos pacientes es establecer la relación entre el evento estresante y la presentación del síntoma, y cuanto más el paciente rechaza esta idea, mayor dificultar habrá para adjudicar una causa psicosocial a la enfermedad con el consiguiente riesgo de mayores consultas, más exámenes, mayor costo en la atención o intervenciones innecesarias. El decirle al paciente "*que no tiene nada*", obstaculiza el establecimiento de una buena relación médico paciente. La explicación va enfocada, y dependiendo del discurso personal de cada profesional, a reconocer que, "*tiene algo*" pero hasta el momento de la entrevista no ha sido identificado. Esto disminuye la angustia e incertidumbre del paciente quien generalmente fataliza su pronóstico y colabora a establecer mejor relación con el médico de familia comprometido más que con el diagnóstico, con la persona.

³ En el texto original decía "hacer docencia". El Dr. Miguel Angel Suárez (Bolivia) nos recordó que la docencia no protege del burn out. Los docentes son pasibles también de sufrir burn out. En este caso "hacer docencia" debe entenderse como una actividad suplementaria, de pocas horas, para aquellos que no tienen contacto con alumnos. O sea ser colaborador docente o ayudante de trabajos prácticos algunas

Conferencia Magistral

Lumbalgias

Humberto Jure

Profesor Adjunto- Departamento de Medicina Familiar Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

La lumbalgia es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro medio, y por lo tanto, uno de los motivos de consulta más frecuente que recibe el Médico de Familia. En Argentina, los problemas de espalda constituyen el segundo motivo de consulta que se realizan al médico de atención primaria, así como la primera causa de limitación física y la segunda causa de ausentismo laboral. Las estadísticas muestran una prevalencia anual en la población del 15 al 20%. En nuestro país el 50% de los pacientes en edad laboral admite haber padecido dolor de espalda al menos una vez en el año. La Lumbalgia es una enfermedad por lo general autolimitada y en el 40% de los casos remite en una semana aunque existe una gran probabilidad de recurrencia que se incrementa con el paso de los años. El 75% de las Lumbalgias son de causa inespecífica, el 20% se relacionan con dolores orgánicos específicos y el 3% con tumores. (No debemos olvidarnos de descartar enfermedad sistémica). Según su duración, las Lumbalgias se clasifican en agudas y crónicas, siendo agudas aquellas cuya duración es menor de 6 semanas y crónicas aquellas que tienen una duración de más de seis semanas. La duración del episodio es un hecho muy importante a tener en cuenta para la decisión de nuestra conducta diagnóstica y terapéutica. A pesar de ser este un problema tan frecuente de nuestra práctica, observamos que existe una marcada controversia en cuanto al manejo clínico de los pacientes con Lumbalgias. Se han evidenciado diferentes enfoques en lo que se refiere al uso de métodos de diagnósticos y de tratamiento adecuado. Estas controversias surgen de una falta de consenso general sobre cómo evaluar y realizar el tratamiento de los problemas de espalda. Como consecuencia de lo expresado resulta que un importante número de pacientes no muestran ningún alivio de los síntomas después del tratamiento. Incluso en muchos casos empeoran. En lo que respecta a métodos complementarios de diagnóstico, las radiografías de columna generalmente no son útiles en el momento agudo, aunque se justifican en determinadas situaciones. Por otro lado la Tomografía Axial Computarizada o la Resonancia Nuclear Magnética están indicadas en situaciones precisas y específicas. Podemos referir antecedentes alarmantes de tratamiento inadecuado de pacientes que han sido sometidos a más de 10 operaciones de columna sin conseguir ningún alivio de los síntomas. También debemos considerar que tratamientos de uso habitual que en muchas oportunidades son indicados por el médico de familia, como puede ser el reposo en cama o altas dosis de algunos fármacos opiáceos o analgésicos con miorelajantes pueden prologar la sintomatología y producir mayor debilidad, además de ocasionar gastos innecesarios al paciente.

Conferencia Magistral

Maltrato Infantil

Antonio Sáez Crespo

Catedrático de Salud Pública y Enfermería Familiar y Comunitaria. Universidad Complutense de Madrid. Presidente de la Asociación Iberoamericana de Medicina y Salud Escolar y Universitaria. Madrid, España. saludescolar@telefonica.net

El Maltrato Infantil (MTI) es una de las principales causas de lesiones y muerte en la infancia. Sin embargo, pasa desapercibido en la comunidad, e incluso a la propia familia que lo consideran "normal", propio de la educación del menor, por un sentimiento ancestral de propiedad de los hijos. Tradicionalmente, la cultura de la violencia contra la infancia está presente en la vida cotidiana, sin embargo, no es reconocida como tal, se acepta como parte del orden social establecido, va en aumento, y afecta a todas las edades, especialmente a la infancia.

Actualmente, existe en el mundo, un notable aumento en la incidencia de lesiones por MTI, por lo que en la 49 Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1.996, adoptó la Resolución WHO 49.25, declarando "la violencia como un problema prioritario de Salud Pública y reconociendo las graves consecuencias inmediatas y futuras que la violencia tiene para la salud y el desarrollo psicológico y social de las personas, las familias, las comunidades y los países".

Es por lo que, dada la importancia del problema y su trascendencia, los profesionales que atienden a la infancia (personal sanitario, de educación y asistencia social), deben estar capacitados para realizar la detección precoz del MTI y su derivación a servicios especializados con el fin de evitar la repetición de episodios posteriores más graves. Se estima que entre un 1 y un 7 % de los niños que reciben atención sanitaria pueden haber experimentado algún tipo de MTI, que no son detectados, no se declaran, o no existe un sistema vigilancia epidemiológica, ni mucho menos son investigados. Por lo que "existe una gran cantidad de casos de maltrato desconocido", y los indicadores de prevalencia de MTI, son sólo la punta de un iceberg.

El estudio del MTI es un problema complejo de difícil abordaje científico, debido a que: no existe una definición clara de infancia y el trato que reciben los niños varía con el grado de desarrollo de los pueblos; tampoco contamos con una definición única de MTI y una clasificación universal de los tipos del maltrato, que varía en los diferentes países y regiones; el MTI se produce, generalmente, en el seno de familia, lo que es un obstáculo para que los propios padres se declaren como agresores y denuncien el caso; y la falta formación especializada de los profesionales que atienden a la infancia para la detección del MTI, hace que a menudo pasen desapercibidos. Por ello, es complejo disponer de registro unificado de los casos, un sistema de vigilancia epidemiológica y difícilmente conocer la dimensión real del problema

El profesional sanitario tiene ante este problema una doble responsabilidad. Por un lado, la legislación actual establece el compromiso de los profesionales sanitarios de notificar el caso ante la sospecha de MTI, y si existen situaciones de riesgo, ponerlo en conocimiento de los Servicios Sociales, para ayudar al menor y su familia. Y por otro, existe un imperativo moral, como se pone de manifiesto estudios prospectivos sobre casos de MTI, en que los profesionales sanitarios no tomaron las medidas para proteger a estas víctimas potenciales, y como consecuencia, más de la mitad de estos niños maltratados fueron víctimas de nuevo o sufrieron secuelas permanentes, y de mayor gravedad.

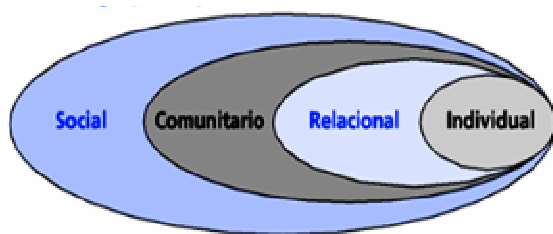
1.1. Presentación

A menudo el MTI es previsible y evitable, mediante actividades de prevención primaria, antes de que se produzcan, con una visión global "río arriba". Más que actuar sobre las secuelas, después que se haya producido el MTI, "río abajo", y centradas en los grupos de riesgo más vulnerables.

No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta. En el análisis que presentamos recurrimos a un modelo ecológico (figura 1) que tiene en cuenta los factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en el MTI. Es un problema de salud pública multifacético, para el que no existe una solución única; antes bien, como pone de manifiesto el modelo ecológico, es necesario actuar simultáneamente en varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad para prevenirlo, mediante estrategias eficaces y basadas en la evidencia científica:

- Hacer frente a los factores de riesgo individuales y adoptar medidas encaminadas a fomentar actitudes y comportamientos saludables en los niños y los jóvenes durante su desarrollo, promoviendo su "resiliencia".
- Influir en las relaciones personales más cercanas para crear entornos familiares saludables, así como brindar ayuda profesional y apoyo a las familias disfuncionales con hijos menores.
- Vigilar los lugares públicos, como las escuelas, los lugares de ocio y los barrios y tomar medidas destinadas a hacer frente a los problemas que pueden conducir a la violencia.
- Hacer frente a las desigualdades entre los sexos, y a las actitudes y prácticas culturales adversas.
- Atender los factores culturales, sociales y económicos que contribuyen al MTI, como son: las orientadas a reducir las diferencias entre ricos y pobres; garantizar un acceso equitativo a los bienes, los servicios y las oportunidades; la defensa de los derechos de la infancia; y la construcción cultural de la paz.

Figura 1. Modelo ecológico de la violencia



1.2. Antecedentes

1.3.

Desde hace siglos, el maltrato a menores ha sido reflejado en la literatura, la pintura y la ciencia, en todas las partes del mundo. Podemos afirmar que la violencia es tan antigua como el ser humano, en el que la infancia es un período de gran vulnerabilidad.

Si queremos entender (que no justificar) una realidad pasada, no se puede olvidar su contexto histórico. Si bien la infancia ha sufrido agresiones de los adultos de los que dependía, esto no ha impedido que, especialmente entre las madres, no se diera una atención amorosa y solícita hacia sus hijos. Hay que tener en cuenta, que con el paso de los siglos, el progresivo acceso a un nivel de vida mejor facilita el reconocimiento y el respeto de las necesidades y los derechos de los seres humanos en general, y de los niños en especial.

En la antigüedad:

Satisfacer a los dioses con sacrificios humanos, a menudo infantiles, no era un hecho excepcional, ni circunscrito a Mesopotamia o el Antiguo Egipto. Era un ritual, una práctica litúrgica, que llegó también a la Grecia clásica y a distintas culturas en otros continentes. Los asesinatos infantiles podían tener distintas motivaciones, por ejemplo, protegerse los adultos de las amenazas que los oráculos profetizaban, encarnadas en niños que presuntamente estaban predestinados a asesinar al rey, faraón o gobernador. Es el caso del pueblo hebreo, con la matanza de niños judíos por parte del faraón, en tiempos de Moisés, o más tarde la matanza de inocentes por parte de Herodes.

En Tiro y Sidón, se sacrificaba a los niños para calmar la ira de los dioses. Los moravitas, amonitas y fenicios adoraban al dios Moloch, que tenía figura de hombre y cabeza de ternero, con una amplia parrilla en su diestra mano; construida de bronce y hueca, se rellenaba de leña, y cuando la parrilla se ponía al rojo se colocaban sobre ella los niños vivos para pedir su clemencia. En Egipto, cada año se ahogaba en el Nilo una joven para que el río se desbordara y fertilizase las tierras. Platón mandó matar los niños que no podían ser ciudadanos robustos.

