



CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina de la Comunidad



Pedagogía
Caso Clínico
Salud Mental
Comunitaria

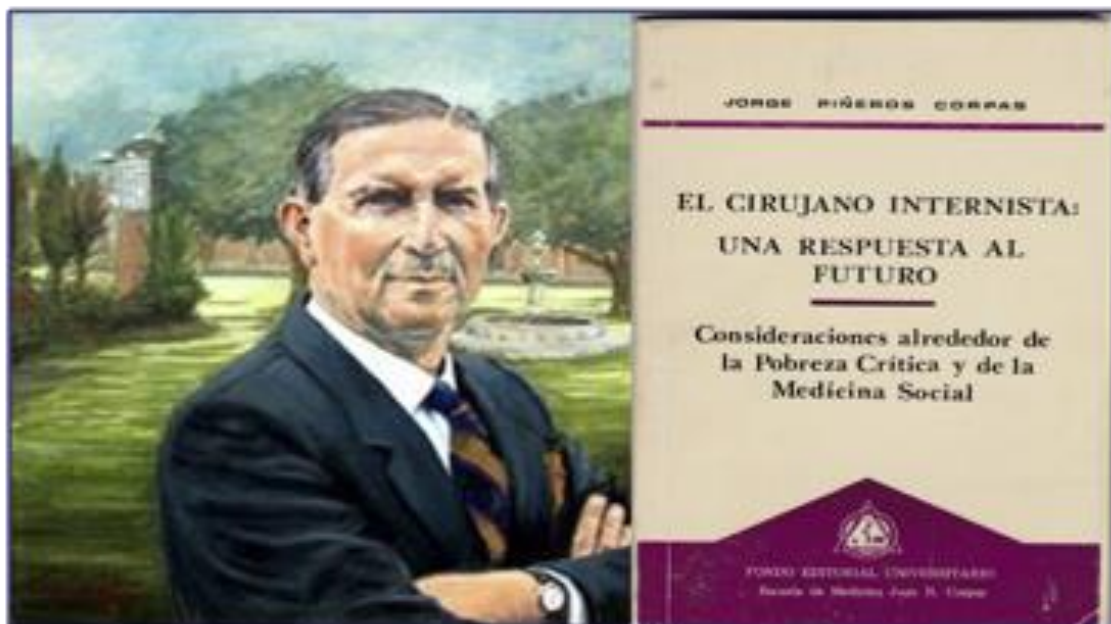
Nuestro
Invitado

Seguridad Social

Carta de
lectores



Revisión
de
artículo



Salud
Pública

Investigación



La Lección
de Medicina

sobre
Medicamentos

Medicina
Familiar

El peregrino
que toca

Bioética y
Ecología

Medicinas
Alternativas

Noti Comunitaria





TABLA DE CONTENIDOS

EDITORIAL

Buscando la identidad en la formación médica: La Corpas y su camino

Juan Carlos González Quiñones

INVESTIGACIÓN

Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá)

Diana Carolina, Martínez, Sonia Gisela Martínez.

Tutor: Juan Carlos González Quiñones

Colaboración en el análisis estadístico y la edición: Jenny A. Pinzón R.

Dibujos: Andrés Reyes

SEGURIDAD SOCIAL

Ante un nuevo paradigma en la salud de Colombia

Guillermo L. Restrepo Ch.

SALUD PÚBLICA

Comer bien

Víctor Hugo Forero S.

LA LECCIÓN DE MEDICINA

Enfermedad coronaria basada en la evidencia

Gonzalo Bernal F.

SALUD MENTAL COMUNITARIA

Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario

Asiri Cuyay Nathalie Niño, Diana Carolina Díaz M, Luisa Fernanda Ramírez N.

DE MEDICAMENTOS

Primum Non Nocere

Jairo Echeverry

Breve informe sobre los efectos de la marihuana y los derivados del cannabis en la salud

EL PEREGRINO QUE TOCA

A los pies del Maestro

Gabriel Sáenz

NOTICOMUNITARIA



Editorial

BUSCANDO LA IDENTIDAD EN LA FORMACIÓN MÉDICA: LA CORPAS Y SU CAMINO

Este ensayo pretende exponer la vigencia del pensamiento del doctor Jorge Piñeros Corpas en torno a su proyecto educativo en la Fundación Universitaria Juan N Corpas.



Para ello va a tomar como referente el excelente texto "La educación médica de posgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa", de la doctora Rosa María Borrell, escrito en 2005 y accesible en la dirección:

<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/coleccionOPS/pub/pub61.pdf>

Como contexto hemos hecho un resumen del primer capítulo titulado "La educación médica en América Latina", excelente revisión de la doctora Borrell, invitando a los lectores a leer el artículo original por la solidez y claridad de sus ideas, reconociendo que nuestra interpretación puede equivocarse. Aun así, bien vale la pena que lo intentemos.

Este ensayo consta de tres partes:

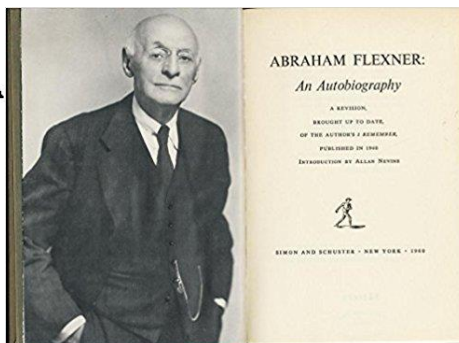
- El resumen de la doctora Borrell.
- La postura del doctor Jorge Piñeros Corpas a través de la interpretación de su texto "El Cirujano Internista".
- Unas propuestas y conclusiones que surgen de quien escribe.



Flexner: el primer gran referente

MEDICAL EDUCATION
IN THE
UNITED STATES AND CANADA
A REPORT TO
THE CARNEGIE FOUNDATION
FOR THE ADVANCEMENT OF TEACHING
BY
ABRAHAM FLEXNER
WITH AN INTRODUCTION BY
HENRY S. PRITCHETT
PRESIDENT OF THE FOUNDATION

<https://elinvestigador.files.wordpress.com/2013/06/flexner-report.jpg>



https://images-na.ssl-images-amazon.com/images/I/138eHj9jL_SVF64_B01_204_209_200.jpg

Se dice que la historia es un péndulo que va y vuelve. A comienzos del siglo pasado, Abraham Flexner encontró en EE.UU. una situación muy particular en torno a la enseñanza de la Medicina. Una disparidad inmensa en torno a lo que se enseñaba y un negocio lucrativo privado. Identificó que la formación no solo era dispar sino que los profesionales que surgían eran altamente incompetentes. La doctora Borrell resume estas condiciones de la siguiente forma:

1. Exceso de producción de médicos mal preparados.
2. Exceso de facultades de Medicina más volcadas en el negocio que en la enseñanza.
3. Mala distribución de los médicos egresados (zonas abandonadas).
4. Mal entrenamiento en las prácticas.

Las recomendaciones

Se pueden resumir en dos:

1. La formación médica ha de estar basada en el conocimiento científico.
2. Las facultades han de ser comparadas y acreditadas y, en lo posible, vinculadas a una universidad. Aquellas que no cumplen con esos requisitos, han de ser cerradas.

No duda Flexner en afirmar que la educación médica ha de basarse en los laboratorios, que las prácticas médicas han de hacerse en el hospital y que cada profesor ha de ser un experto en su área.

La concepción de Flexner

No es poca cosa lo que propone el educador Flexner. Enfoca a la Medicina hacia el positivismo (ciencia) y considera que ha de ser enseñada bajo ese rigor. Plantea la ciencia biológica, la necesidad de la forma matemática en su lenguaje, el ejercicio y el análisis. Me atrevo a proponer que ve la Medicina más como ciencia que como arte y cree, que al asumir la ciencia, la posibilidad del beneficio para los pacientes es mayor. Por ende, cree que la educación de los estudiantes ha de estar basada precisamente en darles todas las herramientas para que apliquen el método científico en su ejercicio.

En tal sentido, propone la creación de departamentos donde se aborden determinados conocimientos en forma integral (ciencias básicas y clínicas) y dirige todo el esfuerzo (de seguro por el momento) a tratar a los enfermos, razón por la cual el hospital se convierte en el escenario clave. El clínico que se produzca será el reflejo de la calidad de la facultad. ¿Quién debe enseñar? El que más sepa, con lo cual considera que el especialista es el más idóneo profesor de las clínicas.

Consecuencias de su informe

La inclusión de las "ciencias básicas" en los programas y la unión de los hospitales con las universidades, conllevó, sin duda, el ascenso de la calidad de los profesionales. Se cerraron numerosas facultades por no cumplir con la formación médica que Flexner planteó.





Desde la pedagogía



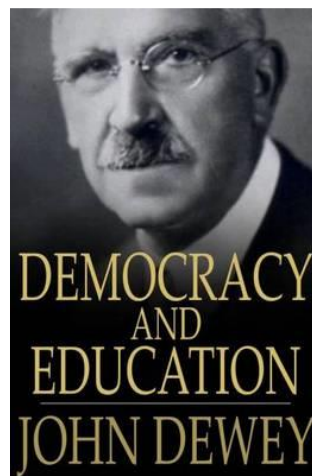
Si bien promueve los laboratorios con insistencia como fuente de confirmación del método científico, resalta como aspectos pedagógicos:

- La necesidad de vivir y demostrar (confirmar) experiencias a través del laboratorio y de las prácticas.
- El ejercicio práctico donde se entrena a través de prácticas guiadas es la columna vertebral de su formación.
- Libros de texto guía como una estrategia de recopilación, ordenamiento y cuestionamiento, que se deben actualizar constantemente. Por así decirlo, promueve la publicación del actuar médico.

Dewey y su pedagógica

En su excelente texto, la doctora Borrell considera que el filósofo John Dewey tiene una gran influencia al proponer el papel del estudiante, donde lo que él quiera aprender es clave y determinante, impulsando el "aprender haciendo". Propone que las personas solo aprenden lo que les parece útil y, por ende, esto ha de usarse en la formación de los médicos (que vean la utilidad de lo que hacen a través de los resultados en sus pacientes). Probablemente este impulso de Dewey se encasilla en esa concepción conocida como la escuela activa[‡]. Proponía:

1. Que se exponga al estudiante ante una situación o problema.
2. Que analice la situación.
3. Que proponga soluciones y que comprenda que está en sus manos el contribuir a resolver el problema.
4. Que pueda comprobar y aplicar su propuesta y vea por él mismo la validez de la misma.



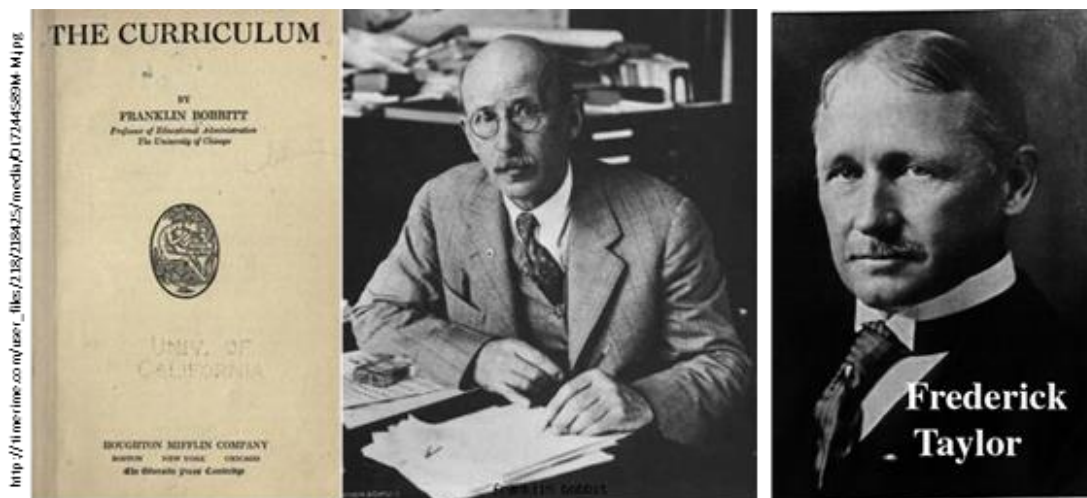
La administración de la enseñanza: El currículo.

Tipos de Currículo

Buscando la sistematización y la replicación, surge con fuerza el currículo como "el conjunto de experiencias planificadas por la escuela para ayudar a los alumnos a conseguir, en el mejor grado, los objetivos de aprendizaje proyectado".

Surge como una respuesta para garantizar "una misma" formación o para cumplir con lo que se dice que se hace o para explicar la razón para la cual se forman los médicos.

[‡] https://es.wikipedia.org/wiki/Pedagog%C3%ADa_progresista



Franklin Bobbit^s cree que el currículo ha de responder a la sociedad.

Taylor y la administración científica

Esa idea de Flexner de promover lo que él creía que era la calidad se verá reforzada por Bobbit quien promueve la visión de Taylor en torno a la administración para las universidades con:

1. La necesidad de fijar estándares del "producto final" (del médico que egresa).
2. El seguimiento de pasos para conseguirlo.
3. La promoción de la calidad de los docentes:

- a. Establecer el estándar del docente.
- b. Establecer los requisitos y los pasos para acceder (carrera docente).
- c. Mantener la calidad de los docentes.
4. La promoción del cumplimiento de requisitos (en cada paso) de los estudiantes, los cuales deben ser exigidos por los docentes.

Latinoamérica

Considera la doctora Borrell que la influencia de Flexner llega hacia la década de los 50 y se traduce en:

1. La incorporación de las ciencias básicas en la formación.
2. La formación de docentes especializados.
3. La promoción de la infraestructura biomédica.
4. El fortalecimiento de unidades de apoyo para la formación, en concreto, la incorporación de las bibliotecas médicas.

La doctora Borrell hace notar que esta influencia en momento alguno promueve la visión integral del hombre.

Resultado de esta influencia, es esa organización de currículos basados en problemas de salud relevantes (enfermedades), o basados en entrenamiento, donde el hospital sigue siendo el escenario dominante (donde está la enfermedad).

Cómo se percibe hoy el "Flexnerismo"

Tal vez por el dominio en la búsqueda de esa calidad educativa, donde los sistemas de evaluación y acreditación son dominantes. Un rechazo completo a la mala praxis, un control en la superproducción de médicos y, por ende, al exceso de facultades de Medicina. La doctora Borrell afirma que el positivismo Flexneriano no concibe otra forma de enseñar la Medicina.

^s https://en.wikipedia.org/wiki/John_Franklin_Bobbitt



Latinoamérica busca su propio modelo



http://www.fundacionjncorpas.com/
http://www.fundacionjncorpas.com/

Si bien Flexner influye muchísimo en el mundo latinoamericano, es también muy importante reconocer que surgen las adaptaciones de sus posturas e incluso las contra respuestas. En tal sentido, la doctora Borrell resume lo expresado por Andrade (educador médico venezolano) en torno a la educación médica:

- No es posible enseñar la Medicina si no se **seleccionan los alumnos** y se limita su número.
- La preparación previa de los **alumnos es deficiente** y las escuelas de Medicina deben mejorarla con un curso introductorio.
- Es necesario reducir las disertaciones teóricas a **favor de las actividades prácticas**.

- Es necesario **crear departamentos de Medicina preventiva**, los cuales han de dictar cursos a lo largo de toda la carrera.
- Algunos de los cursos del departamento de Medicina preventiva han de ser dictados en **contacto directo con la familia y la comunidad**, esta última debe ser utilizada como un "laboratorio".
- El último año de la carrera debe ser destinado al desarrollo de **"un internado rotatorio de pregrado"**, el cual, de ser posible, debe incluir una pasantía en el medio rural.
- Es necesario enseñar **ciencias sociales y Psicología al comienzo de los estudios** y estas asignaturas han de ser consideradas como "básicas".
- La **coordinación "horizontal y vertical" entre las diversas asignaturas debe ser estimulada, al igual que las actividades "integradoras"**, como las conferencias clínico- patológicas, las grandes sesiones clínicas con participación de diversos especialistas, la enseñanza de la Medicina psicosomática, etc.

Como se observa, surge una tendencia social. Asimismo, surgen una preocupación y una ruta en las facultades, hacia:

- Subir el nivel científico de los egresados.
- Incrementar los conocimientos, las habilidades y las prácticas en su formación.
- Incrementar el conocimiento sobre la prevención y conectar a sus futuros egresados con la salud pública.

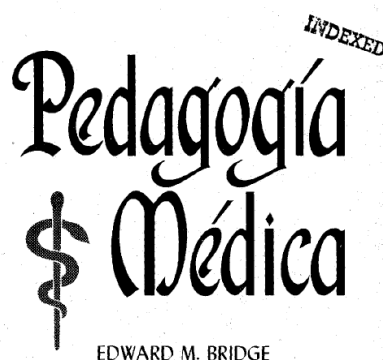
El **cómo hacer** domina la formación, dejando algo de lado el porqué, el cuánto y el para qué.

Bridge

En la OPS surge, hacia la década de los sesenta, una fuerte tendencia hacia la **visión pedagógica**. El texto de pedagogía médica** propone que el docente ha de ser:

1. Un "experto en su especialidad.
2. Un científico en la psicología del aprendizaje (métodos de enseñanza).
3. Un técnico, ideal, líder.
4. Un modelo para sus estudiantes".

Promueve mucho el plan de estudios y los objetivos pedagógicos e insinúa ya las competencias que se espera tengan los egresados.



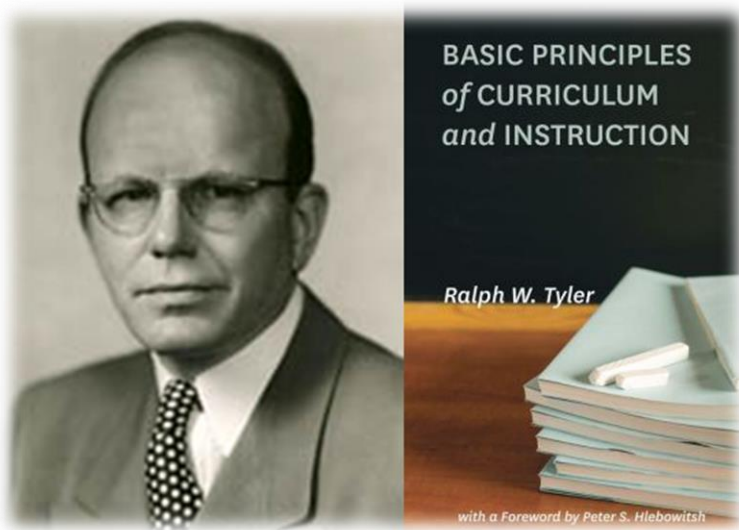
EDWARD M. BRIDGE

** <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/40187.pdf>





Tyler y el currículo



https://talkcurriculum.files.wordpress.com/2014/09/ralph_tyler_basic_principles.jpg

En su obra, "Principios básicos del currículum y la instrucción"^{††} Tyler propone la preparación de un documento justificado y sustentado donde aparezcan:

- Los fines de la escuela.
- Las experiencias educativas.
- La organización de las experiencias.
- La comprobación de los objetivos.

Ciertamente él propone una coherencia del documento que refleje el proceso de enseñanza. Propone metas y evaluación por parte de docentes y que los objetivos propuestos sean accesibles.

Se le acusó de ser demasiado "represivo" al ser tan específico, pero, probablemente, a lo que nos invitaba era a ser realistas.

El momento de los educadores

Comprendiendo la necesidad de cómo llegarle al estudiante, a finales de la década de los años 1960 y comienzos de la década de los años 1970, un fuerte movimiento de los educadores médicos invade las facultades de Medicina. Se empieza a diferenciar al docente del especialista, creyendo importante que el profesor, así como debe tener habilidades profesionales, es importante que tenga habilidades pedagógicas.

RAMON GANZARAIN, GUILLERMO GIL y KETTY GRASS

Relaciones humanas y el proceso de enseñar-aprender en la escuela de medicina

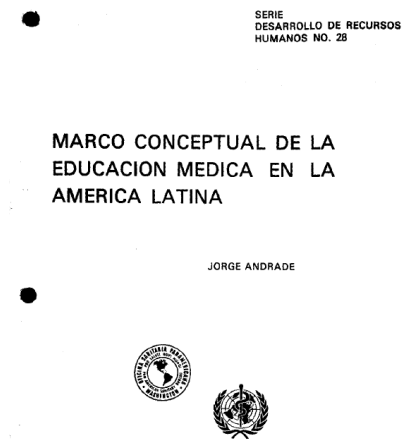
El profesor, al ser colocado en la situación del estudiante que pasa por un proceso activo de aprendizaje, reconoce, por una experiencia vivida, los factores que, en las relaciones humanas, pueden fortalecer o debilitar el proceso de enseñar-aprender.