En China, la matanza de niñas que se las llevaba a las puertas de la ciudad para saciar a los lobos hambrientos. Según antiguas tradiciones conservadas por algunas etnias, como los baatonous, los bokos o los peuls, los niños que salen del vientre de su madre en posiciones anormales, como por ejemplo con la cabeza girada hacia arriba, son calificados inmediatamente de brujos y de malditos, y deben ser sacrificados con el acuerdo de sus propios padres.

Las crónicas escandinavas cuentan que el rey sueco Aun sacrificó al dios Odín, en Upsala, a nueve de sus hijos, pues un oráculo le dijo que viviría reinando mientras sacrificara un hijo cada diez años. En Atenas, el padre era el dueño absoluto del hijo recién nacido. En Esparta, cada recién nacido era sometido al juicio de la Asamblea de ancianos; si le juzgaba útil, respetaban su vida; en caso contrario era enviado al monte Taijeto, lanzado a sus simas Baratro y Apotetes para alimento de las fieras. También la costumbre romana "tollere infantum" de invocar a la diosa Levana para dilucidar sobre la vida o muerte del recién nacido.

Si bien en los pueblos paganos se inicia un movimiento de piedad por los niños, la verdadera obra de redención del castigo contra la infancia se debe al cristianismo. San Bernabé (siglo I) condenó el infanticidio y el aborto. En el siglo II, San Justino, San Félix, Clemente de Alejandría y San Cipriano, inspiraron a los emperadores romanos Nerva y al español Trajano, la protección de miles de niños abandonados, y la primitiva obra "Tabullae Alimentarie".

En el siglo IV, Constantino obligó a los padres a criar a los hijos de modo que las necesidades de los recién nacidos se atendieran sin aplazamiento. San Basilio y San Juan Crisóstomo fundan los primeros hospitales y asilos para niños en Sebaste (355) y Cesarea (372). El Código Teodosiano (438) y más tarde las leyes visigodas, prohíben vender a sus hijos y darlos en prenda. En el siglo IV, en Treviso, se instala junto a la puerta de una iglesia, una cuna de mármol, para que depositaran en ella los niños, y pudieran ser prontamente socorridos. Justiniano, en el 530, dio libertad a los expósitos y ordenó que se les educara con fondos públicos. En el siglo XII, en Roma, una de tantas mañanas, los pescadores lanzaron sus redes al Tiber, y al sacarlas, no hallaron peces en ellas, sino cadáveres de niños recién nacidos. Al saberlo el Papa Inocencio III, dispuso que en el Hospital Espíritu Santo se asistiera a los niños expósitos. En 1136 se funda el Hospital de los Inocentes de Florencia.

De la piedad a la protección:

En España, en el siglo XIV data el primer centro de protección a la infancia, en Valencia, que actúa del 1337 a 1794, la Institución "El Padre de Huérfanos" en virtud del privilegio que le otorga Pedro IV de Aragón, recogiendo niños huérfanos abandonados. En los siglos XV y XVI, Santo Tomás de Villanueva convierte parte del Palacio Episcopal de Valencia en hospicio para niños abandonados en 1537, y por ello fue llamado el padre de los pobres. En 1567 se funda en Madrid la Inclusa o Casa de Expósitos, y en 1600 el médico Jerónimo Soriano fundó en Teruel el primer hospital de niños y escribió un tratado de infancia. Carlos III, en 1780 y Carlos IV, en 1794, fomentan la educación de los niños abandonados y mandan que las justicias de los pueblos castigaran por injurias y ofensas a quienes llamaran a estos niños "bordes, ilegítimos, bastardos o espúreos", y se les librarán de penas de azotes y de la horca. En Sevilla se crea el hogar llamado "Los Toribios de Sevilla", fundado por el hermano Toribio Velasco.

En Francia, San Vicente de Paúl, crea la casa Couche, la Comunidad de Hijas de la Caridad e inspira a Luís XIII, en 1642, y a Luís XIV, en 1670, a favor de los niños. Y el Cabildo de Nuestra Señora de París asistía a los niños expósitos en la casa del puerto de Saint Landry.

El siglo XIX:

Cuando los hijos no habían sido deseados, la mortalidad alcanzaba elevadas cotas. Así, en Londres, perecían el 80 por 100 de los hijos ilegítimos que habían sido encomendados a nodrizas, quienes exentas de escrúpulos, cobraban salarios y se desembarazaban prontamente de los lactantes. Cuando podían obtenerse ganancias, los adultos vendían, en ocasiones, a los niños como esclavos o los explotaban como mano de obra barata. El infanticidio era una amenaza en las familias de la época, y en determinadas culturas, era ampliamente aceptado como medio para controlar el aumento de población y eliminar niños con defectos congénitos. Oliver Twist no existió, pero la miseria y la explotación infantil de muchos niños europeos fueron reales en la época victoriana. Dickens abre su historia con el penoso nacimiento de su protagonista, que ya refleja una de las constantes de su tiempo: el abandono de niños. La madre de Oliver no sobrevive al parto, que se produce en un hospicio. Eran remotas las posibilidades de supervivencia de los recién nacidos, de cada 1.000 niños ingresados fallecían entre un 70 y un 80%, sin apenas superar el primer mes de vida.

Al abandono, por motivos socioeconómicos, cabría añadir el hecho de ser hijo ilegítimo. En muchos casos, los abandonos implicaban la muerte directa del menor abandonado, y en el resto representaba una vida muy precaria y marginal, dada la consideración de "expósito" que se arrastraba y los pocos recursos a los que se podía acceder. "Al no tener estos niños padres conocidos, se les ponían apellidos que delataban su condición de niños abandonados: el más cruel era el ponerles directamente 'Expósito' de apellido. Todavía en 1921 la ley establecía en España que los expedientes para cambiarse el apellido de Expósito por cualquier otro, serían gratuitos." (Mariano Arnal 2005)

La mutilación de las niñas, como hábito, se remonta a épocas antiguas, como son los deformantes vendajes de los pies de las niñas chinas, era una antigua costumbre, que se extendió desde el siglo X hasta el siglo XX. Esa tradición consistía en el vendaje apretado y doloroso del pie para que su tamaño no pasara de unos 7,5 cm. Inicialmente fue practicado por las familias ricas, pero rápidamente se difundió también entre las pobres. Tener hijas con pies diminutos era un signo de prestigio. Se consideraba que eran más idóneas para el matrimonio, ya que los 'pies de loto' obligaban a las muchachas a quedar recluidas en el hogar, lo que aseguraba su virginidad. Ese proceso doloroso duraba varios años y a menudo provocaba infección, gangrena e incluso la muerte.

La ignorancia, afán de sometimiento o absurdos ideales estéticos a lo largo de la historia han torturado la vida de millones de menores. Entre muchos otros, sería también el caso de la costumbre de alargar el cuello de las niñas en alguna tribu africana, o de comprimir la frente de los recién nacidos en algunas culturas precolombinas.

La mutilación genital ha constituido un rito religioso que se inicia en Egipto hace 2.000 años hasta nuestros días. En la actualidad sigue siendo un fenómeno muy grave: se estima que más de 135 millones de niñas y mujeres la han sufrido y que cada año dos millones de niñas corren el riesgo de padecerla. Las principales razones aducidas para la continuación de esta práctica son la costumbre y las estructuras de poder patriarcales para controlar la vida de la niña y de la futura mujer.

Los niños también han sufrido mutilaciones genitales: la circuncisión, pese a su discutible valor como medida profiláctica, continúa siendo una práctica actual en grandes grupos religiosos y étnicos. Las castraciones infantiles, por distintos motivos a lo largo de la historia: como guardianes de confianza de los aposentos femeninos, o en cantores de voz atiplada en las cortes y los monasterios, o para convertirlos en objetos sexuales, como en la Roma imperial.

En España, a finales del siglo XIX, la mortalidad infantil era dramática: uno de cada cinco recién nacidos moría antes de cumplir un año y dos no llegaban a cumplir los cinco años. La mortalidad de las madres también era alarmante. Esto, junto con enfermedades crónicas y pobreza, daba origen a situaciones familiares muy graves. En este contexto se fundaron instituciones médicas dedicadas exclusivamente a la atención infantil. En 1876, en Madrid se funda el Hospital del Niño Jesús, cuyo primer director fue el Dr. Benavente, padre del dramaturgo Jacinto; en Valencia, el de niños "nerviosos y coléricos" (1880); en Barcelona, el Hospital de Niños Pobres y la institución de la "Gota de leche", por el Dr. Francisco Vidal Solares (1892); en Madrid, el hospital de San Rafael, impulsado por los hermanos de San Juan de Dios (1892). Este mismo año, el Dr. Tolosa-Latour levanta, a sus expensas, el Hospital Marítimo de Chipiona (Cádiz), con el fin de aplicar los beneficios del sol y los baños de mar a la curación de enfermedades infantiles, como la escrofulosis y el raquitismo.

El Siglo XX, la Era de los Derechos del Niño:

Comienza el siglo con la consideración del niño como un objeto propiedad de sus padres, un adulto en miniatura, útil para el trabajo y la economía familiar. Gracias a los avances en la pedagogía y de la psicología evolutiva (Piaget, Bowlby, Wallon), el niño es considerado una persona diferente del adulto, en pleno desarrollo evolutivo de sus capacidades y con necesidades especiales.

En España, en el año 1900, el Dr. Tolosa-Latour organizó el primer Congreso Internacional de Protección de la Infancia, en donde se propusieron medidas médicas y legales. La labor incansable de Tolosa-Latour le llevó hasta las Cortes para defender en 1904 la primera Ley Española de Protección de la Infancia. De esta ley se derivó, en 1908, el Consejo Superior de Protección de la Infancia y Represión de la Mendicidad, del que fue secretario general; este organismo impulsó el Reglamento de Puericultura de 1910 y más tarde la creación de la Escuela Nacional de Puericultura, así como, los Tribunales Tutelares de Menores abandonados o desatendidos en 1918. Las grandes aportaciones de este eminente filántropo son, además: la protección del embarazo, el parto, la lactancia, la promoción de la familia, la medicina escolar, la psiquiatría infantil, la separación de los niños de las cárceles, la atención de los niños abandonados y la regulación de las condiciones de trabajo de la segunda infancia. En la década de 1950, se inicia un movimiento internacional en favor de los derechos del menor, encabezada por el Dr. Bosch-Marín, que defiende que el niño es un ser en pleno desarrollo de sus capacidades con derechos fundamentales que le son propios. Este movimiento, condujo al cambio de paradigma sobre la infancia en los países occidentales, hacia la necesidad de disponer de un sistema de vigilancia epidemiológica, herramientas para la prevención y la evaluación de las estrategias para una protección más completa.

En los Estados Unidos de América, la primera vez que se defendió a una niña que fue golpeada y encadenada por sus padres adoptivos por maltrato ante un tribunal, fue en Nueva York en 1.874, hubo que utilizar argumentos relacionados con la prevención de la crueldad hacia los animales. La Ley de Protección a los Animales es anterior a la de la Protección a la Infancia. Mary Allen Wilson fue víctima de maltrato y negligencia. La Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales argumentó que "puesto que Mary Allen era parte del reino animal, merecía, al menos, tanta protección como un perro común". De esta forma se ganó el primer proceso judicial que defendía a un menor del maltrato físico. La publicidad respecto a este hecho llevó a la creación, en 1875, de la Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños, la que posteriormente en 1884, fue creada en el Reino Unido.

En el resto de Europa, el personal sanitario va a tardar en tomar conciencia de este problema. En 1860, el médico parisino A. Tardieu, describe por primera vez los casos de 32 niños que fueron golpeados y quemados, con lesiones de hematomas y hemorragias, que fueron víctimas de maltrato hasta causarles la muerte. Éste y otro trabajo realizado en Londres, inician el estudio y la preocupación de los médicos por el tema. Desde entonces y hasta bien entrado el siglo XX, este problema queda en una fase de latencia. Es en 1929, Parisot y Causade realizan un estudio que lo presentan en el XIV Congreso de Medicina Legal de París. Posteriormente, J. Caffey, en 1946, llama la atención sobre fracturas óseas en niños sin causa aparente que las justificaran. Silverman describió la evolución detallada de las mismas y señaló, por primera vez, que los padres pudieran ser los autores de estas lesiones. P. Wolley, en 1955, alertó de la brutalidad y crueldad del MTI, destacando la importancia el medio familiar y social del niño en el origen de los mismos. H. Kempe, en 1961, en la reunión anual de la Academia Americana de Pediatría, utilizó la expresión "síndrome del niño apaleado" para referir el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir al niño, ejercida por uno de sus padres o por otra persona responsable del cuidado del menor.

1.4. Situación actual y perspectivas para el siglo XXI

A finales del siglo XX se vieron los resultados del magnífico trabajo en beneficio de los derechos del niño. El Mundo reconoce por fin la importancia de la infancia, que resumimos en Tabla 1 (UNICEF, 2005)

Tabla 1

EL MUNDO RECONOCE LA IMPORTANCIA DE LA INFANCIA

1919 Eglantyne Jebb, pone en marcha Save the Children Fund, como respuesta a la miseria en que la guerra hunde a miles de niños en Europa. Aspira a algo más que a ofrecer un socorro inmediato y, en 1920, se traslada a Ginebra para crear Save the Children International Union (que más tarde se convertiría en la Unión Internacional de Protección de la Infancia).

1924 La Sociedad de Naciones aprueba la Declaración de Ginebra o Tablas de los Derechos del Niño, redactada por la Unión Internacional de Protección de la Infancia. La Declaración establece que el niño tiene derecho al desarrollo material, moral y espiritual; a recibir ayuda especial cuando esté hambriento, enfermo, discapacitado o huérfano; a que se le socorra en primer lugar en situaciones graves; a estar protegido contra cualquier explotación económica y a recibir una educación que le inculque un cierto sentido de responsabilidad social.

1948 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo artículo 25 se refiere al niño como poseedor de "derecho a cuidados y asistencia especiales".

1959 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración sobre los Derechos del Niño, que reconoce derechos como el derecho a no ser discriminado y el derecho a tener un nombre y una nacionalidad. También consagra en la práctica los derechos de la infancia a la educación, a la atención de la salud y a la protección especial.

1979 Las Naciones Unidas declaran 1979 como Año Internacional del Niño. El mayor logro del Año es que la Asamblea General acuerda que se establezca un grupo de trabajo de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, con el fin de redactar una Convención que sea jurídicamente vinculante.

1989 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba por unanimidad la Convención sobre los Derechos del Niño, que entra en vigor al año siguiente.

1990 Se celebra en Nueva York la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. A ella asisten 71 Jefes de Estado y de Gobierno. Los dirigentes mundiales firman la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, así como un Plan de Acción para aplicar la Declaración, que establece metas que deben lograrse para el año 2000.

1994 El Año Internacional de la Familia reafirma que los programas deberán apoyar a las familias, que son las que alimentan y protegen a los niños, en vez de ofrecer sustitutos a dichas funciones.

1999 Se aprueba el Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación (Convenio N° 182 de la OIT).

2000 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio incorporan metas específicas relacionadas con la infancia, entre ellas la reducción de la mortalidad mundial de niños menores de cinco años en dos terceras partes, y el logro de la educación básica universal a lo largo del período comprendido entre 1990 y 2015. La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba dos Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño: uno sobre la -----

participación de los niños en conflictos armados, y otro sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía. 2002 La Asamblea General de las Naciones Unidas celebra la Sesión Especial en favor de la Infancia, reuniéndose por primera vez para debatir específicamente cuestiones relacionadas con la infancia. Cientos de niños participan formando parte de las delegaciones oficiales. Los dirigentes mundiales se comprometen a crear "Un mundo apropiado para los niños", y reafirman que la familia tiene la responsabilidad básica de la protección, la crianza y el desarrollo del niño, y que tiene derecho a recibir una protección y un apoyo integrales.

II. CONCEPTO Y TIPOS

El estudio del MTI pasa por definir de forma consensuada y universal los conceptos de Infancia y Maltrato.

2.1. La infancia: una definición variable

El concepto de infancia está condicionado históricamente por lo que a lo largo de los siglos se entiende por "niño", y que ha ido variando según las distintas culturas y su respectivo desarrollo. En la actualidad, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su Artículo 1, se entiende por niño *"todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad."* La Convención es el primer tratado internacional de derechos humanos que combina en un instrumento único una serie de normas universales relativas a la infancia, y el primero en considerar los derechos de la niñez como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria, vinculante para los estados que la han firmado Sin embargo, se entiende que esto no se aplica, a menos que las leyes nacionales reconozcan la mayoría de edad más temprano. En algunos países, la mayoría de edad se obtiene con el matrimonio, de manera que las novias infantiles no son protegidas hasta la edad de 18. Generalizar la protección hasta la edad de 18 proporcionaría mayor protección a la niñez frente a la explotación sexual y la manera en que se trata a los jóvenes con actitudes antisociales y predelincentes en los tribunales.

2.2. Definición de Maltrato Infantil y tipos

El MTI es un problema de salud pública de difícil abordaje a nivel mundial, debido a, la falta de una definición universalmente aceptada, y la variedad de códigos morales en los distintos países. La Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato Infantil realizó un estudio comparativo de las definiciones de MTI en 58 países (Bross y cols. 2000) encontrando discrepancias: algunas definiciones se centran en los actos de los adultos independientemente del resultado, mientras que otras consideran MTI cuando hay daño para el niño. Parte de la bibliografía incide en que el daño sea intencional o no para calificar de maltrato. Todo esto viene complicado por el hecho de que la noción de lo que son comportamientos aceptables o que producen un daño a la infancia, están influidos por el desarrollo cultural y sometidos a una continua revisión, a medida que van evolucionando los valores y las normas sociales.

El concepto de Maltrato contra la infancia está reflejado en Artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas en la que los Estados partes adoptarán todas las medidas legislativas administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra *"toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo"*.

La definición que cubre la mas amplia gama de tipos de MTI, es la propuesta en el Informe de la OMS sobre Prevención del Maltrato Infantil (1999), *"toda forma de maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o tratamiento negligente, explotación comercial o de otra índole, que resulta en una daño real o potencial a la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño/a, en un contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder"*.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) reconoce el maltrato como un problema de salud con su correspondiente código T74, y específicamente sus formas:

- ◆ negligencia y abandono (T74.0),
- ◆ el maltrato físico (T74.1),
- ◆ el abuso sexual (T74.2) y
- ◆ el maltrato emocional (T74.3).

En la tabla 2 ampliamos otras definiciones terminológicas propuestas por el Grupo de Naciones Unidas de la Convención de los Derechos del Niño (2005)

III. EPIDEMIOLOGÍA

3.1. Nivel Mundial

La magnitud del problema es difícil de cuantificar, pues son escasos los países que tienen sistemas de vigilancia epidemiológica operativos.

Mortalidad

La mortalidad general por causa de la violencia en el mundo, según estimaciones (OMS, 2003), fueron más de 1,6 millón de personas, lo que significa que cada día más de 4.000 personas en el mundo tuvieron una muerte violenta. De estas, 57 000 defunciones son atribuidas a menores de 15 años. Estos datos provienen principalmente de países con registros de defunciones. Por lo que las cifras constituyen sólo la punta del iceberg. La información disponible viene de países de altos ingresos, con sistemas de información, y la mayoría de las formas de violencia contra la infancia son más frecuentes en contextos de bajos ingresos, que no cuentan con sistemas de notificación y datos de mortalidad.

Las estimaciones de los homicidios de niños a nivel mundial indican que los lactantes y los niños de 0 a 4 años corren un riesgo mayor, con tasas que equivalen a más del doble de las observadas en los niños de 5 a 14 años. (Tabla 3).

Tabla 2

DEFINICIONES DE LOS DISTINTOS TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

MALTRATO	DEFINICIÓN
Físico	El uso intencional de fuerza física con el potencial riesgo de causar muerte, inhabilidad, lesión o daño. Incluye, también la coerción de otro sujeto para cometer actos violentos. Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. <i>Intimate partner violence surveillance. Uniform definitions and recommended data elements</i> . CDC, 1999.
Abuso sexual	Es todo acto sexual que una persona en relación de poder y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, obliga a otra persona a ejecutar contra su voluntad, o a que participe en interacciones sexuales que propicien su victimización y de la que el ofensor intenta obtener gratificación. Shrader E, Sagot M. <i>La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar</i> . Washington : OPS/OMS; 1998.
Prenatal	Toda conducta que influye negativa y patológicamente en una embarazada , y por tanto en el feto, ya sea por parte de la propia gestante o causada por otras personas
S. Münchhausen por poderes	Los cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto.
Negligencia en el cuidado físico o psicoafectivo	Falta de cuidados básicos, supervisión o atención, que afecte al desarrollo físico, emocional o intelectual del niño, por parte de padres o cuidadores.
Abandono	Máximo grado de negligencia
Emocional	Cualquier conducta psíquicamente destructiva de tipo intencional por parte de un adulto, ya sea por actos o amenazas de actos de violencia o tácticas de coerción que cause o pueda causar deterioro en el desarrollo emocional, social e intelectual del niño Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. <i>Intimate partner violence e surveillance. Uniform definitions and recommended data elements</i> . CDC, Atlanta; 1999.
Institucional	Cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por actuación o por omisión, procedente de los poderes públicos o privados, que vulnere o pueda vulnerar los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño.
Corrupción	Incitación por parte de un adulto, al consumo de drogas uso del menor en su comercio o tráfico.
Explotación laboral	Cualquier conducta inducida por un adulto encaminada a su explotación en tareas con beneficio económico.
Mendicidad	Cualquier conducta inducida por un adulto en el menor encaminada a la ayuda del adulto en la demanda de limosna o bien a la demanda del niño solo de limosna.