En la OPS una visión de relaciones humanas surge con fuerza. La creación de "laboratorios de relaciones humanas" en torno al proceso de aprendizaje hace una presentación intensa en el medio latinoamericano. Empieza a gestarse una visión diferencial de Latinoamérica y EE.UU. y surge el concepto de formar al médico que el país necesita... crear un currículo de acuerdo con las necesidades del país toma fuerza. Las visiones para promover el aprendizaje individual cobran vigencia a través de la flexibilidad curricular. El *core curriculum*, que promueve enseñar lo esencial para todos y permitir la flexibilidad a través de lo individual, hace su presentación.

^{††} http://www.terras.edu.ar/biblioteca/1/CRRM_Tyler_Unidad_1.pdf



Mucho hablar, poco cambiar



https://s3.amazonaws.com/s3.timetoast.com/public/uploads/photos/6917562/jorgecarreraandrade_grande.jpg?1477686330

A pesar de todos estos movimientos, Andrade (un experto educador médico)**, cree que la mayoría de las escuelas de Medicina latinoamericanas están caracterizadas por:

1. Profesores que solo quieren que los estudiantes repitan lo que ellos enseñan.
2. No se ven estudiantes que aprendan por sí mismos o que vayan a su velocidad e insistan en lo que más le gusta (que tanto se plantea como ideal).

En lo que sí coinciden muchos educadores es en la fuerza de la motivación de los estudiantes y la repetición de acciones para asimilar comportamientos (el que es "bueno", es dedicado a los pacientes y estudia mucho).

Una queja desde entonces

Muchos profesores dicen que los estudiantes que reciben no saben nada de lo que han visto previamente y que, de una u otra manera, tales estudiantes se dedicaron a pasar los exámenes del momento más no a aprender.

Los planes de estudio

Las facultades latinoamericanas se ven influenciadas por la necesidad de identificar los objetivos educacionales, de crear un currículo dinámico (maleable) y de la revisión permanente de los mismos. Eso va a generar un ambiente de reformas curriculares como reflejo de la búsqueda de ser coherentes. La doctora Borrell dice en su excelente capítulo que surgen como tendencias en las facultades médicas:

- La tendencia de "diseño-implementación-evaluación".
- La necesidad de estar analizando el momento de la sociedad para poder modificar las tendencias del proceso educativo.
- La necesidad de profundizar acerca de cómo aprende el ser humano para disponer de los métodos a través de los cuales garantizar el aprendizaje del estudiante.
- El análisis de lo que se debe saber (qué conocimientos son necesarios).

** <http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/13191.pdf>



Pero... (ayer como si fuera hoy)

JUAN CESAR GARCIA

Características generales de la educación médica en la América Latina

Los problemas de la educación médica en la América Latina son de tal naturaleza que no pueden ser resueltos satisfactoriamente sin tomar en cuenta el sistema educacional preuniversitario, el sistema de atención médica y la formación del resto del personal que integra el equipo médico. En consecuencia, la planificación de los recursos humanos debe constituir parte importante de los planes nacionales de salud y reflejar el esfuerzo coordinado de todas las instituciones que tengan que ver con la formación y la utilización del personal de salud.

Revisiones efectuadas por Juan Cesar García, educador médico de Argentina (hacia la década de los setenta) ponen de manifiesto que:

1. Existen dificultades en las actividades de enseñanza de muchas facultades.
2. No se enseña Medicina preventiva o bajo el contexto social del país.
3. La relación de enseñanza es por completo vertical y distanciada (relación docente-alumno).
4. Los docentes no están preparados, salvo en sus aspectos técnicos.
5. La preparación de los estudiantes que ingresan es deficiente.

Lo que observó fue que a los estudiantes se les pusieron más materias y se les incrementó el tiempo de prácticas.

Afirmaba el doctor García que el hacer que los estudiantes vieran la relación de la enfermedad con las condiciones sociales no era la norma (y, de hecho, no se hacía).

Propone...

Considera que es clave hacer ver a los estudiantes el cómo la situación social está íntimamente relacionada con el proceso de salud y enfermedad y, por ende, se debe incluir esa formación "social" en la formación.

A manera de ejemplo, el doctor García afirmaba acerca del estudiante: *Aprende muy bien las medidas para evitar la enfermedad, tanto a nivel colectivo como individual, pero desconoce por qué estas medidas algunas veces no se aplican a determinados grupos y por qué, cuando se hace, no se logran los efectos esperados*".

El profesor de Medicina



<http://footage.framepool.com/shoting/qf596130195-estudiante-de-medicina-discurso-profesor-apuntar.jpg>

Decía el doctor García que:

1. El profesor debería dedicarse por completo a la enseñanza.
2. El profesor debía combinar la práctica clínica (donde enseñaba) con la investigación (donde enseñaba). Agregaba que debería investigar sobre lo que veía en su práctica.

Como se observa, propone **integrar** docencia e investigación. De hecho, no estaba de acuerdo en que existe un tiempo para enseñar, otro para asistir pacientes y otro para investigar. Justo para evitar la segmentación, proponía a ese docente de tiempo y dedicación exclusiva, y ahí la libertad y la autonomía eran la fuerza para impulsar el aprendizaje a través de la relación que se establece entre profesor y alumno.

Contra los departamentos

El doctor Juan César García planteó que los departamentos generan ambientes de competencia que, más que unir, lo que hacen es desintegrar, al promover la lucha por el poder. Más bien hablaba de cátedras integradas, a través de las cuales compartían docentes y estudiantes.

Decía que, "si bien un sistema de cátedra también se basa en una disciplina y sus unidades tienen una gran autonomía, la cátedra está, por lo menos integrada en una profesión o carrera. La substitución de este sistema por el departamental ha resquebrajado la unidad en la carrera o profesión y acentuado la orientación hacia la disciplina o la especialidad".

Lo que ha marcado la educación médica latinoamericana

Afirman Andrade y García que la educación médica latinoamericana:

1. Ha estado sujeta a la forma y el dominio de la práctica médica de cada país (un ejemplo es la influencia que las sociedades científicas ejercen, en particular, en torno a la apertura de nuevos programas, por ejemplo del posgrado).
2. Ha estado sometida a la influencia del modelo dominante norteamericano (un ejemplo es que actualmente uno de los máximos anhelos de los estudiantes es poder especializarse en EE.UU.).
3. Se ha desarrollado con un modelo profesor-alumno vertical (no se ven muchos ejemplos de modelos participativos o de construcción conjunta entre alumno y profesor).
4. Su práctica se basa en lo "escrito" afuera (las pautas o manejos vienen de fuera de los países latinoamericanos).
5. Está "departamentalizada" (casi todas las facultades tienen este modelo administrativo y de trabajo).
6. Tiene un dominio del hospital como campo de práctica (vivimos el "hospitalocentrismo").

Necesidad de ver distinto



Una vez más en Norteamérica (Conferencia sobre Enseñanza de Medicina Preventiva y Social, realizada en Colorado Springs, en 1952), surgen movimientos que ponen de manifiesto esa separación entre enfermedad y prevención y que afirman que ello es nocivo y perjudicial para las personas, y para el sistema. Promueven integrar antes que "separar" y consideran que los departamentos son un reflejo de fragmentación que va en contra de la integración.

Nosotros...

Latinoamérica escoge un camino intermedio donde promueve:

1. Organizar a las escuelas de Medicina por departamentos.
2. Crear el departamento de Medicina Preventiva.
3. Coordinar horizontal y verticalmente la enseñanza de las diversas asignaturas.
4. Incrementar el número de profesores de tiempo completo y con dedicación exclusiva.
5. Establecer el internado hospitalario de un año de duración como requisito para la obtención del grado de médico.
6. Adoptar sistemas de limitación de matrícula (cupos) y de selección de los candidatos a ser admitidos en las escuelas.

Si bien los departamentos permiten integrar algunas cátedras, resulta evidente que fracciona esa visión integral; por ejemplo, será (y es) difícil integrar al departamento de Medicina Preventiva con el de Clínica o con el de Básicas.



La tendencia latinoamericana

Resalta la doctora Borrell que la influencia administrativa surge y la forma de organizar la enseñanza se convierte en una prioridad, así como los procesos y el establecimiento de metas que sirvan de indicadores. Pero, a la larga, no ocurren cambios de fondo del modelo Flexneriano.

El momento de la educación médica



Un hecho muy significativo fue el surgimiento de la *Revista Educación Médica y Salud* por parte de la OPS. En ella se publicaron numerosas y distintas experiencias en torno a la pedagogía y sobre la comunidad como escenario de práctica. Los recursos humanos y su preparación tuvieron particular interés. La introducción de las ciencias sociales en salud cada vez se fue reforzando.

La pedagogía

Dice la doctora Borrell: "Encontramos preocupación por los métodos y técnicas de enseñanza y los diversos "métodos" que podrían ser útiles al aprendizaje de los alumnos y a la buena relación entre docentes y alumnos tales como:

- a. La conferencia.
- b. El pequeño grupo de discusión.
- c. El diálogo socrático en cursos numerosos.
- d. La visita conjunta del profesor y el alumno al domicilio del paciente.
- e. La observación continuada de la familia por un equipo.
- f. La dramatización, la entrevista al paciente y la grabación".

Las clases magistrales son severamente cuestionadas por su pobre capacidad de permitir la práctica y los métodos de evaluación son sometidos a una revisión.

La fuerza del profesor

Mucha de la pedagogía se basa en la fuerza del docente que debía convertirse en:

1. Un modelo de actitudes y valores.
2. Un administrador de los recursos docentes.
3. Un productor de materiales didácticos.

Así se procura aprovechar el mantener el anhelo previo de ser médicos que tanto existía, y ha existido, en torno a la Medicina (profesión más solicitada en las estudiantes que dejan la secundaria), y sostenerlo una vez se egrese.



La tecnología en la educación

Se promueve el uso y aplicación de la tecnología educativa, entendida como la intención de tomar como punto de partida el desarrollo de conocimientos como elemento básico para las acciones de investigación, adiestramiento docente y preparación de material instructivo.

Se redefine el currículo

1. Se convierte en piedra angular de la organización de las facultades y se entiende como:

"La trama **de relaciones** que se establecen entre las **diversas partes** que integran el currículum y los criterios de definición y **ordenación** de estas últimas, recomendando que cualquier modelo curricular adoptado, deberá:

1.1. Tener una base teórica **coherente**.

1.2. *Estar fundamentado en principios pedagógicos válidos.*

2. *Su estructura, así como la naturaleza de las experiencias educativas que lo integran y la metodología utilizada en su desarrollo, han de corresponderse con los postulados teóricos y los principios sobre los cuales se sustenta, y responder a los objetivos de la escuela".*

Una tendencia teórica de entonces...



<http://www.osalde.org/website/sites/default/files/styles/large/public/field/image/Determinantes-sociales-de-la-salud.jpg>

Las facultades entraron en una paradoja ya que la educación médica fue tomada por médicos que concebían lo social y promovían:

1. Un temprano contacto de los estudiantes con las realidades sociales de las personas (sus pacientes) y que concibieran cómo solucionarlas.
2. Integrar el aprendizaje. Planteaban: "*Supone, por tanto, que el aprendizaje se lleva a cabo a través del análisis y resolución de problemas directamente ligados a la actividad profesional y no a través de disciplinas*".
3. Seleccionar a los profesores.

La paradoja estaba en que, a pesar de estas propuestas, la fuerza de la enseñanza se hacía en los hospitales y a través de los especialistas, con lo que mucho de lo propuesto se deformaba de maneras muy particulares.



Preparando la visión de la APS

Estrategias dentro del sistema sanitario: Atención Primaria de Salud (1978)

- OMS: Salud Para todos en 2000
- Declaración de ALMA ATA (1978): APS



Dr. Halfdan T. Mahler, Director General OMS 1973-1988



Javier Segura del Pozo, octubre 2012

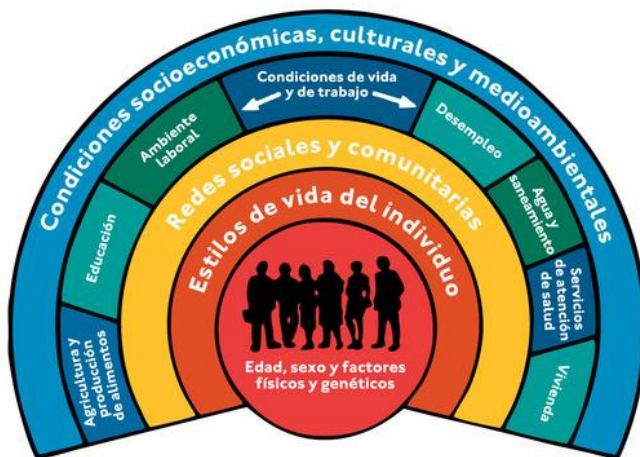
Halfdan Mahler, director de la OMS, plantea que a pesar de todas estas disposiciones, la Medicina en el mundo:

- Está más para su ejercicio profesional que para ofrecerle salud a la población.
- Que no se compromete (al menos en la forma esperada) con los problemas de la comunidad

La propuesta de entonces

Reconociendo una disociación entre el diseño de la educación médica y la preparación práctica, la idea de poner en contacto a los estudiantes con la comunidad través de diseños familiares entra con fuerza como una clara influencia que enfrenta el modelo convencional de preparación hacia la profesionalización. Surge entonces un enfrentamiento contra ese modelo Flexneriano y dominante.

La propuesta de esa “Medicina diferente”



http://www.mancia.org/foro/attachments/articulos/21653d1406576924-determinantes-sociales-salud-cuadros_condicionantes_512.jpg

La plantea muy bien Julio César García al proponer:

- Que lo social forma parte integral de la preparación del médico.
- Que se debe enfrentar a los estudiantes a esas realidades sociales que influyen en la salud y que, con base en eso, se deben proponer soluciones viables.

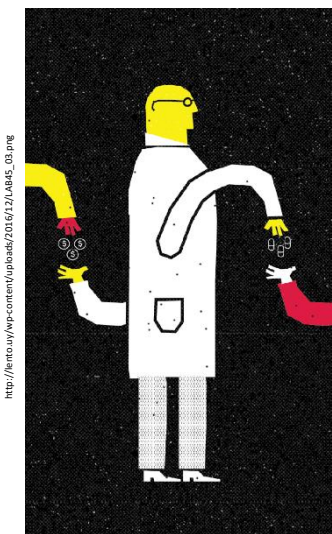
Esto se traduce en la apertura de numerosos escenarios de práctica en la comunidad. Sin embargo, esta visión no se integra con la de “atención de enfermos” en los hospitales, creando una división que perdura, incluso, hasta el día de hoy.



Una realidad

Si bien la influencia de lo social y su fuerza hacen “explosión” en la educación médica latinoamericana, se ha de reconocer que no ha podido mezclarse de forma apropiada con la visión biológica y dominante de la enfermedad (que tiende necesariamente hacia la especialidad).

De hecho



La década de los años 1980 llega con una fuerza nueva en el mundo de la salud. Entra con toda la fuerza la industria farmacéutica y su tendencia de “ventas” antes que salud y se toma buena parte de la educación médica continuada. Las nuevas tecnologías buscan la forma de imponerse, dejando de lado por completo lo social y haciendo de la enfermedad su mayor escenario. La clase médica se ve dominada por la especialización.

Esto va determinar la mayor disociación entre esa visión biológica y la social y entre buena parte de las facultades latinoamericanas y los gremios profesionales de esos países.

Resultado en la formación

El reduccionismo se toma la realidad de la formación de los futuros médicos:

- La fragmentación se vuelve la presentación dominante.
- Lo curativo es la aplicación médica que predomina.
- Lo básico se separa de lo clínico.
- Lo hospitalario se separa de lo comunitario.
- El médico es la figura dominante en la salud.



La necesaria colisión

Esta visión real se enfrenta contra la surgida en el seno de las discusiones del “médico que el país necesita” que los educadores médicos conciben. Por así decirlo, surge la colisión entre la clara concepción de cómo debería ser y la realidad de cómo es.



La madurez de la Atención Primaria en Salud (APS)

La APS, que demostró sus virtudes a través de evidencia, se convierte en un faro en el mundo y la educación no será una excepción. Cree y propone que:

1. El estudiante debe conocer y vincularse a los problemas de la sociedad en su campo, proponiendo soluciones.
2. A los estudiantes se les debe preparar para ejercer en el país.
3. La educación continuada ha de estar presente durante toda la vida.
4. La salud de la comunidad se puede, y se debe, enseñar en la comunidad y ha de ser tan importante como la enseñanza de la curación en los hospitales.

En pedagogía

Se debe cambiar esa visión dominante en la cual el alumno hace lo que ve que hace su profesor y pasar a que él se convierta en un gestor de soluciones. Para ello, debe:

1. Aprender a aprender solo.
2. Transformar la evaluación memorística en una analítica.
3. Saber buscar evidencia que respalde lo que piensa.

Paradójicamente

Tal vez como resultado de las transformaciones que se dan en los servicios de salud, se observa una disociación entre estos y las facultades del área de salud, lo que incluso determina una crisis en los escenarios de la naciente Medicina social y de la ya dominante Medicina hospitalaria.

La mayor incoherencia

Si coherencia es ese vínculo entre la realidad de un país y la preparación de sus futuros profesionales, es válido decir que la última década ha sido particularmente incoherente pues los servicios de salud han estado por completo alejados de las facultades. La entrega de los mismos a sectores privados, dio como resultado la imposición de un modelo fraccionado y distante de la población, donde la aplicación de esa Medicina integradora no encontró de dónde asirse.

El reflejo curricular

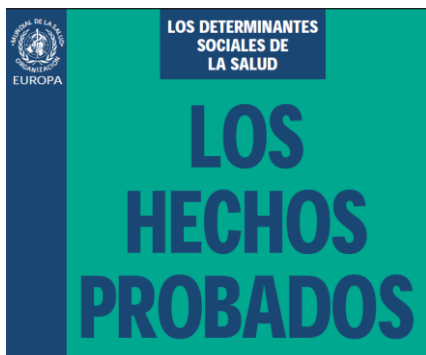
Hoy se puede ver esto en los currículos de la mayoría de las facultades de Medicina, donde:

1. Existe una desvinculación entre los servicios de salud y las facultades.
2. Las facultades no responden a las necesidades del país (tal vez lo hacen aquellas que tienen posgrados en salud pública) pero bien "separados" de las facultades médicas.
3. Menos de un 10 % hace currículos integradores.
4. El 80 % tienen una visión "individual".
5. Menos del 15 % da importancia a la APS.

La realidad dominante es que el aprendizaje se centra en la enfermedad, se hace fraccionado y eso se traduce en una franca incapacidad de integrar o de vincular enfoques nuevos. Si bien muchas facultades han introducido a las ciencias sociales, lo han hecho de una forma aislada, lo cual no permite ver todo su potencial. ¡Integrar no es fácil!



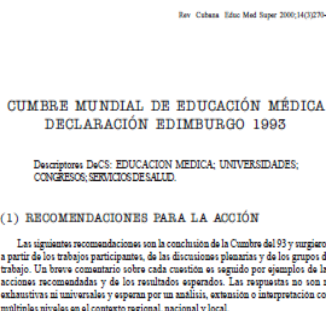
Cómo no entender como la pobreza influye en la enfermedad



Claro que así es... Eso, o la falta de oportunidades, o el estrés laboral o la mala alimentación, o la falta de afecto, influyen muchísimo no en una, sino en todas las enfermedades. ¿Cuánto? Sin atrevernos a ponderar, dejémoslo como mucho. Pero, y a pesar de lo obvio, no es fácil enseñarlo y aplicarlo, es decir, ponerlo de relieve o manifiesto. Y, no es fácil, porque lo que podemos hacer para modificar esos factores a favor de los pacientes no se hace precisamente prescribiendo uno o dos medicamentos. Se necesita un nuevo enfoque que va más allá de la sola prescripción farmacológica, la cual por cierto ha sido la intervención dominante del actuar médico.

Aquellos que trabajamos con estudiantes vemos cómo la enfermedad nos domina, máxime en los hospitales y cómo saber quiénes son, o cómo viven los pacientes, no es tan importante como saber qué tienen o las dosis de los medicamentos utilizados o la identificación de las pruebas diagnósticas. El asunto es que, en tanto el docente y el escenario sean del hospital, iese será lo dominante! Y, de hecho, es hasta obvio porque quien está allí (el paciente) está justamente para que le resuelvan el problema biológico. Por decirlo de alguna forma, el compromiso con la enfermedad resulta muy evidente pero no el compromiso con la sociedad.

Lo que debemos hacer



La doctora Borrell plantea que ha llegado el momento de generar un nuevo paradigma. Así se reconoció en aquella Conferencia Internacional de Educación Médica de Edimburgo^{§§}. Nos dice la doctora Borrell que se debe:

1. Diseñar un modelo científico, biomédico y social. Este modelo debe propender por la calidad y el humanismo.
2. Proponer nuevos campos de práctica, donde se promuevan nuevos valores.
3. Proponer el bienestar de la población como el máximo objetivo.