Semantics or Substance?. Towards a shared understanding of terminology referring to the sexual abuse and exploitation of children. NGO Group for the Convention on the Rights of the Child, January 2005

Tabla 3

Tasas estimadas de homicidios y suicidio por edades en todo el mundo, 2000

Grupo de edad	Tasa de homicidios (por 100 000 habitantes)		Tasa de suicidio (por 100 000 habitantes)	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
0-4	5,8	4,8	0,0	0,0
5-14	2,1	2,0	1,7	2,0
15-29	19,4	4,4	15,6	12,2
30-44	18,7	4,3	21,5	12,4
45-59	14,8	4,5	28,4	12,6
~ 60	13,0	4,5	44,9	22,1
Total	13,6	4,0	18,9	10,6

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad (OMS, 2003)

El riesgo de maltrato mortal de los niños menores de 5 años varía según el nivel de ingreso del país y la región del mundo: En los países de ingreso alto, la tasa de homicidios es de 2,2 por 100 000 para los varones y de 1,8 por 100 000 para las niñas. En los países de ingreso mediano o bajo las tasas son de dos a tres veces más altas: 6,1 por 100 000 para los niños y 5,1 por 100 000 para las niñas. Las tasas más altas se encuentran en África: 17,9 por 100 000 para los varones y 12,7 por 100 000 para las niñas. Aunque habitualmente no se investigan muchas de las defunciones de menores, ni se llevan a cabo exámenes posmortem, lo que dificulta establecer con precisión la cantidad de muertes causadas por el maltrato de menores en un país determinado. Las causas más comunes de muerte atribuidas al maltrato de menores, son: lesión en la cabeza, traumatismo en el abdomen, y sofocación intencional.

Carga mundial de morbilidad

Los datos sobre el MTI provienen de diversas fuentes, tales como las estadísticas oficiales, los informes de casos y las encuestas basadas en la población.

Las estadísticas oficiales a menudo revelan poco acerca de las características del maltrato de menores. Esto obedece en parte a que en muchos países no hay ningún sistema jurídico o social con la responsabilidad específica de registrar informes sobre el MTI. Además, existen diversas definiciones jurídicas y culturales del maltrato y negligencia en los distintos países. Hay también pruebas de que solo una proporción pequeña de los casos de maltrato de menores se informa a las autoridades, aunque exista la notificación obligatoria.

Una de las fuentes de datos son los informes de las Agencias Internacionales dependientes del sistema de las Naciones Unidas.

Entre los datos más significativos, señalamos:

- En el Caribe, un 96% de las personas dedicadas a la atención a la infancia creen que el castigo corporal refleja que los padres y madres están “lo bastante atentos como para invertir tiempo en formar adecuadamente a sus hijos”. (UNESCO, 2005).
- En Asia, al menos 60 millones de niñas han “desaparecido” debido a la selección prenatal del sexo, el infanticidio o el abandono. (UNICEF, 2005)
- A nivel mundial, el 20% de las mujeres y entre el 5% y el 10% de los hombres sufrieron abusos sexuales durante la infancia (UNICEF, 2006).
- La OIT calcula que en 2006 hay 126 millones de niños y niñas de 5 a 17 años de edad realizan trabajos peligrosos.
- UNICEF estima que en el mundo hay más de 130 millones de mujeres y niñas a quienes se les ha practicado alguna forma de mutilación genital.
- Más de un millón de niños y niñas son detenidos en todo el mundo por las autoridades policiales.

Las encuestas basadas en la población son un elemento esencial para determinar las dimensiones reales del problema del MTI. Ante la dispersión de datos e investigaciones, el 12 de febrero de 2003 el Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Kofi Annan, designó a Paulo Sergio Pinheiro dirigir un estudio mundial sobre la violencia contra los niños, que todavía está en marcha. El objetivo del estudio es realizar un análisis exhaustivo de la prevalencia, la naturaleza y las causas de la violencia contra los niños. Basado en los derechos humanos de los niños a la protección contra toda forma de violencia, el estudio aspira a fomentar la toma de medidas para prevenir y eliminar la violencia contra niños y niñas, incluida la violencia en el hogar, la escuela, las instituciones, el lugar de trabajo y la comunidad.

Las principales conclusiones provisionales en 117 países son:

- La falta de datos sistemáticos sobre la violencia contra los niños.
- La asignación insuficiente de recursos financieros y humanos, y la escasez de programas destinados a prevenir y combatir la violencia contra los niños.
- Faltan medidas de rehabilitación para los niños que han sido víctimas de malos tratos y abusos.
- Los castigos corporales siguen siendo una práctica ampliamente aceptada y practicada dentro de la familia.
- La violencia contra la mujer en la familia continúa siendo generalizada y surtiendo un efecto negativo en los niños.
- Existen leyes anticuadas relativas al abuso sexual.
- En las escuelas continúan administrándose regularmente castigos corporales.
- Casos de violencia contra menores en la administración de la justicia: los niños son víctimas de tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, por parte de agentes de policía o en las comisarías, lugares de detención o cárceles. Con frecuencia, la edad mínima de responsabilidad penal es excesivamente baja.
- Aumento de la participación de menores en la industria del sexo, incluidas la prostitución y la pornografía.
- Aumento del número de niños de la calle y la vulnerabilidad de éstos a la violencia, la tortura, el abuso sexual, la explotación, el asesinato y el secuestro.
- Persistencia de las prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital femenina, los matrimonios forzados o precoces, la violencia por causa de la dote, el infanticidio de niñas, y la esclavitud.

3.2. MTI en España

La frecuencia real de MTI en la infancia es difícil de cuantificar en nuestro país, debido fundamentalmente a tres factores:

- Los datos se obtienen de los expedientes de protección al menor existente en cada Comunidad Autónoma, y en la literatura se reitera que los casos que llegan a los servicios sociales son apenas el 20 % del total.
- El personal sanitario que atiende las lesiones, puede no detectar los casos de MTI, y/o no denuncia el caso;
- La familia oculta las lesiones por miedo a la denuncia y no solicita asistencia sanitaria.

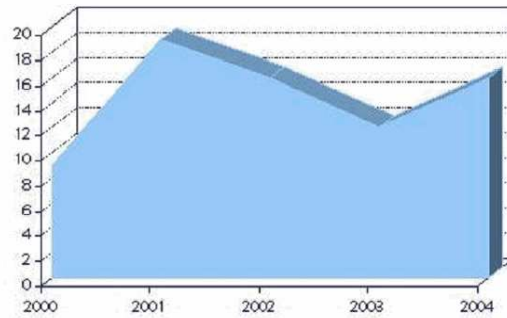
El Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia tiene como objetivo el desarrollo del Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el ámbito familiar, ofreciendo los datos sobre la incidencia y prevalencia del MTI en la familia española.

Mortalidad

La incidencia de menores muertos en el ámbito familiar ha crecido un 77,78 % en el último quinquenio, 2000 a 2004

Tabla 4

Incidencia de la Mortalidad de Menores en el ámbito familiar en España



2000	2001	2002	2003	2004	Increment. 00-04
9	19	16	12	16	77,78%

Los niños asesinados, por tramos de edad, han sido:

	2000	2001	2002	2003	2004	Increment. 00-04
Menores de 13 años	5	18	14	10	11	120%
De 13 a 15 años	1	0	2	1	4	300%
De 16 a 17 años	3	1	0	1	1	-66,67%

Incidencia y Prevalencia

La prevalencia en España, según el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar dirigido por el Centro Reina Sofía, fue de 7,16 niños maltratados por cada 10 000 menores de 18 años. Por Comunidades Autónomas destacan Melilla y Ceuta con una prevalencia de 15,19 y 12,92 por 10 000, respectivamente. Las Comunidades con prevalencias más bajas son, Cantabria y Madrid, con unas tasas de 2,41 y 5,46 por 10 000 menores. (Tabla 5)

La principal causa fue la Negligencia (86,4 %), seguida de Maltrato Emocional (35,4 %), y Maltrato Físico (19,9 %). Los casos de abuso sexual representan el 3,6 % de todos los casos de MTI. Si bien, hemos de tener en cuenta que un víctima puede padecer uno o más tipos de maltrato a la vez.

Tabla 5

Incidencia y Prevalencia de los tipos de maltrato infantil, según Comunidad Au

La distribución del MTI según sexo, es más frecuente en los chicos. Las principales características de la población menor víctima de MTI son: niños con problemas de escolarización, padecer trastornos mentales, u otro problema de salud, y tener alteraciones en el desarrollo psico-físico para su edad.

La evolución de la prevalencia por cada 1000 menores, en el período de 1997 a 2004 ha aumentado 108,67 %

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Incremento 97-04
0,33	0,37	0,4	0,39	0,36	0,61	0,66	0,79	108,67 %

Desde el punto de vista del modelo ecológico del estudio del MTI es interesante analizar las variables del contexto relacional familiar y social. Es de destacar la frecuencia de MTI en las familias monoparentales, en la que la pareja del agresor ha abandonado el hogar, que viven en una vivienda deficiente, no mantiene una buena relación familiar, ni con el entorno social de las personas del barrio. Tabla 6.

Tabla 6

Contexto familiar y social de la familia del MTI en España.

C. Autónoma	CONTEXTO FAMILIAR											CONTEXTO SOCIAL								
	Tipos de familia					El agresor recibe maltrato de su pareja			La pareja del agresor ha abandonado el hogar			Familia en vivienda en buenas condiciones			El agresor tiene buenas relaciones familiares			El agresor tiene buenas relaciones con vecinos		
	Tradicional	Monoparental	Reconstituida	Adoptiva	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc
Andalucía	754	387	179	76	20	397	1.584	202	223	1.834	126	325	726	334	352	647	1.104	164	525	1.494
Aragón	79	36	17	11	4	18	180	21	13	189	17	42	72	26	81	64	74	22	73	124
Asturias	130	77	29	15	3	57	274	33	27	303	34	85	100	66	94	81	189	21	74	269
Baleares	103	62	38	11	6	58	205	52	5	290	20	40	68	110	54	136	125	15	78	222
Canarias	119	118	45	17	1	82	315	29	81	332	13	65	182	47	111	163	152	64	105	257
Cantabria	16	5	6	2	0	4	37	2	2	41	0	10	12	5	13	16	14	2	22	19
Cataluña	424	246	165	55	17	253	985	99	139	1.132	66	379	338	167	580	533	224	539	377	421
C. de Madrid	321	219	90	25	11	168	646	129	99	756	88	283	278	96	369	338	236	280	317	346
C. Valenciana	330	261	113	49	8	0	0	965	0	0	965	190	286	270	366	240	359	107	144	714
Extremadura	103	51	23	7	2	42	191	20	21	213	19	79	66	35	94	117	42	75	106	72
Galicia	246	119	64	12	9	77	526	66	30	587	52	109	128	186	139	344	62	158	449	
J. C. C. M.	199	75	38	20	4	81	393	64	20	486	32	83	155	92	167	151	220	68	167	303
J. C. Y. L.	219	104	39	14	7	113	389	96	33	490	75	100	175	101	123	150	325	17	134	447
La Rioja	20	18	6	3	0	4	57	9	14	49	7	20	16	10	34	13	23	26	16	28
Murcia	151	60	38	5	6	62	311	37	9	379	22	87	122	43	112	138	160	43	164	203
Navarra	47	27	7	3	1	24	89	3	18	96	2	61	20	4	68	47	1	71	42	3
País Vasco	131	63	39	10	8	52	257	46	20	315	20	96	80	70	138	132	85	103	128	124
Ceuta	14	7	2	3	0	16	23	2	5	34	2	5	12	9	3	21	17	1	4	36
Melilla	11	15	2	1	4	4	31	9	0	38	6	7	8	18	11	5	28	0	8	36
Total	3.417	1.950	940	339	111	1.512	6.493	1.884	739	7.564	1.566	2.066	2.925	1.631	2.956	3.131	3.802	1.680	2.642	5.567

Fuente: elaborado por el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia a partir de datos propios del Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el ámbito familiar; datos de población del I.E.