4. Proponer el análisis de la realidad como el método de desarrollo de los programas.
5. Integrar la acción docente con la asistencial y la investigativa y, de esa manera, contribuir a modificar realidades.
6. Ofrecer a la comunidad el conocimiento de la universidad y dejar de "usarla" solo para fines académicos. Es decir, convertir dicho conocimiento en una forma de justicia social.
7. Superar el enfrentamiento entre generalista y especialistas, pasando a una visión de complemento.

^{§§} <http://files.sld.cu/sccs/files/2010/04/1-edimburgo-1988.pdf>

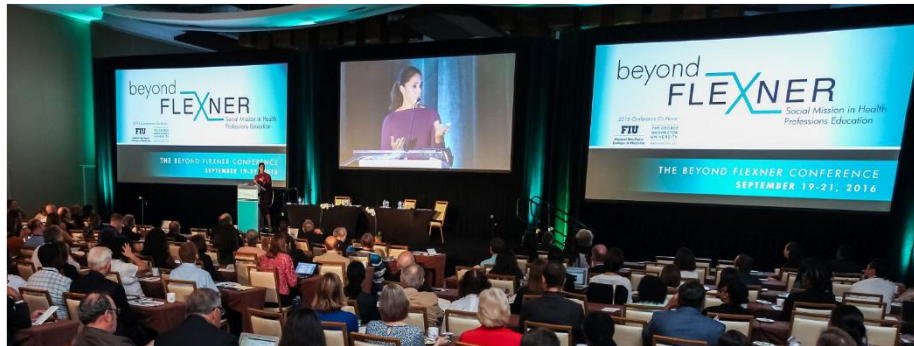
Posturas para pensar

Resulta evidente el llamado a integrar la formación médica con la sociedad, lo que a su vez producirá, al menos dos enfoques, que la doctora Borrell expone como:

“Las propuestas de reforma se centran en el trabajo de los profesores, reconociendo que el nuevo currículo requiere un cambio de pautas de provisiones escolares”. Por otro lado, “la mano de obra no solo ha de ser entrenada sino también

motivada”... “El nuevo interés por la motivación revela una característica particular del actual ambiente de reforma”... “La visión de los años sesenta de que la ciencia contribuiría a la igualdad social se ha transformado; hoy día, la mejora de la educación ha de llevarse a cabo a través de la eficiencia social que lleva a la excelencia vinculada con las fuerzas del mercado”.

En contraposición de Flexner



La nueva propuesta epistemológica reconoce que los factores económicos y políticos influyen muchísimo en los procesos de salud y enfermedad. Impulsa para penetrar en las comunidades (y no solo en los centros médicos). Promueve la ruptura del hospital como único escenario de formación. Parte del reconocimiento que la sola intervención médica no

determina por sí misma el anhelo del bienestar que tanto se enuncia.

Promueve la búsqueda de articulación entre el proceso educativo y la práctica y la integración docencia-servicio. Combate la fragmentación a través de la conformación de módulos o bloques.

Surgen currículos basados en la comunidad

Buscan proponer la inclusión de estudiantes de forma rápida en la comunidad y generar respuestas grupales a los problemas encontrados. La Universidad de MacMaster aporta el razonamiento basado en búsqueda de soluciones, donde a partir de los problemas encontrados, impulsa el análisis, enseñando a plantear preguntas, desarrollar hipótesis y proponer soluciones, todo en grupo.

Menciona la doctora Borrell que en Brasil surgen experiencias donde incluso se hacen como alianzas políticas entre universidad y sectores de la sociedad, buscando promover cambios que repercutan en la población.

Entonces, ¿qué se quiere de un estudiante?



Se quiere que:

- Pueda procesar la información que ve en sus prácticas.
- Sepa resolver problemas.
- Quiera aprender.
- Sea capaz de generar nuevas ideas.
- Sea capaz de autoevaluarse.
- Genere mecanismos para “aprender a aprender”.



Y, ¿cómo se puede conseguir eso?

Proponen que se debe:

- Profundizar en la enseñanza de la complejidad, con el fin de identificar que, habitualmente, son numerosos los factores que intervienen en los problemas.
- Identificar las crisis o desestabilizaciones como oportunidades para cambios y la construcción de caminos de renovación.

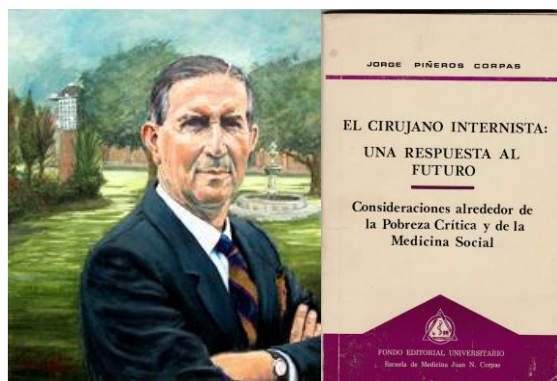
- Empezar proyectos con la visión de problemas objetivos, que buscan transformar formas de hacer, y esto lleva a la posibilidad de crear un grupo con esa intención.
- Usar la realidad (escenarios) como sitio donde se va a trabajar y a evaluar la modificación.
- Asegurar que exista relevancia en lo que se quiere abordar

Mejorar la condición del ejercicio médico



Una de las finalidades de la educación médica ha de ser propender por el mejoramiento de la profesión y su misión social. En ello, los docentes son claves y sus propuestas educativas deben reflejarlo. Las universidades, por ende, deben estimular este aspecto.

Nosotros en la Fundación Universitaria Juan N Corpas



El doctor Jorge Piñeros Corpas, nuestro fundador, creó esta facultad precisamente en contravía con la posición dominante del momento (postura Flexneriana). Sé que no es fácil plantear el pensamiento de él de forma imparcial ya que mis opiniones están sujetas al sesgo de mi recuerdo. Por eso me basaré en el texto que él dejó, en donde, en buena medida, recopila su postura y la que nuestra universidad ha asumido. Surgió como respuesta al rechazo del Ministerio de Educación de entonces hacia el programa de posgrado del Cirujano

Internista, denominación que cambió en 1993 por la especialización en Medicina Familiar Integral. Él declara abiertamente que la facultad tiene una misión y razón eminentemente sociales. Que su razón fundamental son las comunidades marginadas de Colombia. De una vez plantea el uso de la flora medicinal como una respuesta de intervención para la comunidad, en contraposición al dominio de medicamentos de síntesis química traídos por la industria farmacéutica.



Un médico integral

Sostenía que lo que el país necesita (1988) es un médico INTEGRAL, en íntimo contacto con la persona y su familia y distante de la tecnología de última generación, que no está al alcance de la mayoría de la población. Fundó la Corpas para producir médicos generales, sosteniendo que el país necesitaba formar muchos para que así pudieran llegar a

todos los rincones de Colombia. El asunto es que concluyó que en los seis años de formación no era fácil producirlos, así que promovió un programa de posgrado al que denominó el Cirujano Internista, a través del cual pretendía concluir con la adquisición de ese profesional para ejercer en Colombia.

Las competencias

Las concibe como el ser capaz de atender, operar, recibir partos, atender adultos, niños y maternas y, además, con conocimiento suficiente para ofrecer medicinas alternativas, como contra respuesta al dominio de las inmensas farmacéuticas y su medicación de síntesis química y, por cierto, más costosa.

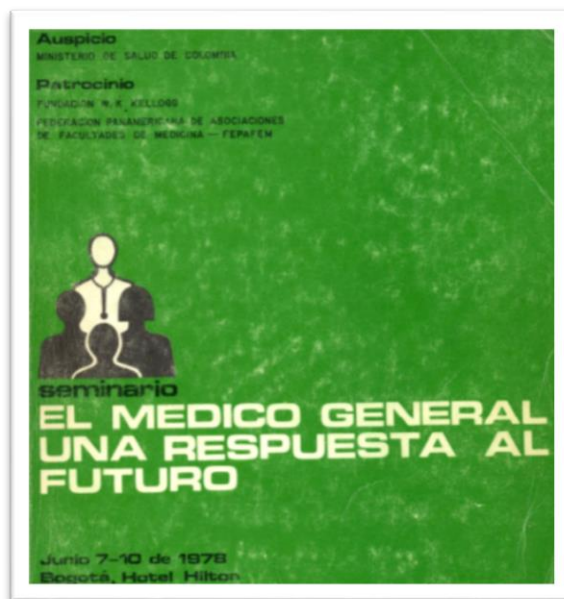
probablemente la visión que el doctor Piñeros propuso está dirigida hacia la atención de enfermos. Además, el uso de tecnología de punta solo estaba al alcance de una minoría. No era infrecuente ver cómo muchísimas familias, cuando un miembro enfermaba, lo vendían todo para ofrecerle los recursos para tratar de salvarlo.

Para el momento (décadas de los años 1970 y 1980), una gran parte de la población no tenía acceso al médico, de ahí

¿Cómo formarlo?

Habla de hacerlo en programas continuos (concentrados) de cinco años de posgrado con el fin de formarlo adicionalmente como un docente o, a través de programas semipresenciales en sus sitios de trabajo, los cuales deberían durar mucho más para cumplir con la formación que se pretendía.

El ocaso del médico general



Planteaba el doctor Piñeros que, ya desde entonces, el perfil del médico general estaba desacreditado, que su papel estaba siendo arrollado por la Medicina de la especialidad, pero sostenía que la función del médico general era vital para el país y que, a través de este, era la única forma de atender a los colombianos. La razón, es que tan solo una mínima parte de la población podría sufragar los costos de la atención que la especialidad exige, la cual y por principio, derrocha recursos. Por ende, la clave estaba en capacitar más a esos médicos generales, de ahí que todos deberían acceder a este programa (por los mecanismos que sean) y que era deber de las facultades diseñar la forma de hacerlo. La razón es que veía una discriminación franca contra el médico general, tanto laboral como salarial. De ahí que el programa debería permitir el acceso de todos los generalistas.

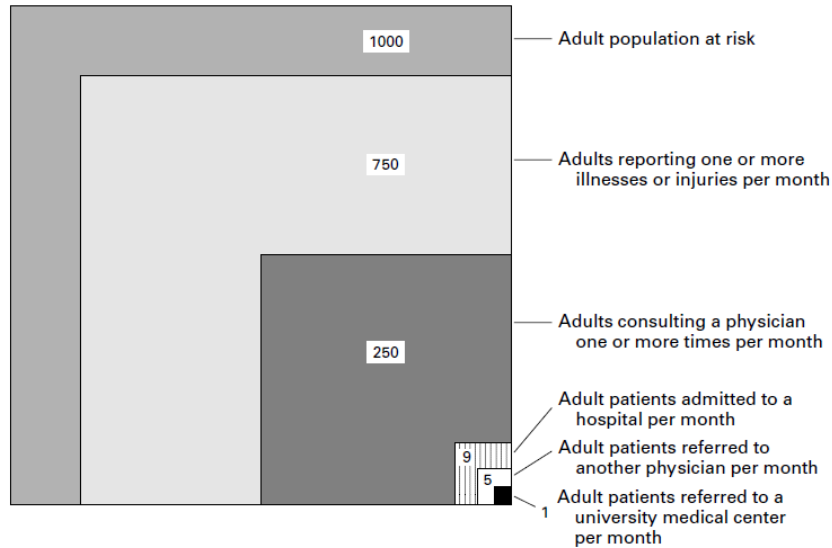


Figure 1. Monthly Prevalence Estimates of Illness in the Community and the Roles of Physicians, Hospitals, and University Medical Centers in the Provision of Medical Care.

Data are for persons 16 years of age and older. Reprinted from the 1961 report by White et al.¹

Sostenía que, si bien la Medicina hospitalaria podía ser campo de la especialidad (aunque también la concebía como un escenario donde el Cirujano Internista podía tener un papel preponderante), la más frecuente Medicina de la consulta era el campo del médico general; allí el escenario está dominado por problemas sin precisión, donde el conocer al ser humano cobra inmenso valor porque solo a través de ese conocimiento se podría llegar a ofrecerle alternativas al

sufrimiento de esa persona y, esas atenciones en la población, son y pueden ser y estar en la competencia y dentro de las habilidades del médico general, siendo lo único necesario su buena preparación. Sin embargo, y dado que reconoce que la realidad es que se censura al médico general, entonces ha de prepararse a través del programa del Cirujano Internista que, como premisa, debe permitir el acceso de todos los generalistas.

¡Ojo!: Lo psicosocial



<http://3.bp.blogspot.com/-VIDSh3Y-UMI/VVvHta2u1AA/AAAAAAAAAFB/US9j4IQMVA/s1600/salud-mental-10-oct-salud-mental.jpg>

Comprendiendo la integralidad del ser humano, propone una muy alta capacitación en salud mental y en las técnicas de abordaje de problemas; en tal sentido, invitándonos a explorar enfoques distintos tales como, en su momento, la sofrología y las terapias grupales. Su postura era tan contundente que creó un servicio de salud mental a través del cual pretendía que todos los estudiantes aprendieran las bases de la evaluación mental y pudieran, si fuera necesario, hacer manejos de lo más frecuente de la enfermedad mental. En el posgrado que diseñó, insertó una rotación de seis meses mediante la cual nos hizo comprender el mundo de nuestros pacientes.

El objetivo

El resultado de la formación del Cirujano Internista ha de ser la capacidad de enfrentarse al 80 % de los problemas en salud, dejando el 20 % restante para la especialidad.

¡Cuidado!

Alertaba que las sociedades científicas persiguen más sus intereses particulares que los del país. De ahí que fortalecer al médico general era imperativo. Él apoyó en su momento al Colegio Colombiano de Médicos Generales a través del doctor Manuel Fernández Arenas, quien lo impulsó durante algún tiempo.



Medicina Social

El doctor Piñeros la define como aquella "que se ejerce sobre vastos sectores de la población de una manera aproximadamente igualitaria, es decir, sin que influya la capacidad de pago". Sabe que debemos hacer una conciliación entre la tecnología y una Medicina financiable y realista de la situación del país. En tal sentido, concibe a las medicinas alternativas, o la flora medicinal como posibilidades de desarrollo, dado el acceso a ellas de la

mayoría de la población, siempre y cuando los costos sean accesibles.

Proponía que es aquella que le puede llegar a todos los colombianos, con la máxima calidad posible. Depende de las facultades que forman el recurso humano y del Estado que debe dar las condiciones para ejercerla. Las facultades deben hacer todo lo posible para promover y estimular el deseo de ser Cirujanos Internistas.

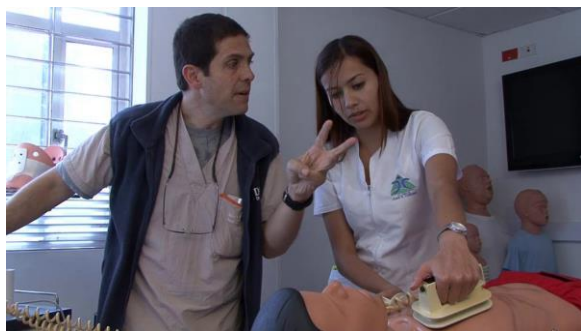
El docente de la Medicina

Lo concebía como un Cirujano Internista. Un profesional que, con su ejemplo, les muestre a los estudiantes la habilidad del desempeño en diversas áreas. Ello para contrarrestar la formación a cargo de los especialistas convencionales, que le imponían a través de su ejercicio esa mirada fraccionada y altamente tecnificada de su práctica. Al respecto, decía que en tanto la educación médica esté en manos de la especialidad "el alumno ya termina convencido de que no será nada ni nadie en Medicina si no logra una especialización". Es más, asimismo, hacia ver que los pacientes reclaman también la atención de ese especialista.



<http://gallery.tinyletterapp.com/ec0015afb6a150033f6246df2bae5e0a200595/images/5aab7a9f-5a6f-485a-aa62-2d9477abafab.jpg>

¿Qué es una buena preparación?



https://i.vimeocdn.com/video/292616664_1280x720.jpg

Sostenía el doctor Piñeros que es justamente prepararlos a través del posgrado de Cirujano Internista, entendido como un médico general que luego de sus seis años de estudio, continúa con un plan de desarrollo académico armónico, a través del cual se prepara en todas las áreas claves por su prevalencia y se adiestra para enfrentarlas. Insistía el doctor Piñeros en capacitarlo en terapias alternativas, plantas medicinales y psicoterapia grupal, preparación que se debería mantener y que debía demostrar la capacidad de resolver el 80 % de los problemas a los que se enfrentara.

¿Cómo prepararlo?

Sostenía que bajo dos modelos. Uno concentrado y convencional; otro en su sitio de trabajo. En ambos ha de cumplir con lo mismo y deberá acreditarse debidamente. La única diferencia la establece el tiempo, siendo evidente que para esa capacitación en sus sitios de trabajo, se tomará más tiempo en cumplir con los créditos (él los denominaba ULAS).



Para ello

El conocimiento que se pretende profundizar en las denominadas básicas, debe redirigirse a las clínicas, a la comunicación con el paciente, a entender las causas, los mecanismos y a la prevención.

El pregrado debe formar un excelente semiólogo y debe ser ejercitado a través del análisis de casos con el fin de desarrollar un pensamiento ordenado. Debe comprender que su raciocinio ha de estar lo más cerca posible de la realidad para evitar el derroche de la tecnología, que por sus costos, nos aleja de esa Medicina igualitaria.

Debe ser entrenado en esos diagnósticos "menores" donde la precisión diagnóstica es secundaria a la comprensión de la

vida del ser humano, que por cierto constituyen la mayoría de la casuística del nivel primario.

Debe ser capaz de resolver, a través de procedimientos quirúrgicos sencillos, problemas de sus pacientes, así como ser un ayudante quirúrgico hábil que pueda acompañar a sus pacientes en tal condición.

Ha de ser un investigador de las terapias alternativas y es su deber experimentar la posibilidad de resolver a través de dichas terapias problemas de su paciente, partiendo del acceso a las mismas.

Transformar a los médicos generales en cirujanos internistas

Proponía como alternativa para promover la calidad de la Medicina, el transformar a la inmensidad de médicos generales en cirujanos internistas mediante proyectos semipresenciales permitiéndoles ejercer en sus sitios de trabajo.

La investigación

Ha de ser pragmática y utilitaria. El mejor ejemplo es la indagación de plantas medicinales, donde se ponga al alcance del público el uso de las mismas con el fin de enfrentar tantos y tan variados problemas de salud que ciertamente no se resuelven con la química farmacéutica. Parte de que esta investigación en momento alguno debe limitar el acceso a través de licencias de exclusividad. La homeopatía debe ser investigada y su uso ha de ser motivo de indagación.

La Corpas hoy



Han pasado casi 50 años desde el surgimiento de la Corpas. Nace en esa década de los años 1970, poco antes de que Alma Ata marcara la historia con un camino a seguir.



No a la postura de Flexner

Creo que es justo decir que el pensamiento del doctor Piñeros estuvo en contra del Flexneriano. No en su búsqueda de la calidad, sí en torno a esa visión de departamentos y tan volcada a la Medicina científica, la cual promueve ese enfoque hacia la tecnología y en la cual, los que más saben de esto o aquello (especialistas y subespecialistas) son los llamados a enseñar. No creía en la profundidad e insistencia de las ciencias básicas en el pregrado; más bien creía que el contacto temprano con la problemática en salud de las personas era la clave motivacional del futuro médico.

Tampoco creía mucho en los currículos, de hecho durante su dirección, el programa de Medicina fue más o menos estático. No creo que haya pensado mucho en la necesidad de incluir las ciencias sociales, pero sí sostenía que el esfuerzo de la Medicina debía estar destinado a ayudar a la inmensa mayoría de la población, la cual por ser pobre, estaba hasta ese momento imposibilitada de acceder al servicio médico. Por eso creó la Corpas y estuvo de acuerdo en que se abrieran más facultades.

Nosotros, en nuestro nuevo currículo, hemos puesto las básicas (contrario al pensamiento del doctor Piñeros). Aún veo difícil que la bioquímica cobre relevancia clínica o que las fórmulas farmacológicas sean imperativas para el ejercicio médico. Aún hoy, no sé si es necesario hacerlo con la insistencia que hoy se hace. Él siempre insistió en unos conceptos básicos que permitiesen entender y en el contacto con la realidad a través de los pacientes. Todo esto sumado a una mayor insistencia en lectura crítica, al uso de números y a un mayor contacto con las personas es, para mí, lo clave de esos primeros semestres o de lo que denominamos básicas. Comparto que debemos fortalecer la demostración científica, pero, asimismo, el análisis de la realidad donde la enfermedad se impone y las razones sociales. Por eso creo que son claves esos escenarios comunitarios. Creo que las antropologías o las ecologías han de estar inmersas en las prácticas y allí verlas de forma aplicada. Pero, el reto está en cómo integrarlas y hacer que nuestro estudiante las vea como parte esencial de la Medicina.