Los estudios encuestas basadas en la población por OMEP – España (Sáez crespó, 1998) sobre la Actitud de los españoles ante el castigo físico infantil como forma de disciplina familiar (Juste, Morales y Costa, 1997), de ámbito nacional, nos ofrece las siguientes conclusiones:

El 40 % contestó que algunas veces era necesario, y el 1,7 % contestó que era necesario muchas veces, como método educativos empleados con sus hijos, con la siguiente distribución:

- El 16,5 % de los padres presentan un alto riesgo de emplear métodos violentos con agresiones físicas hacia sus hijos (cachetes, bofetadas, palizas y golpes).
- El 17,1 % de los padres presentan un alto riesgo de recurrir a la agresividad y violencia psicológica con sus hijos (desprecios, minusvaloración, muestras de desafecto, humillación en público).
- El 16,5% de los padres presentan alto riesgo de recurrir a ambos tipos de MT.
- El perfil de las personas que responden afirmativamente corresponde, en el primer caso a una mujer; de edad comprendida entre 30 y 40 años, con estudios primarios, conviviendo con una pareja, y pertenecientes a la clase social de obreros cualificados.

Según datos del "Informe sobre situación Maltrato Infantil en las Familias Españolas, noviembre 2005, sobre 14.114 llamadas sobre maltrato infantil recibidas en el Teléfono del Menor Anar entre los años 1994 y 2005, revela que 17 de cada 10.000 menores españoles sufre maltrato físico, psíquico, abuso sexual o situación de abandono, la mayoría son niñas (75,6%), sobre todo adolescentes: 14-17 años (72,6%), que son vejadas principalmente por progenitores masculinos.

Las principales causas por la que los menores llaman son:

- 58.86% son por maltrato físico,
- 30.32% por abuso sexual,
- 7.69% por maltrato psicológico y
- 3.11% por abandono.

Los responsables del informe ponen de relieve el alto porcentaje de abusos sexuales revelados en este trabajo, frente a otras investigaciones que rebajan la proporción de agresiones sexuales infantiles. A su juicio, el hecho de que la línea telefónica de ayuda al menor sea confidencial hace que "la transmisión" de este tipo de abusos, "que suelen ser un tema tabú y por lo tanto difícil de comunicar", se realiza de una manera más "fácil y frecuente".

IV. ETIOLOGÍA

Se han formulado diversas teorías y modelos para explicar los incidentes de maltrato dentro de las familias. El modelo explicativo más ampliamente adoptado es el modelo ecológico descrito anteriormente. Aplicando al MTI, el modelo ecológico considera varios factores, como las características de cada niño y su familia, las de su cuidador o perpetrador, la índole de la comunidad local y el ámbito social, económico y cultural (Garbarino y Crouter, 1978; Belsky, 1980).

La escasa investigación en este campo indica que, en una serie de países, algunos factores son bastante uniformes en cuanto al riesgo que implican. No obstante, es importante observar que estos factores, que se enumeran a continuación, tal vez se asocien solo estadísticamente y no exista un vínculo causal. (National Research Council, 1993; Sáez, 2001).

4.1. Factores Predisponentes:

- **CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES:**

Padres inmaduros (20 - 30 años) RR: 3

Embarazos no deseados.

Padres egocéntricos.

Escasa adaptación ante la frustración.

Fondo de agresividad.

Sufrieron MT en su infancia.

Depresión o problemas emocionales.

Baja autoestima.

Expectativas poco realistas sobre el niño.

- **CARACTERÍSTICAS DE LOS HIJOS:**

Ilegitimidad.

Niños con discapacidades físicas y / o psíquicas.

Gemelos.

Enfermedades crónicas (especialmente VIH/SIDA).

Niños adoptados o en custodia.

Niños hiperactivos.

Mal ajuste escolar.

4.2. Factores Desencadenantes:

- **FALLO EN LA DINÁMICA FAMILIAR:**

Familias "rotas".

Amor y afectividad.

Factores psico-sociales.

- **AMBIENTES MARGINALES CON PROBLEMÁTICA SOCIAL:**

Paro.

Miseria humana.

Incultura.

Hacinamiento.

Alcoholismo.

Otros factores asociados:

Los padres agresores, han sufrido MT en su infancia.

El agresor mas frecuente es la madre.

Las edades más expuestas son entre 2 y 6 años.

Son más frecuentes en familias de 4 o más hijos.

Se produce con mayor frecuencia en el hijo mayor.

V. DIAGNÓSTICO

El MTI incluye la amenaza o el daño físico, psíquico y social. Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales. Estas señales de alarma nos pueden indicar una situación de riesgo o MTI.

5.1. Los indicadores de presunción

Pueden ayudar la observación, pero hemos de tener en cuenta que la existencia de éstos, por sí solos, no es suficiente para demostrar el MTI, sino que hay que considerar también la frecuencia de las manifestaciones, cómo, dónde y con quién se producen.

En la observación del comportamiento del niño, podemos encontrar:

5.1.1. SIGNOS FÍSICOS, como una lesión física cutánea traumática, no explicada, en un niño menor de 3 años y que concurren las siguientes características:

- Signos físicos repetidos (quemaduras, hematomas,...);
- Dolores frecuentes sin causa aparente,
- Discordancia entre la historia relatada y los hallazgos exploratorios,
- Intervalo excesivo entre la lesión y la visita en la consulta,
- Signos de abandono y suciedad: mal olientes, con ropa descuidada y, en general "toda lesión que cura en el hospital y recidiva en el hogar",
- La presencia de cualquier fractura en niños menores de 2 años puede indicar maltrato,
- La dificultad para andar o sentarse y el dolor o picor en la zona genital pueden deberse a abuso sexual,
- Retrasos en el ritmo de crecimiento,
- Falta de cuidados médicos básicos; higiene, problemas alimenticios (muy glotón o con pérdida de apetito), y las infecciones recurrentes pueden suponer la existencia de maltrato por negligencia o abandono

5.1.2. SINTOMAS PSICOSOCIALES:

Disminución desarrollo emocional e intelectual,
 Retraso psico-motor,
 Retraso en la adquisición del lenguaje,
 Retraimiento social,
 Ausencia expresión emocional y /o gestual,
 Cansancio o apatía permanente,
 Trastornos del ritmo del sueño,
 Actitud hipervigilante (en estado de alerta, receloso),
 Depresión,
 Presenta conductas antisociales y/o predelinquentes,
 Desconfianza hacia el adulto y apatía en las relaciones con los progenitores.

En el comportamiento los padres o cuidadores, durante la entrevista:

Parecen no preocuparse por el niño,
 No acuden a las citas programadas o acuden a consulta a demanda sin motivo real,
 Cambio frecuente de médicos y enfermeras de cabecera,
 Ausencia de informes de alta tras ingresos hospitalarios,
 Múltiples visitas al pediatra por traumatismos o intoxicaciones,
 Abusan de sustancias tóxicas (alcohol, drogas...),
 Expresan dificultades en su matrimonio,
 Trato desigual entre hermanos,
 Utilizan habitualmente una disciplina inapropiada para la edad del niño,
 Ofrecen explicaciones ilógicas al personal sanitario en el momento de la crisis, que imposibilita la correcta recolección de datos de la vida familiar,
 La frialdad y falta de afecto en el trato del niño, el rechazo verbal, el menosprecio y desvalorización del niño son comportamientos paternos que pueden indicar maltrato.

5.2. La detección de MTI

Consiste en reconocer o identificar una posible situación de abuso en el niño. El objetivo es posibilitar la ayuda a la familia y al niño para evitar la gravedad de las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias. Por ello todos los esfuerzos van encaminados al reconocimiento de indicadores que, a través de la anamnesis, la exploración y la historia social nos orienten a la posible existencia del maltrato.

Ante la sospecha, se realizará una primera entrevista con los padres o cuidadores, procurando tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La entrevista se llevará en privado.
- Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica.
- Actitud no punitiva o juzgadora.
- Utilizar un lenguaje comprensible a la hora de proporcionar información, en tono suave y normal.
- No insistir en preguntas que no quieran responder.
- Asegurar la confidencialidad.

Si fuera necesario entrevistar al niño, se valorará la posible repercusión sobre el menor, procurando que no se sienta culpable.

5.3. El examen clínico

Debe ser meticulado y a la vez cuidadoso para no causar reexperiencia del trauma, evitar exploraciones innecesarias o repetidas si pensamos que por la gravedad o importancia de la lesión va a ser remitido a médico forense o centro hospitalario.

En caso de sospecha de maltrato emocional es conveniente derivar al niño a servicios de psicología o salud mental para poder hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos.

Es frecuente que un menor sufra más de un tipo de maltrato al mismo tiempo, los casos de maltrato apenas se dan solos, así menores abandonado sufren también abuso emocional, o el abandono físico esta correlacionado con el abuso físico, y por lo que respecta al abuso sexual, destaca la elevada correlación con el abuso emocional.

5.4. La notificación del caso

Es una condición necesaria para posibilitar la intervención de los Servicios de Protección del Menor, y una obligación legal y profesional (Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículo 262; Ley de Protección Jurídica al Menor, artículo 13; Código Penal Artículos 407 y 450, y Código Deontología y Ética Médica, artículo 30.2).

No sólo los casos graves deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo. En estos supuestos se comunicará a servicios sociales del centro de salud o servicios sociales municipales de la zona.

La notificación deberá realizarse a servicios sociales del ámbito sanitario o de zona, en caso de gravedad se seguirán los cauces propios del centro hospitalario al que se remite (Juez de Guardia, Fiscal de Menores,...). Ante una situación de emergencia o alto riesgo se debe asegurar el ingreso en un centro hospitalario.

5.5. La intervención sanitaria ante un caso de crisis

Ante la sospecha de un caso de maltrato infantil, tenemos que considerar:

- La intervención debe ser sobre el problema en su conjunto: todas las circunstancias predisponentes, desencadenantes y modificadoras de la presentación, intensidad y recurrencia del maltrato.
- Tratamiento de las lesiones y sus secuelas físicas, así como, las medidas protectoras en caso de sospecha de riesgo de contagio, según tipo de MTI (inmunización tétanos, hepatitis B, tratamiento profiláctico de enfermedades transmisibles según el riesgo del agresor, y controles serológicos de ETS, etc.).
- Asegurar tratamiento emocional y psicológico por centros de salud mental infantojuvenil.
- Coordinarse con los servicios sociales de la zona.
- Seguimiento de la familia y el niño para el tratamiento de las crisis (secuelas, repetición del maltrato, problemas de salud asociados).
- La atención debe ir dirigida no sólo al niño, sino al grupo familiar adoptando medidas terapéuticas oportunas (sobre el alcoholismo, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, planificación familiar, etc.).

Se favorecerá la atención del menor en su propia familia, siempre que ello sea posible, procurando la participación de los padres y familiares próximos en el proceso de normalización de su vida social.

VI. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

La carga mundial para la salud debida al MTI, medida en términos de mortalidad prematura, según OMS es de 57 000 defunciones en menores de 15 años al año.