De la selección de los estudiantes



Si bien cuando surge la Corpas, por sus costos (a pesar de ser la más económica de las privadas) determina que población de estrato cuatro en adelante sea la que puede estudiar, el doctor Piñeros vislumbró que en algún momento la Corpas pudiera tener unos costos que les permitieran a personas de las condiciones más humildes estudiar. Según recuerdo él decía: "Ellos, de seguro cuando terminen sus estudios, podrán ayudar a cambiar parte de las realidades en que viven los más humildes. De hecho, nos decía que soñaba con tener unos desarrollos económicos en otras áreas y con

esas ganancias, subsidiar y así ser la facultad más accesible de Colombia. Hoy eso lo plantean esas concepciones que están tomando el camino "social" como razón fundamental, antes que el biomédico^{***}. Lo anterior implica, de hacerlo hoy, la necesidad de construir programas de "compensación" reconociendo que los admitidos llegarán con deficiencias, partiendo de que sus centros de secundaria no son de la calidad que se espera^{†††}, pero casi con la certeza hipotética de que volverán a sus comunidades cuando concluyan.

^{***}http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/GODUE-BORREL-Ideas_principales_de_la_conferencia_Beyond_Flexner_Mision_social_de_la_Educacion_Medica.pdf

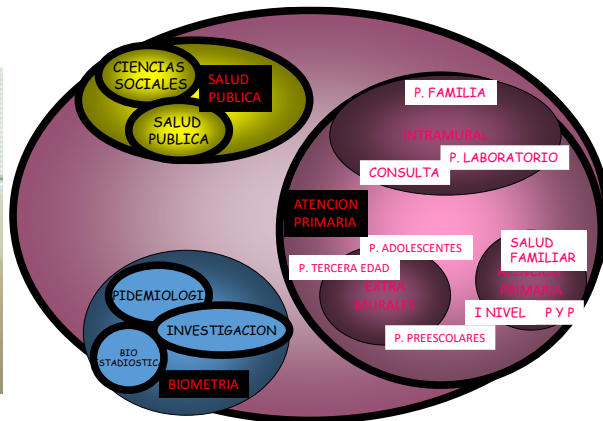
^{†††} Villegas M. Prevalencia de la comprensión lectora en un grupo de estudiantes de Medicina. Carta Comunitaria. 2011; (110): 3-9.



Los departamentos



<https://pbs.twimg.com/media/Cc9YFNHWEAYEmx0.jpg>



No fue el doctor Piñeros partidario de crear departamentos. Él habló de bloques, en los cuales unía algunas cátedras con el fin de "compactar" el conocimiento. Estaba el bloque de los tres primeros años (teórico) y el bloque de prácticas (clínico). Nosotros, en su sucesión (bajo la dirección y visión del maestro Guillermo Restrepo CH) creamos dentro del primer bloque, uno de transición, en el tercer año, que se denominó Comunitario, en donde combinamos la teoría con las

prácticas en comunidad, a través de la construcción del departamento de Medicina Comunitaria, que a la larga lo deberíamos haber denominado bloque de Medicina Comunitaria. Lo cierto es que, con dicho departamento, se abrieron escenarios comunitarios propios e, igualmente, se trajo la Antropología, la cual quedó íntimamente vinculada a nuestro desarrollo.

La pedagogía

El deber de la universidad...

¿CÓMO ENSEÑAR?

1. Lo que le enseña lo puede aplicar.
2. De lo aprendido, ve la utilidad.
3. Puede participar.
4. Percibe al docente como persona justa.
5. La exigencia se puede cumplir.
6. El trato es respetuoso.



Es mi impresión que en ello nuestro fundador no fue muy analítico. Si bien él propuso la creación de un docente especial con su método (docencia corporativa integral), no se detuvo mucho a pensar en el método. Hoy mismo vivimos numerosos desacuerdos en la forma de enseñar para motivar y así incentivar el aprendizaje. Me atrevo a plantear que los docentes nos dividimos en dos grandes grupos, aquellos que creen que el papel del docente es clave para ofrecer al

estudiante, de la forma más motivante, los conocimientos y, aquellos que creen que es el estudiante el clave y, que, si él está motivado por se, el resto es fácil.

La verdad es que, hoy como ayer, esa queja de que los estudiantes, solo se esfuerzan por "pasar" más que por aprender, está tan vigente como hace 75 años.

El docente según el doctor Piñeros Corpas



Supo muy pronto el doctor Piñeros que, en tanto los “especialistas” fueran los docentes, los estudiantes, siguiendo su ejemplo, desearían ser especialistas y, por eso, en la facultad que él había creado, comprendió que debía formar un “nuevo docente”. Anhelaba que ese docente pudiese enseñar “todo” pero, principalmente, que en su práctica, el estudiante lo pudiese ver ejerciendo con dominio ese 80 % de la Medicina aplicada.

Yo creo que esta idea es clave. Nosotros hemos tratado de impulsarla, pero pienso que debemos reforzarla. Promover esa docencia corporativa integral resulta clave para los estudiantes que la reciben, pues más se aprende del ejemplo que de las palabras, al menos eso creo yo.

I TBL is a collection of practices that support one another for powerful instructional effect. This chapter describes the building blocks of team-based learning and the steps necessary to put them into place.

The Essential Elements of Team-Based Learning

Larry K. Michaelsen, Michael Sweet

Team-based learning (TBL) possibly relies on small group interaction more heavily than any other commonly used instructional strategy in postsecondary education (for comparative discussion of different approaches, see Fink, 2004; Johnson, Johnson, and Smith, 2007; Millis and Cottell, 1998). This conclusion is based on three facts. First, with TBL, group work is central to exposing students to and improving their ability to apply course content. Second, with TBL, the vast majority of class time is used for group work. Third, courses taught with TBL typically involve multiple group assignments that are designed to improve learning and promote the development of self-managed learning teams.

This chapter begins with a brief overview of TBL. Next, we discuss the four essential elements of TBL and then walk through the steps required to implement them. Finally, we examine some of the benefits that students, administrators, and faculty can expect from a successful implementation of TBL.

Por supuesto que aprender pedagogía resultará clave para el éxito de estos docentes integrales. Y, en esa pedagogía, combinar la teoría y la práctica e incorporar la investigación pertinente o hacia las poblaciones con las que se trabaja, resulta imperativo.

No a los departamentos, sí a los bloques

Proyecto Lisboa: Estrategias

Del departamento



Reconociendo que los departamentos, si bien integran a sus miembros, se separan de los demás departamentos (incluso compiten), nosotros deberíamos rediseñarnos (volver) bajo el nombre de bloques, a través de los cuales agrupemos cátedras y docentes y trabajemos en equipos. ¿Cómo provocar esas integraciones? Nada mejor se me ocurre que a través de las poblaciones con las que nos comprometamos.

Allí, entre ellos y sus realidades, es que podemos diseñar propuestas que cambien esas realidades y ver la realidad aplicada del conocimiento, el cual casi con seguridad no será de una sola cátedra, será la combinación de esfuerzos. El mejor ejemplo sería implementarlas en nuestros escenarios de práctica comunitaria el APOC (Atención Primaria Orientada a la Comunidad)⁺⁺⁺.

Acabar con el “hospitalocentrismo”



Los escenarios de práctica han de ser idealmente redes integradas^{sss}, a través de las cuales se combine el hospital y todos los escenarios comunitarios^{****}, donde viven las comunidades con las que la universidad se compromete. Nosotros, en la Corpas, para eso contamos con experiencia y nuestros lugares.

⁺⁺⁺ Gofín J, Gofín R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2007; 21(2/3):177-185.

^{sss} Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Organización Panamericana de la Salud 2008

^{****} Campos F et al. Caminos para acercar la formación de profesionales de salud a las necesidades de la atención primaria. Revista brasileira de educação médica. 2001; (25):2.



¿Qué nos hace falta?

CONSTRUIR....

PROGRAMA FAMILIA



SÍMBOLO DE LA FUJNC

Nos falta unirnos sólidamente a esas familias que forman parte de la comunidad donde trabajamos. Es nuestro deber resolver el problema de cómo hacerlo perteneciendo o no a la seguridad social. Una vez más, tenemos experiencia en eso, la cual debemos canalizar; además, hemos de capacitar para construir el programa familia, símbolo de la FUJNC, a través del cual el pre y el posgrado de integren de manera real.

La tecnología de la educación

Quienes conocimos al doctor Piñeros vivimos esa obsesión suya por escribir textos sencillos que le permitieran entender a los estudiantes. Prueba de ello son sus libros, las "conferencias" y demás materiales que producía y, a través de los cuales, nosotros, sus alumnos nos iniciábamos en la

complejidad de la temática, entendiendo lo básico y fundamental. Hoy más que nunca existe esa necesidad de facilitar el entendimiento. Luego será tarea de cada cual darle la profundidad a su saber de acuerdo a su motivación o los requerimientos de sus pacientes.

Hoy como nunca, existen las posibilidades de llevar el conocimiento a cualquier región y la educación virtual se convierte en una magnífica herramienta. Será deber de la Corpas impulsarla y, con ello, hacer real ese sueño del doctor Piñeros que hoy, el Ministerio también sostiene, como es el de formar en los sitios de trabajo^{****}.

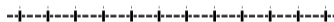


La Corpas: ¡comprometida con la APS!

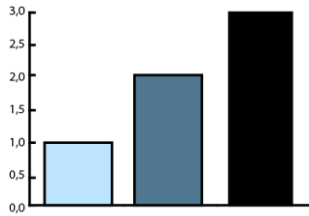
Sostengo que la razón social de la Medicina que promulgó nuestro fundador hoy se concreta en torno a la APS y que nosotros debemos dirigir nuestro esfuerzo misional hacia dicha estrategia.

Nuestro camino

Propongo que la Fundación Universitaria Juan N. Corpas tiene hoy como nunca la posibilidad de convertirse en un faro y para ello debe organizar un seminario donde pongamos de manifiesto a toda nuestra comunidad el pensamiento del doctor Piñeros y cómo, a partir de ahora, nos trazamos una ruta que nos convierta en líderes en lo que queremos ser... ¡La memoria del doctor Piñeros se lo merece



**** <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa-unico-nacional-%20Especializacion-medicina-familiar.pdf>



Investigación

RELACIÓN ENTRE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y GÉNERO Y FAMILIA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS, SUBA (BOGOTÁ)



Relationship between Eating Disorders with Gender and Family in Adolescents Attending Schools in Suba, Bogotá

Diana Carolina Martínez, Sonia Gisela Martínez. ****

Tutor: Juan Carlos González^{§§§§}

Colaboración en el análisis estadístico y edición: Jenny Pinzón^{*****}

Dibujos: Andrés Reyes⁺⁺⁺⁺⁺

Resumen

Objetivo: establecer si existe relación entre el riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria (TCA) y el género y la estructura y funcionalidad de la familia.

Metodología: se aplicó una encuesta entre estudiantes que cursaban los grados sexto a once, en cuatro colegios de la localidad de Suba, indagando por variables de género, estructura y funcionalidad familiar (a través del test de APGAR familiar); se realizó el Test de Scoff para identificar la presencia de TCA.

Resultados: se encuestaron 3217 adolescentes, de los cuales 1603 eran hombres y 1614 mujeres. El 20 % de los hombres presenta riesgo de TCA frente a un 30 % de las mujeres. En relación a la estructura familiar de la población que presentó TCA, el 25,5 % refirió tener familia nuclear incompleta, mientras que el 24,2 % familia nuclear completa. Respecto a la funcionalidad familiar, el 33,6 % percibió disfunción severa y el 22,9 % buena función. En este estudio el género y la función familiar mostraron relación estadística con los TCA a diferencia de la estructura familiar.

Conclusiones: las mujeres tienen mayor predisposición a presentar un TCA. La disfunción familiar es un factor que influye en el desarrollo de un TCA.

Palabras clave: Trastornos de alimentación y de la ingestión de alimentos, adolescente, relaciones familiares, familia, riesgo.

Abstract

Objective: To establish the relationship between the risk of developing an eating disorder with gender and family (structure and functionality).

Methodology: A survey was conducted on Sixth to Eleven-Grades students in four schools located in Suba, a locality of Bogotá. The survey inquired about sociodemographic variables including family structure. Family functionality was looked into by the Apgar score and, eating disorders by the Scoff Score.

Results: 3197 adolescents were surveyed, of which 1603 were men and 1614 were women. Eating disorder risk was evaluated in 20 % of male population and, in 30 % of female one. Among who presented an eating disorder, 25,5 % reported having an incomplete nuclear family and, 24,2 % a nuclear family. Likewise, 33,6 % perceives severe dysfunction family and, 22,9 % normal functionality. Gender and family functionality showed relation with eating disorders unlike family structure.

Conclusions: Women are more predisposed to present an eating disorder. On the other hand, family dysfunction is a factor that contributes to this disorder.

Keywords: Feeding and eating disorders, adolescent, family relations, family, risk.

**** Estudiantes VII semestre – Facultad de Medicina FUJNC

§§§§ MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria - juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

***** Coeditora Carta Comunitaria - jenny.pinzon@juanncorpas.edu.co

+++++ MD Cirujano General





INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria se definen como una percepción errónea de la imagen corporal y del peso (1, 2), asociada a una obsesión por la comida o al miedo a engordar, lo que resulta en problemas médicos y nutricionales (3, 4). Esta conducta es una respuesta a los impulsos psíquicos de la persona que se ve afectada (5), lo que hace pensar en una patología mental.

Es necesario tener en cuenta que el pronóstico no es bueno, por ejemplo, hay un 50 % de personas con anorexia nerviosa que, a pesar de haber tenido un tratamiento hospitalario, recae al continuar con los síntomas psicosociales, por su parte, la bulimia presenta resistencia al tratamiento lo que dificulta la recuperación (6).

El pronóstico deficiente se da por condiciones tales como la personalidad inestable, un matrimonio disfuncional y un largo período de padecer la enfermedad. Al contrario, las personas que tienen una autoestima alta, que reconocen su patología y que logran alcanzar un mayor grado de autonomía tienen un mejor pronóstico (6).



Se ha relacionado la disfunción familiar con el desarrollo, mantenimiento y permanencia de los trastornos alimentarios (4). Esta disfunción estaría dada por las dificultades que se presentan en los procesos de comunicación de la familia debido al aumento de la rigidez, la menor cohesión y la menor flexibilidad. En familias con estas características se puede ver un comportamiento desligado y caótico en comparación con las familias donde no hay TCA (7). La sobreprotección y la evasión de los problemas son también características del modelo de familia psicossomática en pacientes con TCA (8).

La disfunción familiar, que se suma a la baja autoestima, junto con el transmitir a los hijos la preocupación de conservar el peso y la figura, lo que refuerza de cierta manera la insatisfacción corporal, son aspectos en los que intervienen indirectamente las familias, los cuales se combinan aumentando la aparición de TCA (8, 9).

En cuanto a factores precipitantes de los TCA se han asociado actividades como la danza, el patinaje artístico y la gimnasia rítmica que motivan a las mujeres a adelgazar, en especial a las adolescentes, con el fin de conseguir un mejor rendimiento (10).

Se ha demostrado que la incidencia de estos trastornos es mayor en las mujeres (8), debido a que su insatisfacción corporal es mayor que la de los hombres, aunque estos siguen teniendo un porcentaje significativo (11).



Los medios de comunicación influyen en los estereotipos de belleza del adolescente. La televisión ejerce un bombardeo constante de imágenes que manipulan el pensamiento de los jóvenes poniendo en riesgo su salud mental (12). Se ha demostrado una estrecha relación entre la publicidad y los factores socioculturales para la creación del prospecto ideal de género e imagen corporal (13).

Lo anterior muestra que los factores que contribuyen al desarrollo de TCA están entrelazados. Este trabajo identifica el papel que cumplen la familia (su estructura y funcionalidad) y otros factores, como el género, en la prevalencia de los TCA en los adolescentes, siendo importante indagar en estos aspectos ya que dichos trastornos constituyen actualmente un problema de salud pública por el incremento de su incidencia (4, 13), la gravedad de sus síntomas y la resistencia al tratamiento que estos pacientes presentan (13).

Este artículo, al evidenciar los factores que influyen para que los adolescentes desarrollen un TCA, pretende contribuir para que, en un futuro, se logre una buena prevención así como la curación de los jóvenes que presentan este problema (4).

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo de tipo corte transversal.

Población: Estudiantes que cursaban los grados sexto a once en los cuatro colegios evaluados en la localidad al momento de la encuesta.

Criterios de inclusión: estudiantes que pertenecieran a los grados sexto, séptimo, octavo, noveno, décimo y once de los colegios evaluados y que hubieran estado presentes el día y el momento de la encuesta, tanto en las jornadas mañana y tarde.

VARIABLES DE ESTUDIO:

Se indagó por aspectos sociodemográficos (edad, sexo, percepción del estrato). Se preguntó por la estructura del hogar (nuclear, completo e incompleto) y, por la función familiar, a través del Test de APGAR familiar (¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad? ¿Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas? ¿Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades? ¿Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor? ¿Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero?), con tres posibilidades de respuestas a cada una de estas preguntas (casi nunca = 0 puntos, algunas veces = 1 punto, y casi siempre = 2 puntos). Se considera funcionalidad normal si se obtienen de 7 a 10 puntos; disfunción moderada de 4 a 6 puntos y, disfunción severa, de 0 a 3 puntos (14).

Se realizó el Test de Scoff (15) para evaluar el riesgo de TCA en los encuestados (¿Te hace sentir mal tener lleno el estómago? ¿Te preocupa haber perdido el control sobre cuánto comes? ¿Has perdido peso en los últimos tres meses?

Se considera respuesta positiva una pérdida de peso en torno a los 6 kilogramos. ¿Te ves obeso a pesar de que los demás te dicen que estas demasiado delgado? ¿Dirías que la comida domina tu vida?). Si el test arrojaba dos respuestas positivas indicaba la posibilidad de TCA.

Prueba piloto: La encuesta utilizada para el presente artículo, ya ha sido probada y evaluada en otros estudios anteriores (16, 17).

Recolección de la información: inicialmente se obtuvo el permiso de las directivas de cada institución encuestada con el compromiso de obtener un diagnóstico que permita intervenir en la población. Posterior a esto, se ingresó a cada aula de clase explicando la finalidad de la encuesta, así como la libertad para contestarla y, sobre todo, la confidencialidad de los datos. Al final, cada encuestador recopiló la información obtenida en una base de datos y luego se consolidó todo en una sola tabla.

Manejo estadístico: se tabularon los resultados y se obtuvieron las frecuencias en el programa Excel. No todas las encuestas fueron respondidas en su totalidad, por ende, de cada pregunta se obtuvo el porcentaje del total contestado. Se unieron las bases de datos de los cuatro colegios estudiados en el período 2015-2016 con el fin de observar los riesgos psicosociales a los que está expuesta esta población.

A través de la escala del test de Scoff, se obtuvo la prevalencia de riesgo de TCA y, usando el programa Epi Info, se obtuvieron los Odds Ratio entre esta variable y el género, la función y la estructura familiar, respectivamente, así como los intervalos de confianza y la prueba P para determinar si había o no relación entre las variables comparadas.

RESULTADOS

Se encuestó un total de 3217, de estos, 3197 tienen una edad que oscila entre los 10 y los 20 años.

Tabla 1. Características generales de la población encuestada en los cuatro colegios de la localidad de Suba.

VARIABLE	N°	%
Edades		
De 10 a 12 años	710	22
De 13 a 16 años	2155	67
De 17 a 20 años	332	10
Sexo		
Masculino	1603	50
Femenino	1614	50
Estrato		
Estratos 1 y 2	1487	49
Estrato 3 y 4	1505	50
Estratos 5 y 6	38	1
Funcionalidad Familiar		
	N°	%
Disfunción severa	147	5
Disfunción moderada	424	14
Funcionalidad normal	2488	81
Estructura Familiar		
Hogar Nuclear (vive con papá, mamá y hermanos)	1649	53
Hogar incompleto (falta uno de los padres)	1007	32

Tabla 2. Características de los adolescentes encuestados en torno a TCA.

RIESGOS DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA	N	%
Riesgo de trastorno de conducta alimentaria.	798	25
Se provoca el vómito después de comer.	266	9
Le preocupa haber perdido el control en su forma de comer.	998	34
Ha perdido más de 7 kilos en los últimos tres meses.	407	14
Cree que está gordo(a) así los demás le digan que esta delgado(a).	590	20

La tabla 2 muestra las preguntas realizadas a los adolescentes encuestados para valorar la presencia de TCA.