También se han investigado algunas de las consecuencias para la salud (Zunzunegui, Morales y Martínez, 1997; Bifulco y Morán, 1998), y enfermedades importantes de la edad adulta —entre ellas la cardiopatía isquémica, el cáncer, la enfermedad pulmonar crónica, el síndrome del colon irritable y la fibromialgia— que están relacionadas con experiencias de maltrato durante la niñez (Felitti y cols. 1998) debido a la adopción de factores de riesgo vinculados con el comportamiento, tales como el tabaquismo, el abuso de alcohol, la alimentación deficiente y la falta de ejercicio.

Tabla 7

CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD

Físicas Lesiones abdominales o torácicas Lesiones cerebrales Moretones e hinchazón Quemaduras y escaldaduras Lesiones del sistema nervioso central Discapacidad Fracturas Desgarros y abrasiones Lesiones oculares
Relacionadas con la salud sexual y reproductiva Problemas de la salud reproductiva Disfunción sexual Enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH y el SIDA Embarazos no deseados
Otras consecuencias a largo plazo Cáncer Enfermedad pulmonar crónica Fibromialgia Síndrome de colon irritable Cardiopatía isquémica Enfermedad hepática Problemas de la salud reproductiva, como la esterilidad

Fuente: Informe Mundial sobre Violencia y Salud. OMS, 2003.

VII. PREVENCIÓN

Los padres, el personal sanitario y los maestros deben ser los principales actores de la prevención del MTI y de la Promoción del Buen Trato a la infancia. (Tabla 8)

Tabla 8

NIVELES DE PREVENCIÓN

	<i>Prevención Primaria</i>	<i>Prevención Secundaria</i>	<i>Prevención Terciaria</i>
POBLACIÓN DIANA	Población General	Población de Riesgo	Víctimas
OBJETIVOS	Reducir la incidencia de nuevos casos	Reducir los factores de riesgo y potenciar los factores protectores Disminuir la duración y la gravedad	Reducir la gravedad y las secuelas y evitar repetición
PROCEDIMIENTOS	Eliminación de factores de riesgo Promoción de la salud y de la competencia de la población general	Detección y tratamiento tempranos Promoción de la salud y de la competencia de la población de alto riesgo	Tratamiento de las víctimas y de su entorno Promoción de la salud y de la competencia de las víctimas y de su entorno.

Costa M, Morales JA, 1997

Así pues, hemos nos centramos en reducir la incidencia de nuevos casos, con intervenciones dirigidas a la población general, con el objetivo de evitar la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores protectores de promoción de salud. Proponemos las siguientes:

7.1. Actividades de promoción de la salud:

1. Capacitación específica de los profesionales de atención a la infancia y la familia, para la detección del MTI y seguimiento del tratamiento, que integra los aspectos pediátricos, sociales, legales, jurídicos y policiales, de investigación y de prevención.
2. Intervenir en las familias, desde la psicoprofilaxis obstétrica con, medidas de educación para la paternidad responsable, y puericultura: Entrenamiento y capacitación de los padres en habilidades de cuidados de los hijos, el conocimiento sobre las etapas del desarrollo infantil, y las exigencias que comporta asumir el rol de ser padres. Desarrollo de habilidades para afrontar el estrés que implica el cuidado de los hijos y para manejar el comportamiento infantil. Mejorar el vínculo, los lazos emocionales, y las prácticas educativas y de comunicación, en la relación entre padres e hijos.
3. Desarrollar en el medio comunitario las "escuelas de padres" promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
4. Prevenir el embarazo precoz no deseado, en las mujeres jóvenes mediante la educación psico-afectiva y el desarrollo de habilidades y valores para la vida, tanto en centros escolares, como en los controles de salud de los 11, 12 y 14 años en las consultas de pediatría, a padres y niños
5. En los controles de la Consulta del Niño Sano identificar las necesidades especiales de cada etapa evolutiva del niño, estableciendo, con la participación y aceptación de los padres, objetivos específicos (alimentación, higiene, sueño, rabietas, control de esfínteres, etc.). Brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva, promover la capacitación de los padres para creación de habilidades para la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
6. Visita domiciliar de enfermería, a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida, con frecuencia mensual, duración de cada visita de 20 a 40 minutos y un protocolo definido previamente para cada familia. La detección prenatal se realiza por el médico de familia, la matrona los controles de la embarazada, y las visitas de enfermería programadas con la trabajadora social.

7.2. Eliminación y /o reducción de los factores de riesgo:

1. Identificación de familias de riesgo. El maltrato infantil es difícil de predecir y los cuestionarios diseñados para identificar a familias de riesgo, que maltratarían eventualmente a sus hijos, se han revelado ineficaces. Con una prevalencia del maltrato infantil de 15 por mil, sensibilidad del 80% y especificidad del 90% de los cuestionarios se señalarían un 30% de falsos positivos. Se recomienda la búsqueda sistemática de casos de familias de riesgo en la apertura de la Historia de Salud en Atención Primaria recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar y otros factores de riesgo de la población infantil atendida. Igualmente, se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: Azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas.
2. Erradicación del castigo físico como una práctica educativa y de crianza infantil, por medio del desarrollo e programas e iniciativas legislativas.
3. Eliminar los contenidos de violencia existentes en los medios de comunicación de masas.
4. Potenciar la vida familiar: eliminar las desigualdades por razón de género, entre padres y madres, y entre hermanos; introducir valores de respeto hacia las opiniones que puedan mantener cada uno de sus miembros; compartir espacios, valores y creencias que ayuden a integrar experiencias y den un sentido a la vida; introducir prácticas sobre cómo comunicarse mejor, cómo desarrollar expectativas más ajustadas en relación con el comportamiento de los hijos, y cómo negociar y resolver los problemas que plantea la convivencia familiar diaria. La Escuela de Padres es el instrumento ideal para trabajar estas actividades en el medio escolar.
5. Potenciar gabinetes de orientación familiar, en los medios, escolar, en centros de salud, o en otros centros comunitarios, para el diagnóstico y tratamiento precoz de las alteraciones en la vida familiar.
6. Búsqueda de casos de abuso a la mujer e intervenir como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil, pues en 30 a 70 % de las familias en que se abusa de la mujer, también encontramos abuso en menores.
7. Remitir a centros de salud mental a los padres con adicción a alcohol, drogas y/o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.

8. Conocer e informar a las familias de riesgo de los recursos comunitarios de ayuda psicológica, social, laboral o económica, para remitir a las personas y familias con factores de riesgo, coordinando con el trabajador social objetivos, planes, estrategias y ayudas para las familias.
9. Desarrollar y difundir los saberes que se vienen conformando sobre la infancia y sus derechos.
10. Eliminar la pobreza y sus condiciones asociadas: reduciendo el desempleo, aumentando el número de viviendas de bajo coste; mejorando el equipamiento de servicios de las comunidades más afectadas por la pobreza.
11. Reducir el aislamiento social de las familias de riesgo: integrándolas en redes sociales y servicios de la comunidad; fomentando el sentimiento de comunidad, etc.
12. Desarrollar las redes de apoyo social, lo que supone indirectamente reducir el aislamiento social de las familias de riesgo.
13. Coordinación de políticas sanitarias, educativas y sociales para: reducir la pobreza, la desigualdad y el desempleo; proveer el alojamiento adecuado, la comida, cuidados sanitarios, servicios de "respiro" y oportunidades educativas.
14. Concienciar de la obligación legal y moral que tiene el maestro ante el conocimiento o sospecha de un cuadro de esta naturaleza de comunicarlo a los servicios sociales de la comunidad, para su estudio y valoración.
- Por último, se disponen de pruebas basadas en la evidencia que corroboran que las intervenciones tempranas pueden provocar cambios positivos y persistentes en el desarrollo humano. (Tabla 9).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica No. 588. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2003.
 Soriano Faura. F J. Prevención y Detección del Maltrato Infantil. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Abril 2005.
 Gutiérrez A y Pernil P. Historia de la infancia, itinerarios educativos. UNED. Madrid, 2004
 Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia Familiar. <http://www.gva.es/violencia/#>

Tabla 9

EFFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA

Intervención	Efectividad	Nivel de evidencia	Recomendación
Formación de profesionales	No se ha determinado la efectividad	Opinión de expertos(Tipo III)	Insuficiente evidencia para excluir o incluir, pero se cree que aumentaría el diagnóstico apropiado de familias de riesgo (Recomendación C)
Educación para la salud en grupos o individual (incluye Guía Anticipada, escuela de padres)	Estos programas educativos pueden aumentar los conocimientos pero no se ha podido establecer si reducen la incidencia o recurrencias del maltrato. Si bien Britner encuentra reducción significativa del maltrato en programas educativos a mujeres jóvenes	Ensayos clínicos y metanálisis (Tipo I)	Insuficiente evidencia para excluirla de los exámenes periódicos de salud (Recomendación C)
Identificación de familias de riesgo	Identificación inadecuada de familias de riesgo (probabilidad alta de falsos positivos)	Estudios de cohortes(Tipo II-2)	Existe evidencia para excluir los cuestionarios para identificar familias de riesgo.(Recomendación D)
Intervenir en familias con problemas psíquicos (incluido violencia doméstica y coordinación con trabajador social)	No se ha determinado la efectividad	Opinión de expertos (tipo III)	Insuficiente evidencia para excluirlas de las intervenciones preventivas. (Recomendación C)
Visita domiciliaria prenatal y durante los dos primeros años	Reducen la frecuencia de accidentes pero no son concluyentes los efectos sobre la reducción de la incidencia del maltrato	Metanálisis (Tipo I)	Existe suficiente evidencia para incluir la intervención (Recomendación B)
Aumentar el número de visitas de seguimiento	No se ha hallado reducción significativa de la incidencia del maltrato infantil	Estudios clínicos aleatorizados (Tipo I)	Existe poca evidencia para excluirla o incluirla en la prevención (Recomendación C)

MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update prevention of child maltreatment. CMAJ. 2000; 163 (11): 1451-58

Conferencia Magistral

Nuevo Modelo Prestacional del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) (PAMI)

Humberto Jure, Marisa Didoni, Raúl Urquiza, Florencia Coronel.