Tabla 3. Razones de riesgo para el desarrollo de TCA

VARIABLE	TCA				OR	LI	LS	Prueba <i>p</i>
	SÍ		NO					
	N°	%	N°	%				
Género								
Hombre	313	20,0	1252	80,0	0,6	0,5	0,7	0,000000
Mujer	481	30,0	1101	69,6				
Estructura familiar								
Nuclear incompleta	251	25,5	734	74,5	1,1	0,9	1,3	0,449283
Nuclear completa	390	24,2	1224	75,8				
Funcionalidad familiar								
Disfunción severa	49	33,6	97	66,4	1,7	1,2	2,4	0,003065
Buena función	558	22,9	1882	77,1				

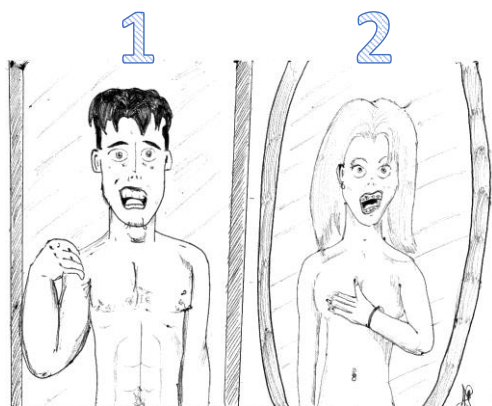
La tabla 3 evidencia que las variables relacionadas con el desarrollo de TCA en este estudio fueron el género y la funcionalidad familiar. La estructura familiar no mostró diferencia estadística respecto al riesgo de TCA. La variable más significativa fue género (prueba p 0,000000).



DISCUSIÓN

La presente investigación está sujeta a la limitación propia de las encuestas, es decir, que no se conteste con la verdad. Al respecto, se notaron unas pocas inconsistencias entre algunas respuestas; por ejemplo, en la pregunta de si ya habían recibido información acerca de planificación familiar contestaban en forma negativa, mientras que, en la siguiente pregunta (a qué edad recibió dicha información), escribían la edad. Sin embargo, tal limitación se enfrentó a través de la insistencia en la voluntariedad y el anonimato. La similitud obtenida en los resultados de cada colegio, hace suponer que se superó suficientemente como para darle validez. Además,

los resultados obtenidos en el presente trabajo guardan correlación con las referencias consultadas, por lo que se presume que este no fue un factor limitante a la hora de hallar veracidad en los resultados. Por otro lado, hay que tener en cuenta que para evaluar los TCA en la presente investigación, se utilizó el Test de Scoff en toda la población encuestada, prueba que hasta el momento solo ha sido validada en mujeres. Así que debemos someternos a un margen de error a la hora de detectar la presencia de TCA en la población masculina (18).



En este estudio se encontró una diferencia casi del doble (tabla 3, OR 0,6 IC95 % 0,5-0,7) entre hombres y mujeres con TCA. Aunque no con la misma frecuencia, lo anterior concuerda con los resultados de las referencias revisadas (19, 20, 21). Gracias a los medios de comunicación y al concepto de estética de nuestra sociedad, se ha transformado el concepto de la imagen corporal en un culto a la supuesta perfección, propia de una figura esbelta (22). En la población adolescente, esta idea llega a convertirse en una cuestión de decisión basada en un mundo glamoroso (22). Para lograrlo, las mujeres acuden al uso de laxantes, al vómito inducido y a la disminución en la ingestión de alimentos. Todo lo anterior, acompañado de la sensación de culpa por no lograr su objetivo (22). Esto podría ser una explicación de por qué las mujeres tienen una mayor prevalencia de TCA en las encuestas realizadas tanto en el presente trabajo como en las demás bibliografías acerca del tema.



Otra explicación para un mayor riesgo en las mujeres de padecer de un TCA es que puede deberse a la presión que ejercen la sociedad y los medios de comunicación sobre el modelo ideal de belleza (8, 9, 23, 24), lo que hace a las jóvenes querer tener "un cuerpo socialmente deseable" (25). Todas estas ideas van ligadas a la autopercepción que la adolescente tenga. En la mayoría de los casos se presentan los TCA por la insatisfacción corporal (4, 23, 26) y el deseo de adelgazar al sobreestimar el tamaño de su cuerpo (25, 26).

masiva, al enfatizar los ideales de fuerza física, fortaleza, agresividad, competitividad e independencia de los hombres (27). Han postulado también la idea de que el deporte desempeña un papel de vulnerabilidad en ellos por su exigencia (27).

Por las diferencias entre el origen de los trastornos en hombres y mujeres se ha postulado que mientras a las mujeres les interesa la delgadez, para los hombres es más importante el tener un cuerpo musculoso (20). Otra idea que se ha lanzado es que las mujeres tienden a sentirse insatisfechas con la parte inferior de sus cuerpos y los hombres con la parte superior (27).

Las hipótesis acerca de por qué los hombres desarrollan TCA apuntan a culpar nuevamente a los medios de comunicación



Sin embargo, no solo factores individuales sino también familiares influyen en la predisposición a desarrollar un TCA, así, "...al ser la familia el núcleo social más cercano al individuo y la responsable de la transmisión de valores, hábitos y costumbres...", (28) debemos considerarla como una influencia determinante para desarrollar un trastorno. La disfunción familiar es directamente proporcional al desarrollo de TCA; describiendo la falta de cohesión y la poca tolerancia al conflicto como determinantes para su desarrollo como este. Un factor relevante es el exceso de control por parte de los padres sobre los adolescentes, el ser sobreprotectores, autoritarios y el impedir su independencia (28), causando en los adolescentes la impresión de que no tienen el control sobre sus vidas, pensando así, que el único objeto sobre el que pueden ejercer o imponer sus decisiones es su cuerpo (28). Por otro lado, se ha demostrado que la falta de afecto y supervisión por parte de los padres puede resultar en

adolescentes con baja autoestima, la cual guarda estrecha relación con el riesgo de desarrollar un TCA. Según estudios (28), la disfunción familiar es directamente proporcional al desarrollo de TCA y la falta de cohesión y la poca tolerancia al conflicto son determinantes para su desarrollo, apoyando así tanto lo dicho anteriormente como los resultados de la presente investigación.

Este estudio al igual que los documentos registrados anteriormente, evidencia el impacto que tiene la funcionalidad familiar, a diferencia de su estructura, sobre los TCA (tabla 3) (29, 30). Varios autores sustentan estos resultados teniendo como base las variables con que se evalúa la familia. La mayoría coinciden en un aumento de la rigidez, una disminución en la flexibilidad y la negación de los problemas (11, 31).



En dichas familias se perciben autoritarismo y roles estrictos en su relación, lo que sugiere rigidez dentro del entorno familiar (6). Por su parte la flexibilidad al verse afectada dificulta la interacción ante una crisis (24) sin dejar de lado la cohesión que limita la expresividad y saca a flote la carencia de apoyo y afecto que demandan los hijos.

Uno de los mayores problemas que se da es el evadir los conflictos (32), ya que se elimina la posibilidad que tienen para negociar sus diferencias, impidiendo así la solución a sus problemas (31). Estas situaciones llevan al caos y el desligamiento familiar (11) todo dado por la falta de comunicación (30). Hay que tener en cuenta que la rigidez también lleva a la evasión de los eventos que suceden en la familia (31). Como consecuencia de estos factores se impide al adolescente tener conciencia de su problemática (31).

Así queda claro que uno de los aspectos a evaluar es el papel que desempeña la familia para el desarrollo de un TCA, ya que podría ser una diana terapéutica. La funcionalidad familiar se puede evaluar con varias interacciones e, independientemente del autor, hay tres en común que son el aglutinamiento o cohesión, la rigidez y la resolución de conflictos. Estas tres son las bases de la relación familiar (7).

Se puede concluir que los trastornos de conducta alimentaria no han sido intervenidos adecuadamente, ya que al aumentar su incidencia se han convertido en un problema de salud en muchos países (4, 12, 26). En esta investigación se analizaron factores que intervienen en la aparición de los TCA en los adolescentes con la intención de contribuir a la disminución de su prevalencia al usarlo como base para construir futuras dianas terapéuticas, específicamente enfocadas en el género y el papel de la familia en este tipo de patologías. Se observó que el género predominante es el femenino, al ser más vulnerable que el masculino (4, 6, 8, 9, 23, 24). Por otro lado, a lo largo de la discusión, se evidenció cómo una familia disfuncional no solo predispone a que el adolescente presente este trastorno sino que también ayuda a prolongarlo y empeorar su sintomatología. El conocimiento de estos hechos facilita el tratamiento del paciente pues evidencia el efecto que puede tener una terapia conjunta. Se espera que, con un análisis más profundo, se pueda poner en marcha un plan de prevención (10, 33) en los adolescentes teniendo en cuenta los factores que en ellos influyen sin dejar a un lado, por supuesto, a la familia que es indispensable en todo este proceso.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Juan Carlos González, por su asesoría, apoyo y colaboración en el desarrollo de esta investigación. A la Fundación Universitaria Juan N. Corpas por brindarnos el espacio y, por último, al colegio IED de la localidad de Suba, por permitirnos realizar el trabajo de campo en sus instalaciones.

REFERENCIAS

- (1) Martínez P, Zusman L, Hartley J, Morote R, Calderón A. Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. [Internet]. Revista de Psicología de la PUCP [consultado el 29 de octubre de 2016]. 2003; XXI (2) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/994002.pdf>
- (2) Moreno P, Ochoa S, Vásquez D, Salazar D, Ortiz E, López Y et al. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de colegios públicos de Pereira. [Internet]. Rev. Méd. Risaralda [consultado 29 de octubre de 2016]. 2016; 22(1):9-13. Disponible en: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/trastornos-conducta-alimentaria-adolescentes-colegios-publicos-pereira/id/67514903.html
- (3) Gorag A, Iñarritu M. ¿Cómo ves? Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia [Internet]. México: Dirección general de divulgación de la ciencia. 2005; [consultado: 23 de agosto de 2016]. Disponible en: http://pregrado.juancorpas.edu.co/pluginfile.php/27910/mod_book/chapter/66/2.%20Guia%20ElabCitas%20y%20Ref%20Estilo%20Vancouver.pdf
- (4) Cruzat C, Ramírez P, Mellipillán R, Marzolo P. Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. Psykhe [Internet] [consultado el 29 de octubre de 2016]. 2008; 17(1): 81-90 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96717108>
- (5) Méndez P, Vázquez V, García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. México: Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet]. 2008; 65(6): 579-592. [Consultado: 29 de octubre de 2016] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014
- (6) Haller E. Eating Disorders a Review and Update. [Internet]. The Western Journal of Medicine [consultado el 5 de noviembre de 2016]. 1992. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1022101/pdf/westjmed00088-0054.pdf>
- (7) Ruiz M, Masjuan N, Costa-Ball D, Cracco C. Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. [Internet]. Una investigación desde el modelo circunplejo. Ciencias Psicológicas [consultado 29 de octubre de 2016]. 2015; 9(2): 153-162. Disponible en: <http://revistas.uca.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/439>
- (8) Ruiz A, Vázquez R, Mancilla M, Viladrich C, Halley M. Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión [Internet]. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [consultada 29 de octubre de 2016]. 2013; 4(1): 45-57. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425741619006>
- (9) González, J. Restrepo, F. Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. Rev. salud pública. [revista on-line] 2011 [consultado el 12 de noviembre de 2016]; 13 (1): 67-78. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33530/38088>
- (10) Rutzstein G, Murawski B, Elizathe L, Arana F, Armatta A, Leonardelli E. Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes: un estudio comparativo entre pacientes, estudiantes de danza y estudiantes de escuelas medias [Internet]. Revista Colombiana de Psiquiatría [consultado 29 de octubre de 2016]. 2019; 39(2): 329-346. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447008>
- (11) Amaya A, Álvarez G, Mancilla JM. Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. [Internet] Rev. Mex. de trastor. aliment [consultado 29 de octubre de 2016]. 2010; 1(1): 76-89. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000100008
- (12) Durán M, Morales M, Hernández M. La publicidad de televisión entre otros factores socioculturales influyentes en los trastornos de la conducta alimentaria. [Internet]. 2000 [consultado 29 de octubre de 2016] Disponible en: www.aeic2010malaga.org/upload/ok/47.pdf
- (13) Moreno M, Ortiz G. Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. Terapia psicológica [Internet]. Ter Psicol [consultado 29 de octubre de 2016]. 2009; 27(2): 181-190. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200004
- (14) Suárez M, Alcalá M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar [Internet]. Rev. Méd. La Paz [consultado 12 de noviembre de 2016]. 2014; 20(1): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172689582014000100010&lng=es
- (15) García L. González E, López I. Ezquerro J. El test SCOFF: una posible herramienta de cribado de los trastornos de comportamiento alimentario en atención primaria. [Internet]. Aten Primaria [consultado el 19 de noviembre de 2016]. 2003; 32(5): 315-16. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-test-scoff-una-posible-13051586>
- (16) González JC. Riesgos y familia en la adolescencia. Un estudio acerca de los comportamientos de riesgos y la familia de los adolescentes de los colegios públicos. FUJNC. [Internet]. Nov 2007 [consultado el 12 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.juancorpas.edu.co/uploads/media/TEXTO_RIESGOS_FAMILIA_Y_ADOLESCENTES_02.pdf
- (17) González, J. Determinación de Relaciones entre los Comportamientos de Riesgo Psicosociales y la Familia de la Población Adolescente Escolar de los Colegios públicos de Suba. UNAL. [Internet] 2006 [citado el 12 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/657/1/597353.2006.pdf>
- (18) Rueda G, Díaz L, Campo A, Barros JA, Ávila GC, Oróstegui LT et al. Validación de la Encuesta Scoff para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. Universidad Autónoma de Bucaramanga. [Internet]. Biomédica [consultado el 12 de noviembre de 2016]. 2005; 25: 196-202. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/viewFile/1342/1457>
- (19) Gempeler J. Trastornos de la alimentación en hombres: cuatro subtipos clínicos. [Internet]. Revista Colombiana de Psiquiatría [consultado 15 de octubre de 2016]. 2006; XXXV(3): 352-361. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635305>
- (20) Murawski B, Elizathe L, Rutzstein G. Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal. Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. [Internet]. Facultad de Psicología – UBA [citado 2016 Oct 15]. XVI: 65-72. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a06.pdf>
- (21) López P, Molina Z, Rojas L. Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Mérida. [Internet]. AnVenezNutr [consultado 6 de noviembre de 2016]. 2008; 21(2): 85-90. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522008000200005&lng=es
- (22) Galarsi MF, Correche MS, Ledezma C. Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra de mujeres jóvenes. [Internet]. Fundamentos en Humanidades XI [consultado: 6 de noviembre de 2016]. 2010; XI(1): 193-205. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/184/18415426013.pdf>
- (23) Maganto C, Cruz, S. La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. Facultad de Psicología. [Internet]. Universidad del País Vasco [consultado el 12 de noviembre de 2016] SEPYPNA 2000. Disponible en: http://www.sc.edu.es/ptwmamac/articulos/Imagen_Corpora_TCA.pdf
- (24) López P, Prado J, Montilla M, Molina Z, Da Silva G, Arteaga F. Insatisfacción por la imagen corporal y la baja autoestima por la apariencia física en estudiantes de la facultad de Medicina de la Universidad de los Andes del Estado Mérida, Venezuela [Internet]. Revista MHSalud [consultado el 12 de noviembre de 2016]; 2008; 5(1). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?query=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=mulieres+y+trastornos+alimenticios
- (25) Perpiñá C, Baños R. Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes [Internet]. Anales de psicología [consultado el 12 de noviembre de 2016]. 1990; 6(1): 1-9. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v06/v06_1/01-06_1.pdf
- (26) Díaz J, Fernández M, Vázquez R, Álvarez G, Franco K, López X et al. Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. [Internet]. Rev. Mex. de trastor. Aliment [consultado el 12 de noviembre de 2016]. 2010; 1(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000100005
- (27) Toro J, Nieves K, Borrero N. Cuerpo y masculinidad: Los desórdenes alimentarios en hombres. [Internet]. Interamerican Journal of Psychology [consultado 6 de noviembre de 2016]. 2010; Pg 225-234. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641003>
- (28) Marmo, J. Parental styles and risk factors associated with eating pathology. Pontificia Universidad Católica. Av.psicol. [revista en la Internet] 22(2) 2014. [citado 2016 Oct 15] Disponible en: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2014_2/165_Julieta_Marmo.pdf
- (29) Sainos D, Sánchez M, Vázquez E, Gutiérrez I. Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. [Internet]. Atenfam [consultado el 12 de noviembre de 2016]. 2015; 22(2). Disponible en: http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/download/47995/43114
- (30) Sim L, Homme J, Lteif A, Vande J, Schak K, Ellingson J. Family Functioning and Maternal Distress in Adolescent Girls with Anorexia Nervosa. [Internet]. Int J Eat Disord [consultado el 12 de noviembre de 2016]. 2009; 42:531-539. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19189407>
- (31) González L, Hidalgo M, Hurtado M, Nova C Venegas M. Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. [Internet]. Revista de Psicología de la Universidad de Chile [consultado el 12 de octubre de 2016]. 2002; XI(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/264/26411107.pdf>
- (32) Vazquez,R.Raich, R. El papel de la familia en los trastornos alimentarios. [Internet]. Psicología conductual [consultado el 23 de agosto de 2016]. 1997; 5(3): 391-407. Disponible en: <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1997/art05.3.05.pdf>
- (33) Rutzstein, G. Murawski, B. Elizathe, L. Scappatura, L. Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. [Internet]. Mexican Journal of Eating Disorders [consultado el 19 de noviembre de 2016]. 2010; 1: 48-61. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/6>





Seguridad Social

ANTE UN NUEVO PARADIGMA EN LA SALUD DE COLOMBIA

Juan Carlos González^{*****}
Guillermo L. Restrepo Ch.^{§§§§§}

Ensayo basado en la presentación Minsalud, Alejandro Gaviria, en el Congreso Nacional de Salud 2016
https://www.youtube.com/watch?v=k_aAvSu8rRg

Resulta muy evidente que, al menos en lo jurídico, Colombia está entrando a un nuevo paradigma en torno a la concepción del sistema de salud. La Ley Estatutaria de Salud (1) ha entrado en vigor y el Gobierno ha empezado a expedir los respectivos decretos buscando su implementación. Nosotros en Colombia hemos creído que los problemas necesitan cambios jurídicos para solucionarse, opinión que está muy bien expresada en todas las áreas y, la salud, no es la excepción. El informe de la OPS (2) respalda lo anterior al mencionar cuáles son los cambios primarios que deben tener los sistemas de salud para alcanzar la Atención Primaria en Salud (APS) en los países.

Convencidos de que la salud es el bien más preciado del ser humano (paradójicamente es cuando la perdemos que lo reconocemos y, cuando ello ocurre, el sistema de salud del país se convierte en algo clave pues es la única oportunidad que tiene la mayoría de la población para enfrentar esa desgracia), es que hemos considerado como un deber, contribuir al entendimiento del sistema de salud colombiano con sus problemas y con el planteamiento de soluciones, creyendo que así será más fácil comprometernos.



http://www.elcolombiano.com/documentos/20157/0/580x410/0x22/580x585/center/1101/AX0R/image_content_25736695_20160407011629.jpg

Colombia está viviendo una severa crisis del sistema de salud (3) y, no de ahora; nos atrevemos a plantear que es muy evidente desde 2009 (4) y la imagen que se observa la expresa muy bien. La sobrecarga de los servicios de urgencia, el sufrimiento y aparente abandono del paciente en un corredor atiborrado de otros pacientes; los familiares de aquel otro paciente asumiendo parte del cuidado (tal vez el consuelo) y, por el pasillo, un prestador de bata blanca (de seguro un médico) haciendo lo que mejor puede en la atención de la concurrida espera.

***** MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co
§§§§§ MD MPS. Director Postgrado Gerencia en Salud. FUJNC – Guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co



La APS

El país ha escogido a la APS como la meta del modelo de salud que anhela (5). Este gobierno, casi desde sus inicios, orientó sus esfuerzos en tal sentido. Ha extendido una oportunidad inmensa con la continuidad que ha tenido el

Ministerio de Salud y Protección Social a través del último ministro, Alejandro Gaviria, quien con su equipo humano, ha mostrado suficientemente que está llevando a Colombia en tal dirección.



En noviembre de 2016, en el Congreso Nacional de Salud (6), el ministro hizo una muy interesante exposición acerca de cómo ve él la crisis de salud e hizo una serie de propuestas, que bien vale la pena analizar, buscando con ello cumplir

nuestro objetivo, como es el contribuir al entendimiento de la situación. ¡Todos debemos entender el problema! Esto es un paso necesario para buscar soluciones.

Una reflexión

Afirma el ministro que antes de sepultar el Sistema de Seguridad Social, es importante reconocer uno de sus logros más significativos como es el haber sido un instrumento que ha permitido a Colombia alcanzar un punto muy alto en torno a la equidad.