Humberto Jure Profesor adjunto del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Córdoba-Argentina. Marisa Didoni Coordinadora Área Asistencia y Evaluación del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Córdoba- Argentina.
hjure2000@hotmail.com; didonicooke@hotmail.com

En el año 1971 se crea en la Argentina el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) también conocido como PAMI (Programa de Atención Médica Integral) con el objetivo de dar prestaciones de salud a los beneficiarios de jubilaciones, pensiones y su núcleo familiar primario. El PAMI, es la Obra Social (Seguro Social) mas grande de Argentina y tiene mas de 5 millones de afiliados en todo el país con uno de los presupuestos mas importantes de la región. Durante años la atención a los afiliados al INSSJP fue de baja calidad, y existió un manejo discrecional de los recursos por parte de estructuras denominadas "Gerenciadoras" que actuaban como intermediarias económicas y de control de servicios, que trajeron como correlato una falta de adecuación de las prestaciones a las necesidades y expectativas de los beneficiarios. En febrero del año 2005, a partir de una firme decisión política se pone en vigencia el Nuevo Modelo Prestacional Socio Sanitario que propició la organización del sistema prestacional desde el medico del primer nivel (puerta de entrada al sistema) integrado a otros prestadores de mayor complejidad, eliminando toda intermediación. (Resolución 284/05). Como ejemplo del desarrollo de esta experiencia presentamos el caso de la provincia de Santiago del Estero que fue una de las primeras en poner en marcha este modelo que incluía la eliminación de las gerenciadoras y la

recuperación de la capacidad de gestión y control por parte del INSSJP. Se realizó un contrato directo con los distintos efectores de salud en los distintos niveles de atención. En el caso de los Médicos de primer nivel se priorizó la Medicina Familiar como especialidad y se le asignó a cada profesional una población de 500 a 700 afiliados bajo su responsabilidad, promoviendo acciones de promoción y prevención, centradas en la familia y la intervención comunitaria. En este marco, y tomando como eje el Nuevo Modelo Sociocomunitario del INSSJP se organizó una propuesta de carácter interinstitucional tendiente a propiciar la capacitación de estos Médicos de Cabecera del INSSJP en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Para ello se firmó un convenio con las Facultades de Medicina de las Universidades Públicas de nuestro país para desarrollar los cursos de Capacitación de Post Grado, como parte de la estrategia de Educación Permanente en Servicio. Durante el año 2007 se realizaron 20 cursos de 210 hs. de duración, con un total de 1.352 médicos capacitados. En este caso presentamos la experiencia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba responsable de la coordinación de los cursos en las provincias de Córdoba y Santiago del Estero con un total de 224 médicos capacitados.

Conferencia Magistral

OSTEOPOROSIS

Celerino Pérez Hernández

Ex-Presidente de la Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC. Médico Familiar UMF66 IMSS. Profesor Adjunto Residencia Medicina Familiar Xalapa, Veracruz, México.

La osteoporosis es una enfermedad metabólica ósea caracterizada por la disminución de la masa ósea y deterioro de la microarquitectura del tejido, que inducen mayor fragilidad y aumento del riesgo de fracturas. Es la enfermedad metabólica ósea más frecuente, afecta a 20 millones de personas en Estados Unidos de América del Norte y está relacionada con 1.3 millones de fracturas, su prevalencia varía del 12 al 26 % en mujeres mayores de 50 años. En México, Murillo Uribe encontró una prevalencia de osteoporosis en 16% de mujeres aparentemente sanas en ese grupo de edad. Ante el incremento paulatino del envejecimiento poblacional la Organización Mundial de la Salud en 1994 estableció los criterios densitométricos de osteoporosis para estandarizar los valores clasificándolos como: Normal, Osteopenia, Osteoporosis y Osteoporosis severa o grave. Se han definido entre los factores de riesgo: el sexo femenino, el estado posmenopáusico, el incremento de la edad, la ascendencia caucásica o asiática y la historia familiar, el uso prolongado de ciertos

medicamentos, la elevada ingesta de cafeína, la escasa ingesta de calcio durante la vida, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el estilo de vida sedentario, la inmovilización prolongada, y la delgadez extrema. Entre los cuestionarios utilizados para el diagnóstico de osteoporosis se mencionan: SCORE, ABONE, ORAI, NOF y ALBRAND. Para su tratamiento se cuenta con un arsenal de fármacos, los hay formadores de hueso o anabolizantes, inhibidores de la destrucción ósea o antirresortivos y fármacos de acción dual (con efecto anabolizante y antirresortivo). Todos ellos han demostrado su eficacia en la reducción del riesgo de sufrir nuevas fracturas. Para la atención adecuada de este padecimiento el Médico Familiar cuenta con ciertas ventajas: 1.- Accesibilidad: es el primer contacto del paciente con el sistema de salud. 2.- Continuidad en la atención: conoce a los pacientes a lo largo de su vida, en sus diferentes momentos, a su familia y su entorno. 3.- Globalidad del cuidado: atención integral de sus pacientes.

Conferencia Magistral

Participación de los usuarios y Gestión de la Calidad en Medicina Familiar

Raúl Urquiza

Médico egresado de la Universidad de Buenos Aires. Ex miembro Tribunal de Honor de la Asoc. argentina de Medicina Familiar. Presidente de la Filial Norte de la Asociación Sanluiseña de Medicina General y Familiar. Vocal de la Comisión Directiva de la Asoc. Argentina de Medicina Familiar.

OPORTUNIDAD DE MEJORA. Un problema u oportunidad de mejora: es la diferencia entre la situación actual y como queremos que sea, es decir que tipo de atención les damos nuestros pacientes y cual es razonable o deseable que reciban. Pueden ser de Estructura: entre lo que hay y lo que sea razonable que haya. Proceso: lo que se hace y sea razonable se haga. Resultado: lo que se consigue y lo deseable que ocurra. Gestión de la Calidad, Activas: Libre elección, cambio de prestador. Quejas y reclamos.

Asoc. de usuarios. Consejos de salud u otros órganos de participación comunitaria. Pasivas: Encuestas de satisfacción / expectativas. Grupos focales. Informe de los usuarios. Utilidad potencial de las quejas: FUENTE IDENTIFICACION DE O. MEJORA. MAYOR SATISFACCION USUARIO MAYOR ADHERENCIA DEL USUARIO. Razones para no formular quejas: No sea tenida en cuenta, no le importa Institución. Temor represalias. No saber como o donde ir. No vale la pena el esfuerzo.

Conferencia Magistral

Perfil sociocultural y familiar de las etnias e indígenas en Bolivia

Dr. Miguel Ángel Suárez Cuba

Médico Familiar. Docente instructor de la Residencia en Medicina Familiar Universidad Mayor de San Andrés y Caja Nacional de Salud. La Paz Bolivia.

Bolivia, país, multiétnico, pluricultural, plurilingüe, agrupados en 36-40 etnias, representan el 60% de la población, los más son Aymaras y Quechuas. Sometidos por la modernidad, la religión, han sufrido un proceso de aculturización, y migración por razones de trabajo; muchos destinados a la desaparición, con un pasado esclavista, de segregación, sometimiento y exterminio; con poca participación en políticas que mejoren su desarrollo humano. Víctimas de las enfermedades de la pobreza, con propios estilos de vida, con carencias en servicios de saneamiento básicos, espacios de vivienda, salud, educación, energía eléctrica. Se los clasifica de manera geográfica, cultural, lingüística y en familias nuclear, nuclear extensa

monogámica, endogámica, poligámica, matrilocal, patrilocal, matrilineal, patrilineal. Tienen una concepción diferente de lo que es salud y vivir en familia, tienen visión totalizadora de la enfermedad y no fragmentaria, ni rígida como la occidental, que además es autoritaria, inaccesible, e ineficiente para resolver sus problemas de salud. Smuts decía: “el ser humano es un ser biológico, imposible de separarlo de lo mental, social y espiritual, aquí se buscan los recursos curativos” Los médicos familiares/generales debemos de ser conscientes de esta realidad, para tener una actitud mas humana, de respeto hacia estas personas y otorgar servicios con calidad.

Conferencia Magistral

Reflexiones sobre el proceso de formación y práctica de la Medicina Familiar

Patricia Ocampo Barrio

Especialista en Medicina Familiar. Jefa de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

El ejercer la Medicina Familiar desde sus diversas áreas (clínica, administrativa, docente e investigación); permite reflexionar sobre algunas circunstancias que influyen sobre el impacto y reconocimiento social alcanzado por los médicos formados como especialistas en Medicina Familiar. Durante siglos las ciencias sociales fueron olvidadas y menospreciadas dentro del campo de las ciencias naturales, específicamente la medicina. No fue hasta hace unas décadas en que derivado de la crisis antes señalada las carreras biomédicas incorporan estas materias a su currículo; decisión que para muchos ha sido errónea, calificando a estas materias como inútiles e innecesarias. Bajo las premisas del paradigma antipositivista surgen diferentes disciplinas científicas, entre ellas la Medicina Familiar. Minuchin define a la estructura familiar como “el invisible conjunto de demandas funcionales que organizan la manera de interactuar entre los miembros de la familia”. Sin embargo el término estructura familiar, es mucho más profundo y por ende difícil de definir, desde el punto de vista sistémico la estructura familiar hace referencia a las pautas de interacción relativamente estables y duraderas que establecen entre si los individuos que integran a la familia y que a su vez regulan su comportamiento. En este sentido la estructura no es un contenedor estático de un intercambio interpersonal, sino por el contrario es una entidad dinámica de intercambios de comportamientos que ocurren con regularidad

y que define la naturaleza de la relación que establecen los miembros de la familia. Durante mucho tiempo se ha tratado de ejemplificar a la estructura familiar con algo tan estático como una fotografía familiar. Esto es parcialmente cierto, pues la fotografía representada un momento determinado de la historia familiar, más no de la generalidad. Esta situación generó la necesidad de distinguir entre: proceso y estructura. El proceso designa una secuencia discreta y limitada en el tiempo de conductas interaccionales. Cuando un proceso se hace duradero puede convertirse en una estructura, lo que significa que la estructura corresponde a procesos lentos y de larga duración. Otro elemento que es importante no olvidar dentro de la estructura familiar son los contenidos, en el entendido de que hacen referencia a los temas particulares que forman parte de la historia de la familia. Identificar la estructura en un inicio es cuestión difícil ya que parece algo abstracto, sin embargo se puede aprender a identificar la estructura con tan solo prestar atención a los aspectos más elementales de los intercambios comunicacionales. Con base en esto podemos identificar la flexibilidad o rigidez que presenta la familia, se puede identificar que miembro de la familia ocupa la centralidad, en quien se deposita la jerarquía y el poder; entre quienes se establecen alianzas y entre quienes coaliciones, así como los límites.

Conferencia Magistral

Relación médico paciente en Medicina Familiar

Miguel Ángel Suárez Cuba

Médico Familiar. Docente instructor de la Residencia en Medicina Familiar Universidad Mayor de San Andrés y Caja Nacional de Salud. La Paz Bolivia.

La entendemos como el modo en que interactúan el profesional, el paciente y/o su familia. El paciente espera de esta relación que lo escuchen, comprendan, se pongan en su lugar, le digan lo que tiene, y las implicaciones socio-familiares y laborales de la enfermedad. Lo que no quiere es que lo traten como aun número más, que no consideren sus diferencias: intelectuales, económicas y culturales. Puede ser paternalista, consumista, mutua o estar ausente, porque no todos quieren el mismo tipo de relación, saber la misma información, tomar responsabilidad en las decisiones, y un mismo paciente puede tener varios tipos de relación de acuerdo a las circunstancias. Se ve dificultada por la intervención de varias

personas, menor privacidad de la consulta, falta de calor humano, duración de la consulta, tiempo de espera, la tecnificación, burocratización, abstractificación, no poder elegir al médico, mayor información del paciente. Se favorece por el escaso uso de tecnología de punta, continuidad de atención, longitudinalidad, cita médica programada, adscripción fija, visita domiciliaria, integralidad, aplicación de instrumentos de psicodinamia, el compromiso con la persona. Los médicos familiares debemos tener habilidades como el saber atender, conversar, comunicar, elegir, describir y acordar con el paciente.