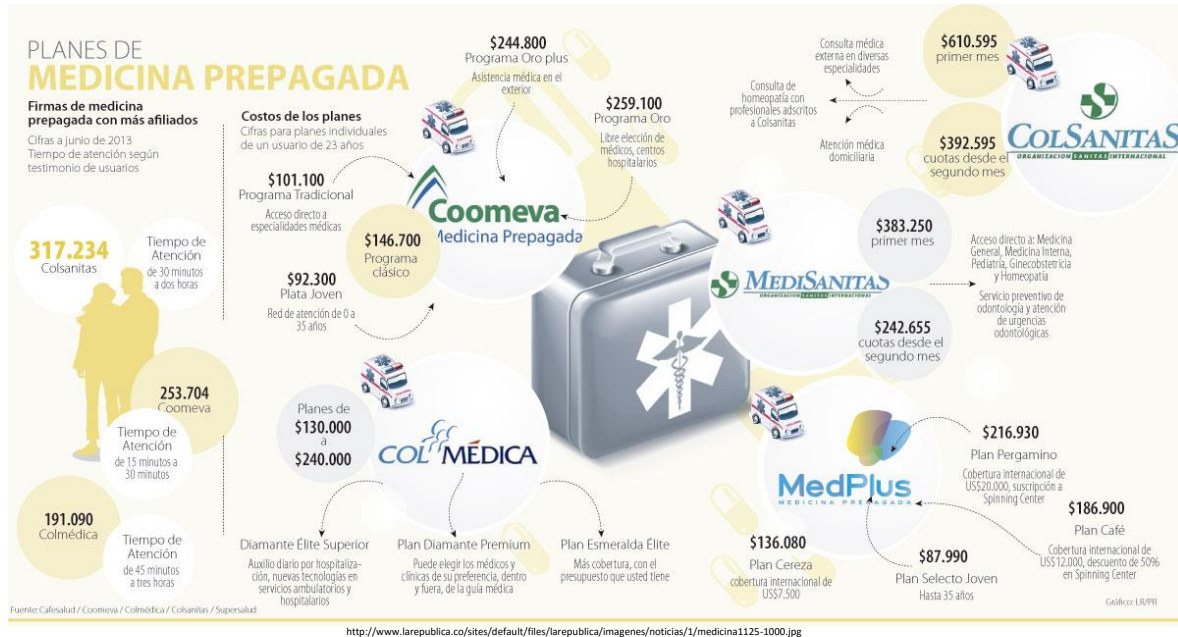


El desarrollo del régimen subsidiado justamente es, y ha sido, el logro. A través del aporte en proporción de lo que se recibe, y no aportar el que no recibe, Colombia logró ofrecer el acceso a la salud al menos a un sector grande la población, siendo, según el ministro, un ejemplo para el mundo. Al

respecto, compartimos el sentir del ministro. En Colombia se logró vincular casi a toda la población a través de los dos regímenes y ciertamente los que tienen menos recursos reciben una atención aproximadamente igual a los que tienen más.

Pero...

Sin demeritar tal logro, reconociendo que el acceso a situaciones graves se ha alcanzado, la realidad nos muestra que la atención no es buena en el sentido del trato y no lo es para ninguno de los dos regímenes.



Esta situación ha dado pie a que florezcan las medicinas prepagadas, situación que violenta la equidad en torno a la salud, pues permite ver que aquellos que cuentan con más recursos pueden recibir una mejor atención. ¿Se puede ofrecer un trato humano y especial a través del sistema de salud de un país? Nosotros creemos que sí (7) y precisamente un modelo de atención basado en la APS puede ser la clave,

donde la continuidad genere compromiso y confianza tanto por parte de los prestadores como de los pacientes.

Sin embargo, y reiterando el sentir del ministro, muchos de nosotros pudimos vivir la limitación inmensa de recursos para atender a la población más pobre del país antes de la década de los años 1990 y reconocemos que tal situación cambió mucho en los últimos 25 años.

La crisis económica

El ministro Gaviria sostiene que el problema del Sistema de Salud es una crisis económica con dos componentes distintos pero sumados.

1. La deuda acumulada.
2. El desequilibrio entre los gastos y los ingresos (causa de las causas).

Cartagena - Colombia | Domingo 2 de abril de 2017 | Ediciones anteriores | Ingresar

EL UNIVERSAL

Cartagena | Sucesos | Sociales | Deportes | Regional | Opinión | Política | Farándula

Temas de interés: Electricaribe | Eliminatorias sudamericanas | Transcribir

Home > Salud >

Deuda de EPS a hospitales se acerca a los seis billones de pesos a junio: ACHC

COLPRENSA | @ElUniversalCtg | Bogotá | 5 de Noviembre de 2015 04:41 pm

Reconoce las deudas acumuladas, originadas, por un lado, por las atenciones no POS que el Gobierno (municipios) ha adquirido con las EPS (Empresas Promotoras de salud) y, a su vez, las que estas han adquirido con las IPS (8). ¿Cómo se producen? La dinámica es simple. Las IPS prestan la atención bajo dos premisas. La primera es la obligación de atender todo lo que les llegue por urgencia (deber) y, la segunda, es la "seguridad" de que las EPS les cancelarán. La confianza es la clave. Sin embargo, tal confianza se perdió con Saludcoop y Caprecom (ejemplo máximo), que dejaron

a varias IPS con inmensas deudas, las que ahora mismo no saben si tal cartera se recuperará. Pero, y es lo grave, varias EPS han continuado con tal práctica. Afirman ellas que lo hacen porque no pueden pagar y no pueden porque los recursos que tienen no les alcanzan. Es así como en la contratación de las IPS con las EPS, se propone de un pago a 30 días de pasada la cuenta (lo que viene a ser dos meses, pues en el primer mes se causa la atención y en el otro mes se tramita la cuenta), pero la realidad es que tal pago se efectúa, en muchos casos, a 180 días (6 meses).

Corrupción

The screenshot shows the top of the EL ESPECTADOR website. The main headline is "Contratos millonarios sin concurso público desangraron a Caprecom" by Felipe Morales Mogollón, dated 10 Ene 2016. Below it, a sub-headline reads "La exdirectora de la entidad Luisa Fernanda Tovar cambió el manual de contratación, generando una avalancha de contratación directa." To the right, there is a snippet from another article titled "Los líos de Grosso en Cafesalud" with a sub-headline "La salida del presidente de la nueva Cafesalud dejó en claro que el lío del grupo Saludcoop no se ha saneado y que muchos la persiguen como un botín burocrático y de contratos."

A ello es importante sumarle la corrupción (9) que surge, por ejemplo, con una desafortunada práctica implementada en el sector como es la de las "mordidas" en la contratación (contratación mentirosa o la práctica de "yo le pago ya, pero debe descontarnos un porcentaje").

La causa de las causas

Siendo lo anterior un problema muy importante porque tiene a muchas IPS en una situación de incertidumbre financiera que compromete su futuro, el ministro Gaviria afirma que el problema fundamental es que en el momento actual el

Sistema de Salud está gastando más de lo que recibe. Dijo en el encuentro que por cada 100 pesos que las EPS reciben, están gastando 104, es decir, existe un desequilibrio en el Sistema de Salud (10).

EL NUEVO SIGLO

Domingo - Abril 2 de 2017

The screenshot shows the top of the EL NUEVO SIGLO website. The main headline is "Desequilibrio de ingresos afecta la salud" by Felipe Morales Mogollón, dated Enero 11, 2014. Below it, a sub-headline reads "La causa esencial de la problemática expuesta por el gobierno en el sistema de salud es el desequilibrio entre ingresos y gastos. De cada 100 pesos que ingresan a una EPS en el régimen contributivo, automáticamente deben destinarse 94 al pago de las prestaciones médicas." To the right, there is a snippet from another article titled "Los líos de Grosso en Cafesalud" with a sub-headline "La salida del presidente de la nueva Cafesalud dejó en claro que el lío del grupo Saludcoop no se ha saneado y que muchos la persiguen como un botín burocrático y de contratos."

Afirma el ministro que esta situación se ha presentado porque hemos hecho un contrato incoherente. No tiene un futuro una situación en donde gastamos más de lo que ponemos. Prueba de las incoherencias es que la situación del Sistema de Salud tiene un problema con la gobernanza, pues se planea desde el Ministerio, pero la legislación de la Corte Constitucional no

la tiene en cuenta y ordena gastos derivados de atenciones particulares y especiales. Pone de manifiesto lo que él considera abusos dentro del sistema; por ejemplo, la entrega de 500 pañales mensuales a ciertos pacientes o las atenciones fuera del país.

La presión tecnológica



<http://www.20minutos.es/noticia/2714577/0/precio-gasto-insulina-triple/ultima-decada-ano-paciente/>

Dice que otra situación alarmante, y prueba de esa incoherencia, es la presión tecnológica y pone como ejemplo el manejo de la diabetes, el cual está basado desde hace más de 80 años, en buena parte, en el uso de la insulina. Pero,

contrario a lo esperado, el costo de las mismas va en ascenso y todo por la salida al mercado de nuevos tipos que, si bien tienen mejoras evidentes, estas son marginales desde el punto de vista de la salud pública.

Una política farmacéutica

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA **TODOS POR UN NUEVO PAÍS** PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INICIO | LOGROS | PRESIDENCIA | EL PRESIDENTE | NORMATIVA | **SALA DE PRENSA** | ATENCIÓN CIUDADANA | CASA DE NARIÑO | EL DAPP

TODAS LAS COLUMNAS

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO

MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE MINAS Y ENERGÍA

MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

INICIO > Columnistas > Innovación, precios de medicamentos y desarrollo

► **Columnistas**

 **Innovación, precios de medicamentos y desarrollo**
por Alejandro Gaviria Uribe, Ministro de Salud y de la Protección Social
Bogotá, 26 de mayo de 2016. agaviria.blogspot.com

Colombia, como muchos otros países, tanto desarrollados como en desarrollo, ha definido la salud como un derecho humano fundamental, lo que significa, en esencia, que el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos esenciales es una obligación del Estado y una cuestión de justicia y dignidad humana.

Los objetivos de desarrollo sostenible señalan de manera explícita que todos los Estados, sin excepción alguna, deben avanzar hacia "la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el

“El Ministro de Salud explica por qué el acceso a los medicamentos es una obligación del Estado y una

<http://es.presidencia.gov.co/columnas/Paginas/Innovacion-precios-de-medicamentos-y-desarrollo.aspx>

Sostiene el ministro que el Estado debe imponer una política de control y regulación de precios a la industria farmacéutica con el fin de garantizar el acceso de los medicamentos a la población que lo requiera.

Las soluciones

Ante este panorama, el ministro habló de las soluciones que él ve como viables.



The screenshot shows the MINSALUD website with a navigation menu and a news article. The article title is "EPS e IPS han recibido créditos de Findeter por cerca de medio billón de pesos". The date is 05/02/2016, Boletín de Prensa No 018 de 2016. The text mentions that through a compensated credit line, resources worth \$479,661 million were injected into the system. It also notes that four health promoters (EPS) and 13 health service providers (IPS) received these credits.

→ En torno a las deudas adquiridas:

En torno a las deudas adquiridas, se han otorgado créditos para aliviar las deudas de las EPS y de las IPS con el fin de que puedan sostenerse (11). Afirma el ministro que se han creado una serie de mecanismos jurídicos para asegurar que el problema de las deudas no se vuelva a presentar.

Considera que depurar a las EPS resulta clave. No cree que las EPS sean responsables, es más las considera necesarias dado que tienen conocimiento y experiencia.

Plantea que si, por ejemplo, las EPS se terminaran y las autoridades municipales asumieran la situación, no cree que eso cambiara en algo la situación actual. No lo cree pues explica que el problema no está en dichas entidades sino en el "desequilibrio del contrato social". Cree que, por el contrario, las EPS son mejores administradoras que el mismo Estado.

Considera indispensable la venta de CAFESALUD EPS, asegurando que, quien la compre, debe cancelar las deudas adquiridas y devolver la confianza.

Lo de fondo

Pero la forma que propone para enfrentar el desequilibrio del contrato social, ese gastar más de lo que recibe, la basa en la implementación de la Atención Primaria en Salud a través de la Política de Atención Integral de Salud (12), así como en una política farmacéutica (13) y, ciertamente, en incrementar los recursos del sistema (con impuestos a bebidas azucaradas, por ejemplo).

The graphic features the MINSALUD logo and the slogan "TODOS POR UN NUEVO PAÍS". The central text reads "POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD" with the subtitle "Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud" and "Ministerio de Salud y Protección Social". To the right, three boxes list the institutional context: "Contexto institucional y justificación", "Sistema de salud, ley estatutaria y plan de desarrollo", and "Política de atención integral en salud".

El desarrollar un modelo de atención cercano a la población probablemente sea una de las mejores formas de enfrentar la causa de las causas. El fortalecer la prevención y la promoción es la única forma segura de enfrentar a la enfermedad futura. Es, por decirlo de alguna forma, apostar

a las bases, es decir, a la unión entre comunidad y prestadores y que desde allí se "cambie" el panorama incoherente de la salud actual. Implica enfrentar con coherencia esos gastos generados por las enfermedades de alto costo, siendo un buen ejemplo la política farmacéutica.

Transparencia

Propone el ministro que el Gobierno y la ciudadanía debemos comprometernos con la transparencia.



Un ejemplo es el uso de *Mipres* (14) en donde, respetando la autonomía del médico, se le hace responsable del buen uso de la prescripción a través del uso de dicha plataforma que permite verificar la pertinencia del actuar del médico.

Uso racional de las nuevas tecnologías

Afirma que tenemos un reto en donde, entendiendo que existen avances científicos que permiten cambiar el pronóstico de enfermedades hasta antes improbables de curar, son habitualmente costosos y, por ende, se deberá

crear un mecanismo que permita su financiación evitando que esto altere el equilibrio necesario del sistema de salud. ¿Cuáles o cómo? Ese será el reto del diseño.

Ante todo esto

Resulta evidente que el país se está dirigiendo hacia la APS.

POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

PRINCIPIOS DEL MODELO



La declaración de Alma Ata

- Principios.
- Estrategia.

La estrategia de la política



El cuidado de la salud

Gráfico 7 Cursos de vida y cuidado de la salud



AUTOCUIDADO

- HIGIENE
- NUTRICIÓN
- ESTILO DE VIDA
- FX AMBIENTALES
- HÁBITOS SOCIALES
- MANEJO DE ESTRÉS
- PROYECTO DE VIDA
- CUIDADOS A POBLACIÓN
- TOMA DE DECISIONES

Fuente: MSPS, 2015.

Enfoque de salud Familiar y comunitario



Comunidades y Municipios Saludables

El enfoque diferencial



Gestión integral del riesgo en salud

Gráfico 8



Fuente: MSPS, 2015.

La ley estatutaria y el modelo de integración de atención en salud así lo dejan ver y esto, en sí mismo, implica un enorme cambio en la atención actual. Queda claro que, de no modificar la tendencia hasta hoy, de seguir atendiendo la enfermedad sin preocuparnos con fuerza y decisión por la prevención, se augura la quiebra del Sistema, en realidad, de cualquier sistema.

El ministro insiste en la necesidad de las EPS. Nosotros no las vemos. ¿Acaso las IPS no cuentan con un grupo de administradores que perfectamente se pueden hacer cargo,

como hoy lo hacen, de las cuentas de la prestación? ¿Qué necesidad se tiene de duplicar estas actividades? ¿Acaso hoy no conocemos el costo de las atenciones con lo que, contratar de forma justa, es relativamente sencillo? Pero, y además, basados en la experiencia, ¿cuál es o cuál ha sido el aporte de las EPS al Sistema?

¿No será posible concebir la atención a través esas redes integradas de salud que propone la APS? ¿Por qué no dejar que esas redes se organicen junto con la población sin necesidad de las EPS como intermediarias?

Un análisis

En el número 137 de la Carta Comunitaria (marzo-abril de 2016; Vol. 24 N° 137), nos referimos a ello y, por lo mismo, transcribimos:

EL ERROR: CREER QUE SE PUEDEN UNIR ENTIDADES CON OBJETIVOS DIFERENTES



Sostenemos que el principal problema del actual sistema de salud es creer que entidades con objetivos tan disímiles se puedan unir para servir a la población.

Son tres los entes que han de coordinar la política de atención integral en salud de la población; EPS, el ente territorial y las redes integradas, y sostenemos que "unirlas" es un esfuerzo inútil.



Sancionadas 14 EPS y ACEMI por la Superindustria

El caso, que se conoció como el 'Cartel de la EPS', se hizo público en marzo de este año, el mismo mes en que estalló el escándalo del

<http://www.semana.com/nacion/articulo/sancionadas-14-eps-acemi-superindustria/245800-3>

Sostenemos que el principal problema de la seguridad social se desprende del claro interés que tienen las EPS en torno a "ganar" utilidades desde el punto de vista económico; que no es la salud de la población y que, para ganar, incluso el ponerse de acuerdo para hacer trampa puede ser reconocido como una supuesta "buena práctica" (15). La evolución de estos 25 años de la seguridad social proporciona suficiente evidencia para comprobar cómo, usando los recursos, una buena cantidad de EPS se dedicaron a hacer "negocios" (16), dejando en un nivel secundario la salud de la población.

La práctica política en torno a la salud en estos últimos 25 años ha tenido como principal objetivo la adquisición de poder burocrático y clientelista y no la salud de la población. En tal sentido, tan solo los prestadores tendrían el interés de brindar el mejor servicio a la población, ello a pesar de la corrupción que también ha invadido a parte de este sector en donde, además, la explotación a los prestadores primarios se ha convertido en la norma antes que en la excepción.

Una realidad

Como de esos dos sectores (EPS y autoridades municipales), es el ente territorial el que debe permanecer por nuestro modelo político, una primera propuesta es eliminar a las EPS del sistema y, en torno al ente territorial, poner a sus funcionarios bajo el rango de carrera administrativa, con lo cual se anhela que la salud sea dirigida y ejecutada por un perfil técnico con las ventajas que de allí se pueden desprender.



Creemos que ha de ser la comunidad organizada la que entra a ser esa parte de coordinación y evaluación del modelo. Experiencias como la desarrollada en Versalles (Valle) ponen de manifiesto lo que la comunidad organizada puede hacer en torno a la salud y otros aspectos. El Ministerio precisamente publicó un documento (17) de esta experiencia (y otras) refiriéndose a ella como exitosa.

La clave: las redes integradas de salud

Propuestas: Fortalecer a nivel del cuidado primario



La clave del éxito de la política de integración está en el cuidador primario. Eso queda reflejado en estos sencillos puntos:

1. Que la población pueda acceder a un centro de salud cerca de su casa donde sea reconocida y atendida por un equipo comprometido y que cuente con la capacidad de resolver los principales problemas del paciente o pueda recibir apoyo cuando lo requiera, por ejemplo, del médico familiar.
2. Tal centro de salud tendrá unos equipos extramurales capaces de penetrar en el barrio y de identificar los procesos comunitarios existentes, lo que contribuirá a organizar y vincular al centro con el fin de ofrecerle a esa comunidad la mejor atención.
3. Ese equipo de salud será el responsable de caracterizar a la población a su cargo.
4. Desde este centro se construirán las rutas integrales, asumiendo la ruta del mantenimiento de la salud, incluyendo en esta las acciones de salud pública que se puedan ofrecer desde este nivel de atención.
5. Asimismo, y a través de la caracterización, construirá los planes para los grupos de riesgo, dejando bien definidas las rutas en donde incluirá las valoraciones por los especialistas cuando se requieran.
6. Cuando se requiera la hospitalización de algún paciente, el cuidador primario, a través de la ruta, sabrá remitir al hospital de la red donde pueda recibir la mejor atención (ideal que sea cercano), enviando toda la información pertinente.
7. El cuidador primario (el centro de salud) tendrá un equipo encargado de penetrar el barrio e identificar los riesgos y hacer planes de intervención a través, incluso, de visitas a la vivienda (ofrecerle las acciones de salud pública).
8. Con base en el conocimiento de la zona, promoverá u organizará a la comunidad, la cual se convertirá en participante de los procesos en torno al autocuidado, pero, además, en evaluadora de la forma como logra preservar su salud y la forma como es atendida en toda la red. Los miembros de los equipos de salud deben, en lo posible, vivir en esas comunidades.
9. Dado que el compromiso y la continuidad entre prestadores y comunidad es clave, el prestador debe trabajar sabiendo que ese es su proyecto de vida laboral, con unas condiciones tales que sienta que está en el mejor sitio para trabajar.
10. El prestador deberá tener acceso a un programa de educación continuada que busque, por encima de todo, el bienestar de la población que atiende.

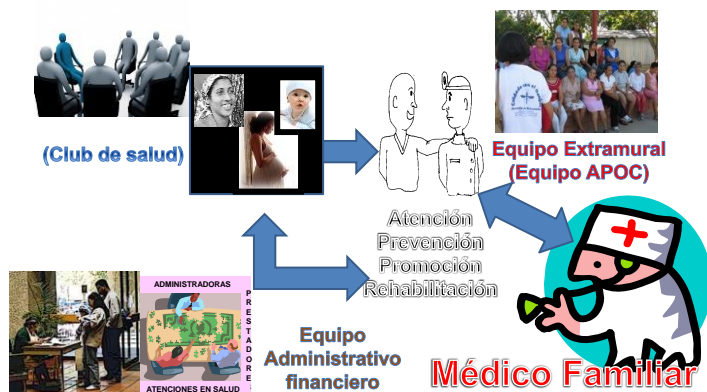
El uso de los recursos

Sostenemos que para este momento el país ya tiene cifras de los costos de la prestación, por ende, el giro hacia las redes integradas puede hacerse de forma más o menos igual y bien calculada, sabiendo cuántos recursos necesitará el cuidador primario, así como los complementarios. El cuidador primario debe:

- Elaborar las rutas de atención.
- Gestionar la prestación de los servicios a nivel individual.
- Establecer, gestionar y evaluar la acción con los grupos de riesgo.
- Manejar contablemente el presupuesto de toda la red de servicios y ser el ordenador del gasto.
- Contratar con el nivel complementario la prestación de los servicios para los niveles superiores (las redes se deben formar de abajo para arriba).
- Establecer una comunidad de servicios con su red.
- Realizar las consultas de las especialidades básicas definidas para cada territorio, tanto a nivel médico como paramédico y recibir la hospitalización correspondiente a patologías de mediana complejidad.
- Manejar las redes de remisión, contrarremisión e interconsultas.
- Elaborar el plan de salud para el municipio.
- Integrar la promoción, la prevención, la recuperación y la rehabilitación, tanto a nivel individual como colectivo, incorporando todas las actividades de salud pública.



El equipo de los cuidadores primarios



Estará constituido por médicos generales, auxiliares de enfermería, agentes comunitarios y comunidad organizada, acompañados por médicos familiares, enfermeras y odontólogos. Sus sitios de trabajo serán los puestos de salud, los centros de salud y los hospitales locales. Responderán por:

- El diagnóstico de las familias asignadas.
- La atención integral.
- La atención de la salud comunitaria, entendida como el apoyo a los sitios donde está la comunidad tales como colegios, guarderías o grupos de adultos mayores.

Lo cierto es que...

Un nuevo sistema de salud se está gestando en Colombia el cual está impregnado de Atención Primaria en Salud. Analizar las razones por las cuales estamos en la crisis de salud actual resulta fundamental para que las propuestas que surjan, corrijan debidamente los problemas detectados. Ese ha sido el objetivo de este ensayo resumen.

Para nosotros, desde nuestra facultad de Medicina lo que está sucediendo es una inmensa oportunidad de aportar y comprometernos con nuestra razón de ser y con el país.

REFERENCIAS

- (1) Ley estatutaria. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- (2) Organización Mundial de la Salud [Internet]. Informe sobre la salud en el mundo. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/>
- (3) El colombiano [Internet]. Crisis de la salud en Colombia. Disponible en: <http://www.elcolombiano.com/colombia/crisis-de-la-salud-en-colombia-EE3897868>
- (4) Montoya M. Revista electrónica, facultad de derecho y ciencias políticas, U de A, número 3, año 1, enero abril de 2010. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/derypol/article/.../5144/4505>
- (5) Minsalud. Documento marco de la Política de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Consultas-Estrategia-de-Atencion-Primaria-en-Salud-en-Colombia.aspx>
- (6) Minsalud. Gaviria A. Congreso Nacional de Salud, 2016. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=k_aAVSu8rRg
- (7) González JC, Restrepo G, Hernández AD, Terner DC, Galvis CA, Pinzón JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá. Rev. salud pública [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Abr 01]; 16(6): 871-884. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000600006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n6.38192>.
- (8) El Universal [Internet]. Deuda de EPS a hospitales se acerca a los dos billones de pesos a junio: ACHC [5 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/salud/deuda-de-eps-hospitales-se-acerca-los-seis-billones-de-pesos-junio-achc-210355>
- (9) Semana [Internet]. Los líos de Grosso en Cafesalud [5 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/saludcoop-salida-de-grosso-de-cafesalud-revelaria-corrupcion/464062>
- (10) El Nuevo Siglo [Internet]. Desequilibrio de ingresos afecta la salud [11 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/1-2014-desequilibrio-de-ingresos-afecta-la-salud>
- (11) Minsalud [Internet]. EPS e IPS han recibido créditos de Findeter por cerca de medio billón de pesos [5 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/EPS-e-IPS-han-recibido-creditos-de-Findeter-por-cerca-de-medio-billon-de-pesos.aspx>
- (12) Minsalud [Internet]. Política de Atención Integral en Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- (13) Documento Conpes Social. Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación [30 de agosto de 2012]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Politica%20Farmac%C3%A9utica%20Nacional.pdf>
- (14) Minsalud [Internet]. Todo sobre Mipres. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx>
- (15) Semana [Internet]. Sancionadas 14 EPS y ACEMI por la Superindustria [1 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/sancionadas-14-eps-acemi-superindustria/245800-3>
- (16) Semana [Internet]. El negocio de la salud [20 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.semana.com/opinion/articulo/el-negocio-salud/253735-3>
- (17) Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. INFORME FINAL. 14 de septiembre de 2012.



Salud Pública

COMER BIEN

Víctor Hugo Forero S. *****

Nos regala el doctor Víctor Hugo Forero estas excelentes y sencillas pautas de lo que puede ser acercarnos a comer bien.

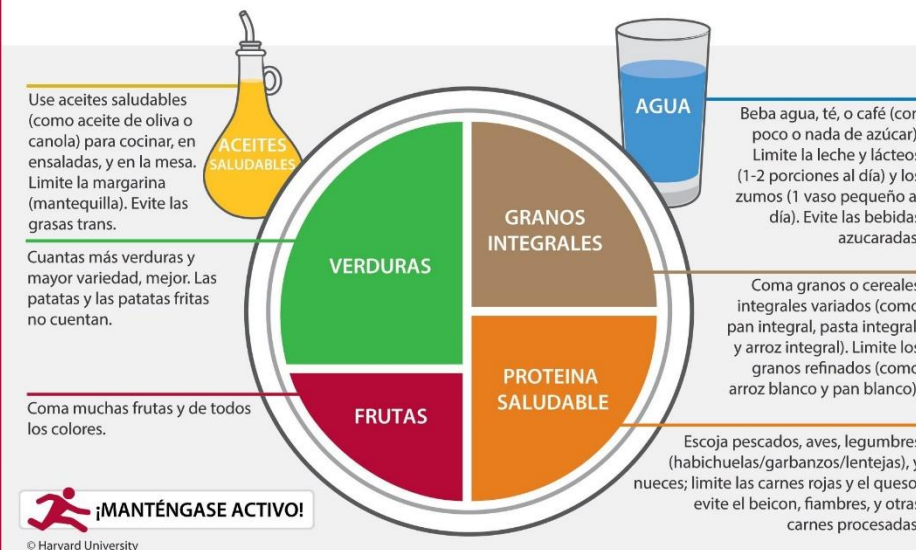
Las preguntas:

- ¿Estaré comiendo lo necesario?
- ¿Estaré comiendo más de lo necesario?
- ¿Cómo identificar qué es lo necesario para comer?

Las tres recomendaciones que están debajo de la imagen pueden ayudarnos a darle calidad a cada uno de nuestros kilos.

Por ahora... una pista: Compruebe y asegure que su plato de comida (desayuno, almuerzo, cena, merienda, antojo, pecado, etc.) sea lo más parecido a este:

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE



ACEITES SALUDABLES
Use aceites saludables (como aceite de oliva o canola) para cocinar, en ensaladas, y en la mesa. Limite la margarina (mantequilla). Evite las grasas trans.

AGUA
Beba agua, té, o café (con poco o nada de azúcar). Limite la leche y lácteos (1-2 porciones al día) y los zumos (1 vaso pequeño al día). Evite las bebidas azucaradas.

VERDURAS
Cuantas más verduras y mayor variedad, mejor. Las patatas y las patatas fritas no cuentan.

GRANOS INTEGRALES
Coma granos o cereales integrales variados (como pan integral, pasta integral, y arroz integral). Limite los granos refinados (como arroz blanco y pan blanco).

FRUTAS
Coma muchas frutas y de todos los colores.

PROTEINA SALUDABLE
Escoja pescados, aves, legumbres (habichuelas/garbanzos/lentejas), y nueces; limite las carnes rojas y el queso; evite el beicon, fiambres, y otras carnes procesadas.

¡MANTÉNGASE ACTIVO!
© Harvard University

Harvard T.H. Chan School of Public Health
The Nutrition Source
www.hsph.harvard.edu/nutritionsource

Harvard Medical School
Harvard Health Publications
www.health.harvard.edu

http://i1.wp.com/cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/30/2015/02/Spanish_Spain_HEP_Jan2015.jpg

***** MD. Familiar Integral. Magíster Epidemiología Clínica. Profesor Titular FUJNV - victor.forero@juanncorpas.edu.co



Recomendación 1: Cuando es a comer es a comer... no haga nada diferente. ¡Disfrute su comida!

Cuando perdemos atención a lo que comemos y al momento de comer, aumenta la posibilidad de comer más de lo necesario y desaprovechamos lo indispensable.

Am J Clin Nutr. 2013 Apr;97(4):728-42. doi: 10.3945/ajcn.112.045245. Epub 2013 Feb 27.

Eating attentively: a systematic review and meta-analysis of the effect of food intake memory and awareness on eating.

Robinson E¹, Avevard P, Daley A, Jolly K, Lewis A, Lyckett D, Higgs S.

Author information

Abstract

BACKGROUND: Cognitive processes such as attention and memory may influence food intake, but the degree to which they do is unclear.

OBJECTIVE: The objective was to examine whether such cognitive processes influence the amount of food eaten either immediately or in subsequent meals.

DESIGN: We systematically reviewed studies that examined experimentally the effect that manipulating memory, distraction, awareness, or attention has on food intake. We combined studies by using inverse variance meta-analysis, calculating the standardized mean difference (SMD) in food intake between experimental and control groups and assessing heterogeneity with the I(2) statistic.

RESULTS: Twenty-four studies were reviewed. Evidence indicated that eating when distracted produced a moderate increase in immediate intake (SMD: 0.39; 95% CI: 0.25, 0.53) but increased later intake to a greater extent (SMD: 0.76; 95% CI: 0.45, 1.07). The effect of distraction on immediate intake appeared to be independent of dietary restraint. Enhancing memory of food consumed reduced later intake (SMD: 0.40; 95% CI: 0.12, 0.68), but this effect may depend on the degree of the participants' tendencies toward disinhibited eating. Removing visual information about the amount of food eaten during a meal increased immediate intake (SMD: 0.48; 95% CI: 0.27, 0.68). Enhancing awareness of food being eaten may not affect immediate intake (SMD: 0.09; 95% CI: -0.42, 0.35).

CONCLUSIONS: Evidence indicates that attentive eating is likely to influence food intake, and incorporation of attentive-eating principles into interventions provides a novel approach to aid weight loss and maintenance without the need for conscious calorie counting.

Evidencia: Robinson et al. Eating attentively: a Systematic Review and Meta-analysis of the Effect of Food Intake Memory and Awareness on eating. *Am J Clin Nutr.* 2013; 97(4):728-42.

Evite comer en su sitio de trabajo. Conéctese con el alimento (...desconéctese de la tele), cene en familia y con amigos.



Recomendación 2: Sal y azúcar solamente cuando en el plato exista una tusa y nada más.

Las comidas con mayor concentración de sal y azúcar están asociadas con riesgo cardiometabólico elevado.

Cardiac risk factors and prevention
Review



The wrong white crystals: not salt but sugar as aetiological in hypertension and cardiometabolic disease

James J DiNicolantonio¹ and Sean C Lucan²

Author affiliations +

Abstract

Cardiovascular disease is the leading cause of premature mortality in the developed world, and hypertension is its most important risk factor. Controlling hypertension is a major focus of public health initiatives, and dietary approaches have historically focused on sodium. While the potential benefits of sodium-reduction strategies are debatable, one fact about which there is little debate is that the predominant sources of sodium in the diet are industrially processed foods. Processed foods also happen to be generally high in added sugars, the consumption of which might be more strongly and directly associated with hypertension and cardiometabolic risk. Evidence from epidemiological studies and experimental trials in animals and humans suggests that added sugars, particularly fructose, may increase blood pressure and blood pressure variability, increase heart rate and myocardial oxygen demand, and contribute to inflammation, insulin resistance and broader metabolic dysfunction. Thus, while there is no argument that recommendations to reduce consumption of processed foods are highly appropriate and advisable, the arguments in this review are that the benefits of such recommendations might have less to do with sodium—minimally related to blood pressure and perhaps even inversely related to cardiovascular risk—and more to do with highly-refined carbohydrates. It is time for guideline committees to shift focus away from salt and focus greater attention to the likely more-consequential food additive: sugar. A reduction in the intake of added sugars, particularly fructose, and specifically in the quantities and context of industrially-manufactured consumables, would help not only curb hypertension rates, but might also help address broader problems related to cardiometabolic disease.

<http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2014-000167>

BMI Open

Evidencia: Dinicolantonio J et al. The Wrong White Crystals: not Salt but Sugar as Aetiological in Hypertension and Cardiometabolic Disease. *Open Heart.* 2014; 1(1): e000167. doi: 10.1136/openhrt-2014-000167

Otra evidencia más evidente: Ninguna gallina de este planeta pone huevos con sal.



Recomendación 3: Si tiene ganas de algo hágalo... pero solo coma cuando sienta ganas de comer

Es muy frecuente que comamos cuando la ansiedad nos invade, por lo general esto sucede fuera de los momentos fisiológicos relacionados con nuestra nutrición.

Podemos apaciguar la ansiedad con una caminata corta, una conversación amable o evitando enjuiciar al prójimo.

[Physiol Behav](#). 2013 Aug 15;120:233-42. doi: 10.1016/j.physbeh.2013.08.010. Epub 2013 Aug 16.

Chronic stress exposure may affect the brain's response to high calorie food cues and predispose to obesogenic eating habits.

Tryon MS¹, Carter CS, Decant R, Laugero KD.

Author information

Abstract

Exaggerated reactivity to food cues involving calorically-dense foods may significantly contribute to food consumption beyond caloric need. Chronic stress, which can induce palatable "comfort" food consumption, may trigger or reinforce neural pathways leading to stronger reactions to highly rewarding foods. We implemented functional magnetic resonance imaging (fMRI) to assess whether chronic stress influences activation in reward, motivation and executive brain regions in response to pictures of high calorie and low calorie foods in thirty women. On separate lab visits, we also assessed food intake from a snack food buffet and circulating cortisol. In women reporting higher chronic stress (HCS), pictures of high calorie foods elicited exaggerated activity in regions of the brain involving reward, motivation, and habitual decision-making. In response to pictures of high calorie food, higher chronic stress was also associated with significant deactivation in frontal regions (BA10; BA46) linked to strategic planning and emotional control. In functional connectivity analysis, HCS strengthened connectivity between amygdala and the putamen, while LCS enhanced connectivity between amygdala and the anterior cingulate and anterior prefrontal cortex (BA10). A hypocortisolemic signature and more consumption of high calorie foods from the snack buffet were observed in the HCS group. These results suggest that persistent stress exposure may alter the brain's response to food in ways that predispose individuals to poor eating habits which, if sustained, may increase risk for obesity.

© 2013.

KEYWORDS: Executive control; Food; Habits; Neuroimaging; Reward; Stress

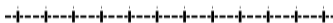
PMID: 23954410 DOI: [10.1016/j.physbeh.2013.08.010](https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2013.08.010)

Evidencia: Tryon MS, Carter CS, Decant R, Laugero KD. Chronic Stress Exposure May Affect the Brain's Response to High Calorie Food Cues and Predispose to Obesogenic Eating Habits. *Physiol Behav*. 2013; 120:233-42. doi: 10.1016/j.physbeh.2013.08.010

¡Salud!



<https://recetasvegetarianas7.files.wordpress.com/2013/04/adoptar-una-dieta-vegetariana-bien-combinada-implica-tener-salud.jpg>





La lección de medicina



ENFERMEDAD CORONARIA BASADA EN LA EVIDENCIA

Gonzalo Bernal F.+++++

INTRODUCCIÓN

Aprender y entender, son conceptos bien diferentes. Entender determina comprender, incluso asimilar conceptos pero, de ahí, a aprender, existe una gran distancia. Aprender es aplicar lo que se entiende, es tomar el concepto y usarlo para la vida.

Este documento forma parte de la sección que hemos denominado **La lección de Medicina**. Una vez más, el profesor Bernal nos ha construido un hermoso material donde usa buena parte de su capacidad didáctica para hacernos entender, en esta ocasión, conceptos básicos acerca de la enfermedad coronaria. Nos pone de manifiesto cómo se revisa y se reconoce el origen de las fuentes. Nos ayuda a entender una serie de conceptos elementales en torno al dolor torácico y nos expone una sencilla clasificación. Nos hace entender la importancia de los diagnósticos diferenciales, usando precisamente como ejemplo dicho

dolor. Nos introduce en las anginas torácicas y en los movimientos enzimáticos cuando las coronarias obstruidas resienten al miocardio, todo para resaltar las manifestaciones más frecuentes, vistas bajo la sensibilidad y la especificidad a través de los cual nos invita a hacer diagnósticos más precisos, acercándonos a ese maravilloso mundo de la Medicina Basada en la Evidencia. Nos pareció que puso toda su pericia didáctica y la concretó en este maravilloso ejemplo.

Esperamos que ustedes, nuestros lectores, entiendan esta lección y luego la apliquen a otras áreas. Con el fin de orientar su proceso de aprendizaje, se harán algunas preguntas. Les pedimos que al responderlas, pongan la referencia de donde obtuvieron la respuesta. Se trata de una de las habilidades que debemos "rutinizar" en todo proceso de revisión, ¿no parece?

Como siempre, ¡bienvenidos y feliz aprendizaje!

Contexto



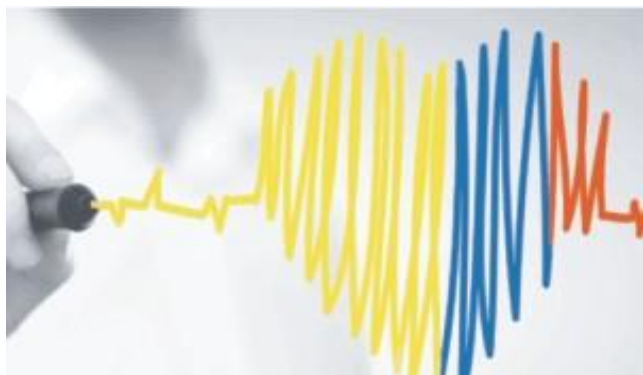
<https://0.wp.com/segurosocialporincapacidad/wp-content/uploads/43/abogado-seguro-social-condicion-coronaria.jpg?e=200912C1000>

En la consulta médica de los servicios de urgencias, el dolor torácico es una causa frecuente de la cual se derivan patologías como la enfermedad coronaria. Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en el mundo (1). Según estadísticas de la American Heart Association, en Estados Unidos 17,6 millones de personas tienen enfermedad coronaria. *The Global Burden of Disease Study 2013* estima que 17,3 millones de muertes en el

mundo se relacionan con enfermedad coronaria. Según el estudio de Framingham la incidencia de eventos ateromatosos en la población de 35 a 64 años se presenta con una frecuencia de 12 hombres y 5 mujeres por cada 1000 personas, respectivamente, y, en las edades de 65 años a 94 años, se presentan 27 casos en hombres contra 16 en mujeres por cada 100.000 personas.

+++++ MD. Familiar Integral. Profesor FUJNC - gonzalo.bernal@juanncorpas.edu.co

Nosotros



<http://www.periodicoelpulso.com/images/1404abr/generales/g191.jpg>

En Colombia, después de la violencia, las causas cardiovasculares continúan siendo la primera causa de mortalidad (23,5 % de todas las causas de muertes del país) y de este porcentaje:

- El 56,3 % corresponde a cardiopatía isquémica.
- El 30,6 % a eventos cerebrovasculares.
- El 12,4 % a enfermedad hipertensiva.
- El 0,5 % a enfermedad cardíaca de origen reumático.

Los departamentos de Tolima, Caldas, Quindío, Risaralda, San Andrés y Providencia, Norte de Santander, Huila, Valle del Cauca y Antioquia evidenciaron las mayores tasas de mortalidad ajustadas por edad (2, 3).