Conferencia Magistral

Resiliencia: Base emocional del desarrollo y crecimiento del individuo

José Antonio Tayalero

Es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencia de adversidad. Surge de la metalurgia: capacidad de los metales de resistir un impacto y recuperar su estructura. Utilizado en medicina por la osteología: capacidad de los huesos de crecer en el sentido correcto después de una fractura. En las ciencias sociales: capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecida o incluso transformada. Surge de la interacción entre los factores personales y sociales y se manifiesta de manera específica en cada individuo. Las diferencias individuales, serán producto del procesamiento interno del ambiente. Frente a circunstancias de mayor vulnerabilidad surgen ideas, habilidades, intuiciones, conocimientos e impulsos que manejados, pueden favorecer el impulso de crecer y desarrollarse, aun en situaciones difíciles. Las personas resilientes son capaces de enfrentar estresores y adversidades. Reduce la intensidad del estrés y produce el decrecimiento de signos emocionales negativos, como la ansiedad, la depresión, la rabia y al tiempo aumenta la curiosidad y la salud emocional. FACTORES DE RIESGO: Consisten en situaciones estresantes (resultado de la interacción del individuo con el ambiente) que afectan la

vulnerabilidad de una persona. Los factores de riesgo en la población: Carga de responsabilidad. Maltrato físico y psicológico. Falta de atención médica. Metodología de enseñanza que no permite al individuo desde su infancia participar gustosamente en diversas actividades. Marginación por parte de los padres, profesores y otras figuras significativas. Situación de extrema pobreza. Favorecer el desarrollo de la resiliencia: La constancia objetiva permite: La separación de la madre con tristeza pero sin sensación de vacío. Establecer relaciones con personas ante las cuales tiene sentimientos encontrados o ambivalentes. De adulto es capaz de aceptar a otros con sus aspectos positivos o negativos. DESARROLLO DEL PROCESO DE LA RESILIENCIA: Aprender de la experiencia: éxitos y fracasos. Estimar el impacto sobre otros. Reconocer un incremento del sentido de bienestar y de mejoramiento de la capacidad de vida. Utilizar mecanismos adaptativos involuntarios inconscientes que permitan mantener la integridad del ego. Ejemplo: ante la muerte de un ser querido, se procura controlar las emociones. La forma en que el individuo se enfrenta (coping) a sus problemas es más importante que la causa del estrés y su mal uso puede afectar determinadamente a la salud.

Conferencia Magistral

Satisfacción laboral en médicos del IMSS Querétaro, México

María Magdalena del Sagrado Corazón Villagómez Amescua

Jefe de Educación e Investigación en Salud IMSS Querétaro. Querétaro. México.

Objetivo. Comparar el grado de satisfacción laboral en base a logro, reconocimiento y capacitación en los médicos de base y confianza, familiares y no familiares en la Delegación de Querétaro del Instituto Mexicano del Seguro Social a través del tiempo. Metodología. Estudio comparativo realizado en tres fases, 85 médicos en 1992-72, en 1998 y 160 en 2005. Analizando logro, reconocimiento, capacitación y satisfacción global en general y por categoría y contratación. Con una encuesta tipo Likert; con cinco categorías: muy baja, baja, intermedia, alta y muy alta. Las categorías muy alta y alta se reagruparon en satisfacción alta y las baja y muy baja se agruparon en satisfacción baja. Resultados. La satisfacción laboral global general, y en las tres dimensiones estudiadas aumento en la muy alta al análisis de cinco categorías, pero disminuyó la satisfacción al

agruparla en tres. Al analizar por categoría y contratación, los médicos familiares presentaron una pequeña disminución en la satisfacción laboral global aunque todas las dimensiones se incrementaron a través del tiempo, los médicos no familiares tuvieron un importante descenso, disminuyendo a través del tiempo en todas las dimensiones, y los médicos de confianza aumentaron en 100% la global y las otras dimensiones también se incrementaron. Conclusiones. Logro es la mejor percibida sin embargo disminuyó, el reconocimiento es la más mal percibida sin embargo aumento a través del tiempo, la capacitación fue la de más insatisfacción en todos. La satisfacción laboral depende de las características del diseño del puesto, la dirección y la organización.

Conferencia Magistral

Síndrome de Burnout en trabajadores de la Salud

María Eloisa Dickinson Bannack

Profesores del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México.

eloisa_dickinson@yahoo.com.mx

El síndrome de Burnout (BO) conocido también como síndrome de aniquilamiento, de quemarse en el trabajo, de desmoralización, de desgaste emocional, entre otros, es una patología descrita desde 1974 por Freudenberger y estudiada por diversos autores. Este síndrome es una constelación de síntomas que se desarrollan en profesionales en relación al trabajo. Trabajadores diligentes, comprometidos comienzan a presentar insatisfacción y desilusión como respuesta al estrés laboral, en profesionales que mantienen una relación directa con otras personas, particularmente quienes ejercen profesiones de ayuda. Maslach y Jackson, especialistas en psicología han definido el BO, en el ambiente sanitario, como un síndrome de agotamiento emocional y escepticismo, específico en médicos y enfermeras en el desarrollo de su profesión, en una constante relación de ayuda cara a cara con los enfermos; y describen tres dimensiones características: **Agotamiento emocional**, definido como como la pérdida progresiva de energía y recursos emocionales para afrontar el trabajo, puede mostrar manifestaciones físicas, psicológicas o ambas, es éste cansancio emocional el que se identifica como núcleo del BO. **Despersonalización**, cuando el profesionista se involucra demasiado con el trabajo y llega a sentirse acosado por las demandas emocionales, tiende a aislarse, toma una relación fría y distante que lo lleva a la Despersonalización, es cuando el individuo presenta trastornos conductuales de aislamiento, insensibilidad, deshumanización, negativismo, distanciamiento, hacia los compañeros e incluso cinismo hacia los pacientes. **Autoevaluación negativa**, deterioro del rendimiento, pérdida de la motivación con alteración de los valores individuales y laborales. La persona puede llegar a sentirse infeliz con el mismo e insatisfecho con sus logros personales. Esta desmotivación conduce a un estado de apatía que repercute en la calidad de vida del trabajador. Los psicólogos Gil Montes y Peiró, sostienen que el Sx de BO que ellos llaman de Quemarse en el Trabajo (SQT) es el resultado del desequilibrio entre los estresores laborales crónicos y las estrategias de afrontamiento del individuo. Los autores introducen un factor más a la presencia del Sx, que es la CULPA, ellos sostienen que aunque el individuo presente las tres dimensiones citadas, y tenga actitudes negativas, mientras no se presenta el sentimiento de culpa no se desarrolla la patología. El síndrome de burnout resulta de una discrepancia entre los ideales

y la realidad de la vida ocupacional diaria involucrando básicamente las tres dimensiones antes citadas, con una sintomatología multidimensional, en el ámbito cognitivo, somático y emocional. A medida que aumentan los niveles de burnout los profesionales, perciben diferentes disfunciones personales, que incluyen síntomas de ansiedad, insomnio, cambios de apetito, cefaleas, trastornos digestivos diversos, además de ira, agresividad que se traducen en una imposibilidad manifiesta de ayudar al otro; teniendo consecuencias potencialmente muy serias tanto para los profesionales, como para las instituciones, debido al aumento de ausentismo, la desmotivación y baja moral laboral, al tiempo que aumentan los enfrentamientos entre el equipo médico. **FACTORES DE RIESGO:** Si bien el estrés se ha reconocido como un factor causal para el burnout, éste está compuesto por una combinación de variables: Personales, características de personalidad y la capacidad del individuo para afrontar situaciones de estrés y su capacidad de adaptación. Y otras como edad, sexo, estado civil factores que afectarían el desarrollo de burnout en médicos y enfermeras, pero aún no queda claro en la literatura. Según otros autores características positivas como ser personas entusiastas, idealistas, y con gran nivel de implicación personal en el trabajo suelen ser un "caldo de cultivo" apropiado para el síndrome de burnout. **Organizacionales:** falta de personal, que supone una sobrecarga de trabajo horas extras o dobles turnos, la desorganización en el ámbito laboral que pone en riesgo el orden y la capacidad de rendimiento del empleado, la competencia entre los trabajadores, el ambiente físico la falta de equipo y recursos suficientes y adecuados. **Educacionales:** Los médicos tienen un contacto directo con personas enfermas, que sufren y demandan alivio, sin embargo las escuelas de medicina solo preparan al alumno para resolver las dolencias físicas y pocas veces lo capacitan a tratar o manejar las áreas emocional, intelectual y espiritual. **Ocupacionales:** con los cambios poblacionales y la transición epidemiológica se tienen que dar cambios en los roles y ejercicio profesional de la medicina para hacer frente a la demanda actual, que ha crecido rápidamente. Una amalgama de circunstancias pueden aliarse para producir estrés crónico en los profesionales, pero es la percepción personal y los mecanismos de afrontamiento lo que parece marcar el grado de vulnerabilidad individual.

Conferencia Magistral

The FITNESS Residency Program: Preparing Brazil's Leaders for the Future of Family Medicine

Thais Raquel Pavão Pinheiro, MD Marcelo R. Levites, MD.

Profesores de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar. www.sobramfa.com.br

Family Medicine is not taught in Brazilian medical schools and Family Physicians are absent in academic settings. How does one promote Family Medicine among medical students and encourage them to choose Family Medicine as their career? The Brazilian Society for Family Medicine (SOBRAMFA) exists "...to promote Family Medicine and to establish the proper basis and scientific methodology for practice of Family Medicine." The society founded its FITNESS Program (FP) in 2003 to train medical school graduates to become Family Physicians. FITNESS (named after Portuguese translation of Integral Formation and Training in Service with Supervision). 3 year residence program. Not affiliated with any medical school. 100% training time with family doctors. Based on: Family Medicine Core Values, Evidence Based Medicine and Patient Centered Care. First year – Clinical Knowledge. In this year the resident needs to learn clinical issues and skills to be a doctor. He/She will learn more about Family Medicine core values and makes research. Second Year – Educational Skills. The second year the resident's goal is to learn how

to teach the younger residents, patients and medical students. Third Year – Special skills, Team Work, Coordination and Leadership. The resident could choose some specific areas of interest to develop activities. In this year the resident will learn some business issues too. MF3 : Mini Fellowship in Family Medicine; an one week course to know FITNESS program. Curriculum analyses. Intentional letter (Why i want to be a family doctor in SOBRAMFA?). An interview with COFIDES (an coordination group). Nursing home (once a week). Palliative care (once a week). Pediatric ambulatory (once a week). OB (once a week). On call: "Ryan Page" a opportunity to make a real life on call. Theoretical Activities: continuity education. "Clinical Pace Maker": clinical issues; every Monday. "Construction Pace Maker" : reflection meetings ; once a month. Paulista Medical Association : web conferences about FM core values ; once a month. Conferences: SOBRAMFA Annual Meeting; WONCA; STFM; Annual Retreat . On line information (Up to date; AAFP; Dynamedical).

ESTE LIBRO ELECTRÓNICO TERMINÓ DE PRODUCIRSE EN LA CIUDAD DE MÉXICO EL DÍA 29 DE FEBRERO DE 2008. EDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA. CALZADA VALLEJO 747 COLONIA NUEVA VALLEJO MÉXICO D.F. DELEGACIÓN GUSTAVO A. MADERO. CP 07750

LAUS DEO