Factores de riesgo

Según la *Revista Colombiana de Cardiología*, en su publicación de 2008, los porcentajes de la prevalencia de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares en Colombia son los siguientes:

1. Sedentarismo en adolescentes de 13 a 17 años con 27,6 % en hombres y 24,2 % en mujeres.
2. Sedentarismo en adultos entre 18 y 64 años con 38,1 % en hombres y 46,4 % en mujeres.
3. Tabaquismo con 26,8 % en hombres y 11,3 % en mujeres.

4. Hipertensión arterial informada por el paciente con 11,5 % en hombres y 13 % en mujeres.
5. Diabetes mellitus tipo 2 con 1,3 % en hombres y 2,6 % en mujeres.
6. Sobrepeso en adultos entre 18 y 64 años con 31,1 % en hombres y 33 % en mujeres.
 - 6.1. Obesidad en adultos entre 18 y 64 años con 8,8 % en hombres y 16,6 % en mujeres.

Evolución del dolor torácico



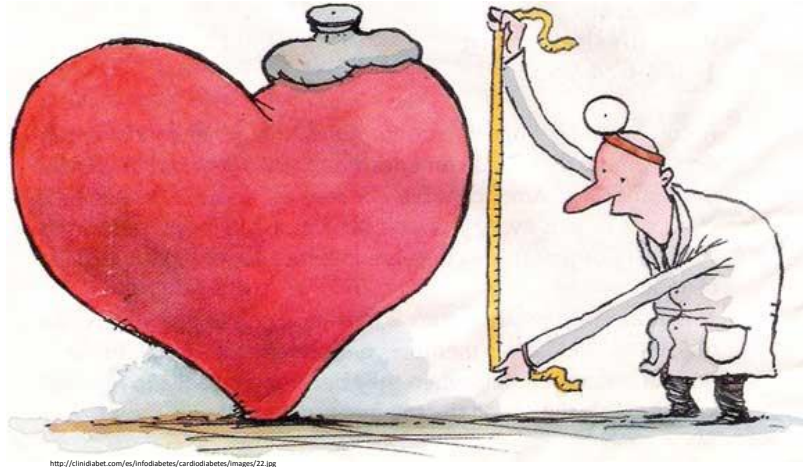
Según un estudio publicado en la revista *New England Journal of Medicine* (4), cinco millones de personas acuden por dolor torácico a los servicios de urgencias en Estados Unidos y de ellos:

- 👤 El 50 % se hospitaliza y de estos:
- Solo el 15 % presenta un infarto agudo de miocardio.
 - Aproximadamente el 30 % presenta una angina inestable (4).

La prevalencia en Europa de enfermedad coronaria oscila entre el 14 % y el 24 % con el dolor típico (5).

Reconociendo que actualmente hay bastante información a nuestra disposición, el presente módulo pretende revisar la enfermedad coronaria aguda; así como los conceptos de sensibilidad, especificidad, valores predictivos y coeficientes de verosimilitud y su aplicación en la práctica clínica.

ENFOQUE DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO Y PROBABLE ENFERMEDAD CORONARIA



Un paciente con enfermedad coronaria puede consultar por presentar dolor torácico o por algunas de sus complicaciones o equivalentes.

Dolor torácico

Si un paciente ingresa por dolor torácico puede presentar alguna de estas probabilidades:




Dolor torácico de origen cardiogénico

Este puede dividirse en dos grandes grupos:

- a. Coronario.
- b. No coronario.







a. Cardíaco de origen coronario

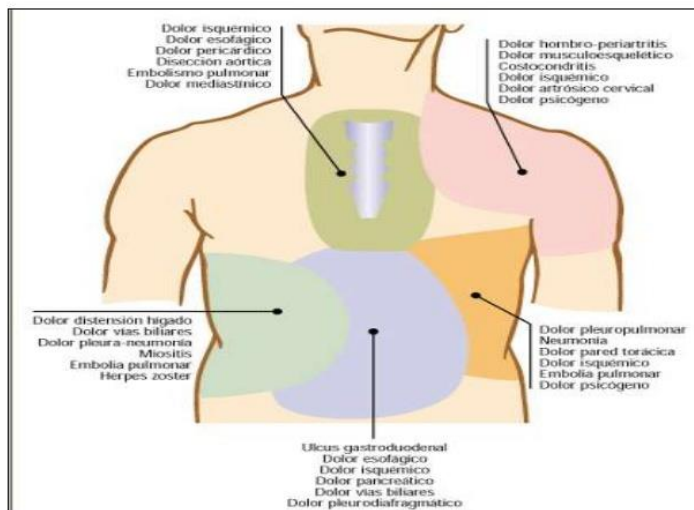
El dolor torácico de origen coronario se subdivide a su vez en tres grupos:

-  Infarto agudo de miocardio **con** elevación del ST.
-  Infarto agudo de miocardio **sin** elevación del ST.
-  Angina inestable.

b. No coronario

El dolor torácico no coronario se puede deber a patologías como:

-  Pericarditis.
-  Miocarditis.
-  Disección de la aorta.
-  Estenosis aórtica.
-  Insuficiencia aórtica.
-  Estenosis mitral.



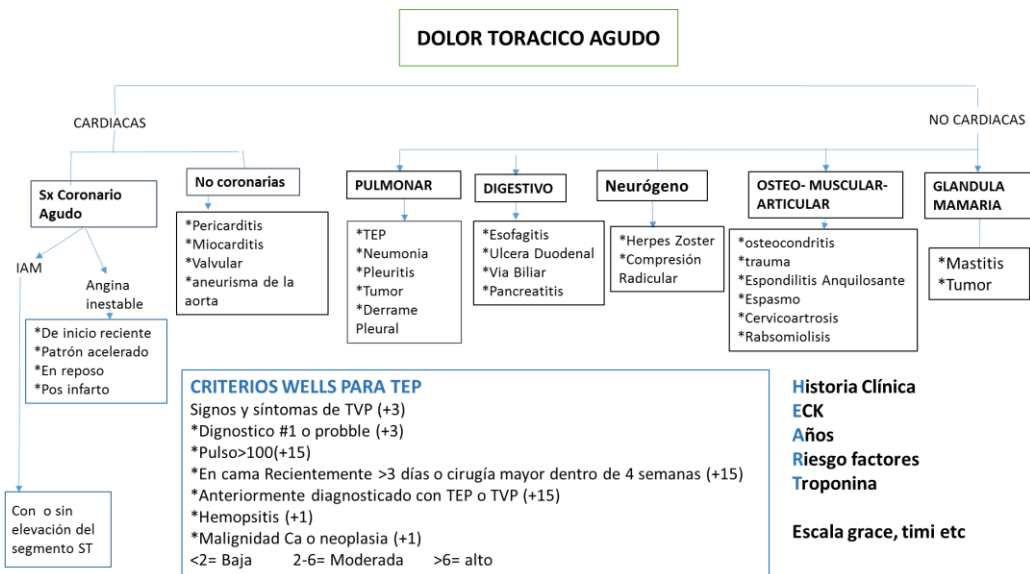
<http://image.slidesharecdn.com/semiologiadeladolordefinitiva-130709201901-phiapp02/95/semiologia-del-dolor-definitiva-13-638.jpg?cb=1373401198>

Dolor torácico de origen no cardíaco

Este puede ser secundario a causas cuyo origen no corresponden al corazón, como son las de origen:

- Pulmonar** (neumonía, pleuritis, tromboembolismo pulmonar, etc.).
- Digestivo** (pancreatitis, enfermedad de la vía biliar, enfermedades del estómago como el úlcus péptico, etc.).
- Neurológico** (herpes, neuropatías periféricas, compresiones radiculares, etc.).
- Osteomuscular** (trauma, espondilitis anquilosante, etc.).





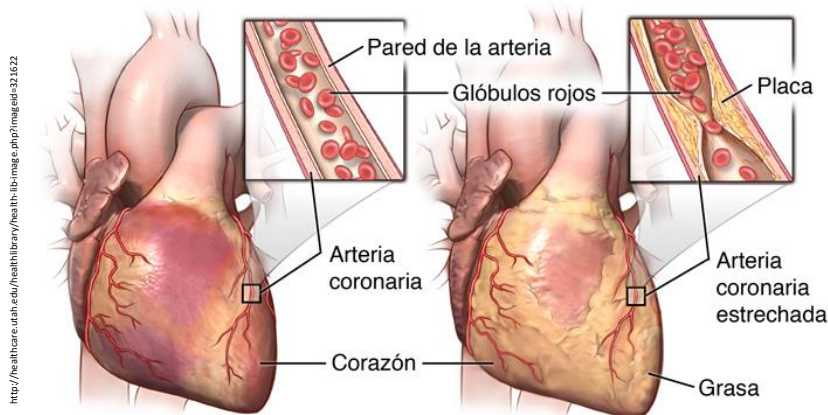
Otras presentaciones del paciente coronario

Puede asistir por manifestaciones equivalentes o complicaciones (6, 7). Es decir, el paciente puede presentar un evento coronario, pero manifestado por:

- a. Disnea, que correspondería a una angina equivalente al 16 %.
- b. Arritmias.
- c. Evento cerebrovascular.
- d. Falla cardiaca.
- e. Muerte súbita.
- f. Síncope.
- g. Dolor abdominal (principalmente en pacientes con diabetes, ancianos con demencia senil o falla renal) (7).

Definiciones

Las siguientes definiciones están basadas en los criterios diagnósticos de Patterson y Morowitz para angina estable (8, 9, 10).



Corazón y la arteria normal Arteria con la acumulación de placa



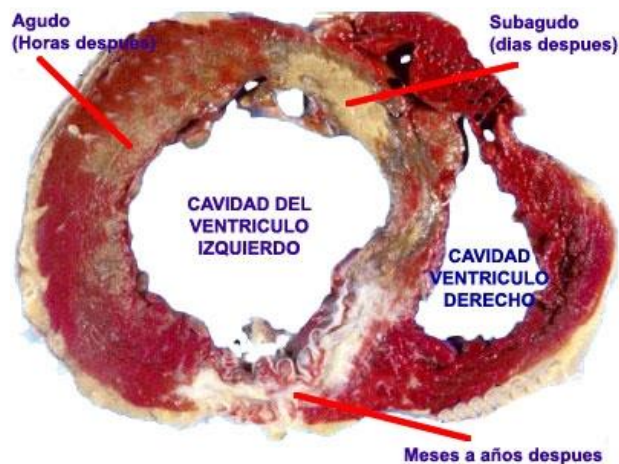
1. **Angina típica** (definitiva). Compuesta por:
 - 1.1. Si es un dolor subesternal de características y duración coronaria.
 - 1.2. Provocado por ejercicio o estrés emocional.
 - 1.3. Aliviado con reposo o nitroglicerina.
2. **Angina atípica** (probable): reúne dos de las características anteriores.
3. **Dolor torácico no cardíaco**: reúne una o ninguna de las características de la angina típica.



4. **Angina inestable**: corresponde a un espectro de enfermedades que van entre el infarto agudo de miocardio y la angina estable. La Sociedad Europea de Cardiología la define en sus guías de 2015 (11) como la isquemia **miocárdica que se presenta en el reposo o con mínimo esfuerzo en ausencia de necrosis**. Se divide en forma general en cuatro tipos:
 - 4.1. **Angina de patrón acelerado o *in crescendo***: se caracteriza por un cambio en el comportamiento de un síntoma crónico en lo referente a la intensidad, duración y desencadenamiento de la isquemia.
 - 4.2. **Angina de reciente inicio**: es aquella que se presenta con un tiempo de aparición menor de dos meses, de acuerdo a la clasificación canadiense de angina.
 - 4.3. **Angina de reposo**: se presenta con el reposo agudo o subagudo en menos de 48 horas y con una duración de 20 minutos o más.
 - 4.4. **Angina postinfarto**: es la que se presenta después de 15 días de haber presentado un infarto agudo de miocardio.



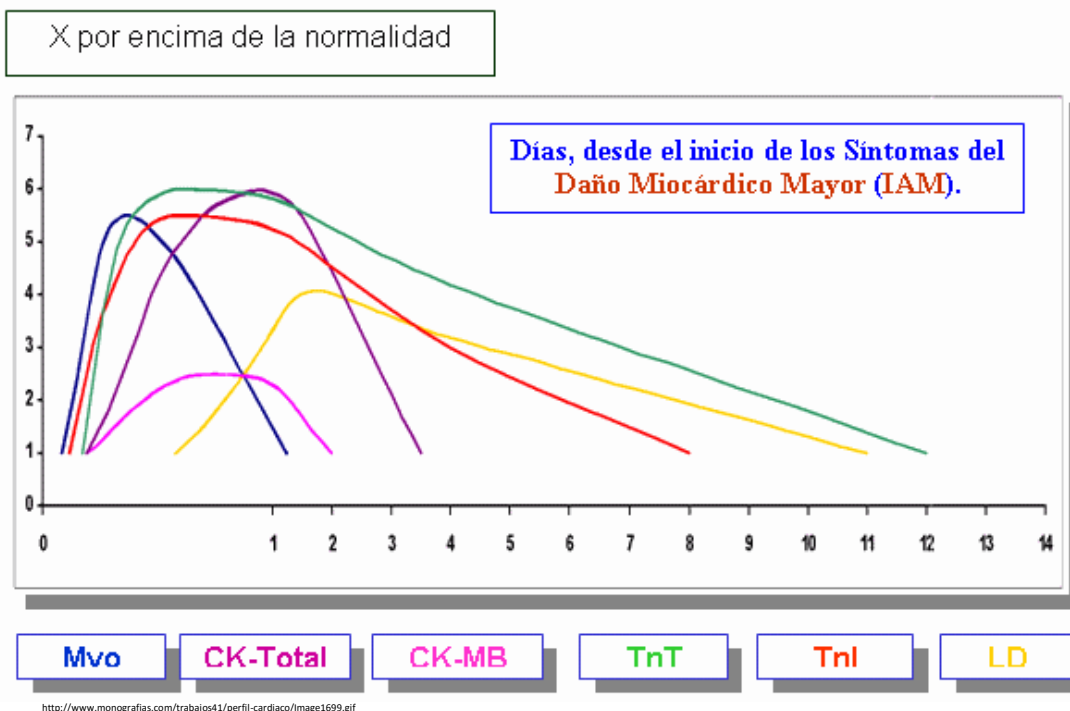
Definición de infarto agudo de miocardio (IAM) (11, 12)



<http://www.telmeds.org/wp-content/uploads/2009/05/iam.jpg>

El término IAM se debe utilizar cuando **haya pruebas de necrosis miocárdica** en un contexto clínico coherente con isquemia miocárdica aguda. En esas condiciones, cualquiera de los criterios siguientes cumple el diagnóstico de IAM:



A partir de enzimas








Detección de un aumento o descenso de los valores de biomarcadores cardiacos (preferiblemente cTn) con al menos un valor por encima del p99 del LRS (límite superior) y con al menos uno de los siguientes:



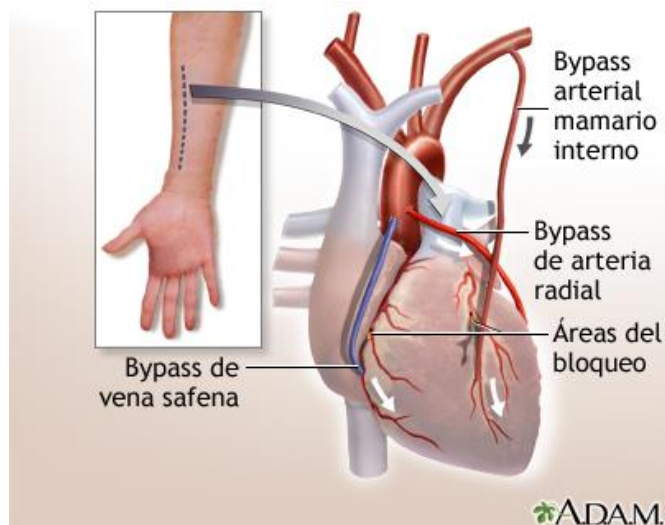
Se define arbitrariamente el IAM relacionado con ICP (intervención coronaria percutánea o angioplastia percutánea) por:

-  La elevación de cTn (troponina) ($> 5 \times$ p99 del LRS) en pacientes con valores basales normales (\leq p99 del LRS).
-  O, un aumento de los valores de cTn $> 20 \%$ si los basales son elevados y estables o descienden.

Además, se necesita:

-  Síntomas de isquemia miocárdica.
-  Nuevos cambios isquémicos del ECG.
-  Hallazgos angiográficos coherentes con complicación del procedimiento.
-  Demostración por imagen de nueva pérdida de miocardio viable o nuevas anomalías regionales en el movimiento de la pared.
-  La trombosis del *stent* asociada a IM, si se detecta en la angiografía coronaria o la autopsia en el contexto de isquemia miocárdica y con un aumento o descenso de los títulos de biomarcadores cardiacos con al menos un valor $> p99$ del LRS.

Relacionado con la cirugía de revascularización



El IAM relacionado con la CABG (cirugía de revascularización cardíaca) se define arbitrariamente por:

- La elevación de títulos de biomarcadores cardiacos ($> 10 \times$ p99 del LRS) en pacientes con valores basales de cTn normales (\leq p99 del LRS).
- Además, se debe considerar diagnóstico de IM nuevas ondas Q patológicas o nuevo BRIHH.
- Nuevo injerto documentado angiográficamente o nueva oclusión de la arteria coronaria nativa.
- pruebas por imagen de nueva pérdida de miocardio viable o nuevas anomalías regionales en el movimiento de la pared (12).

Abordaje del paciente

→ **De entrada**

Para iniciar el abordaje del paciente con dolor torácico se debe realizar:

1. Una adecuada historia clínica.
2. Un electrocardiograma.
3. Tomar biomarcadores.



→ **La historia clínica**



Debe hacer énfasis en la semiología del dolor torácico **buscando características** como:

- Localización, intensidad, duración, frecuencia.
- Qué actividades lo aumentan, qué actividades o medicamentos lo disminuyen.
- Qué síntomas asociados presenta, buscar principalmente cortejo neurovegetativo, etc.

Además, se identificarán:

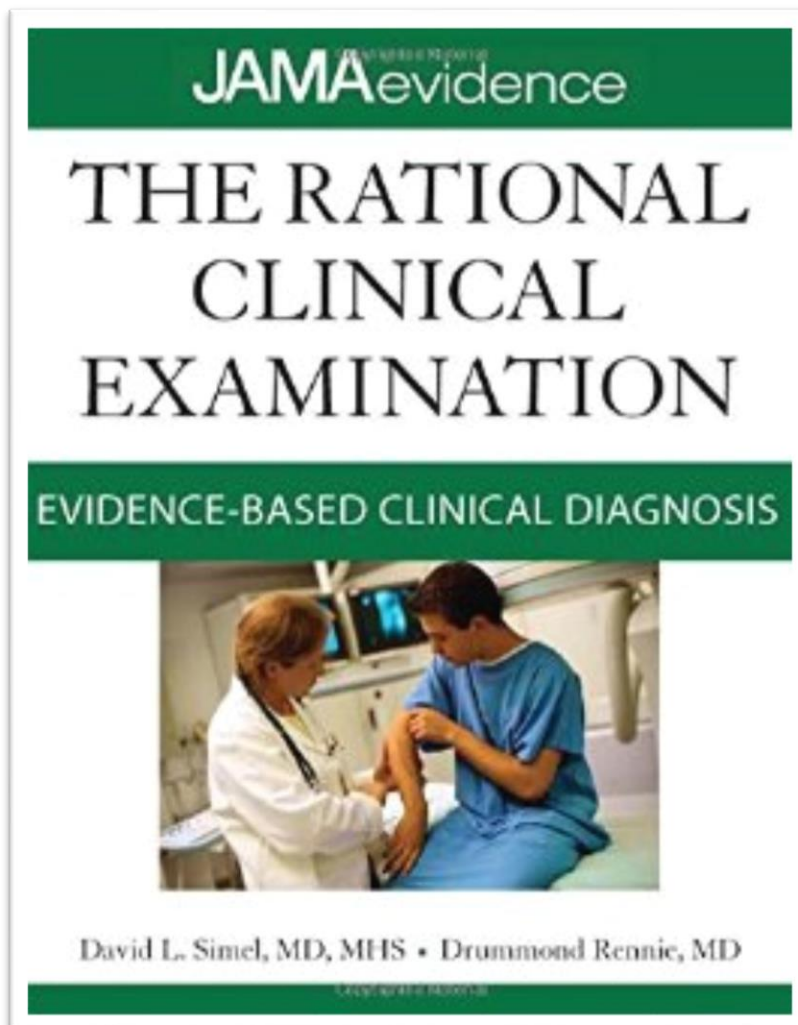
- Factores de riesgo como tabaquismo, sedentarismo, hiperlipidemia, diabetes, etc.
- Datos relevantes al examen físico como los signos vitales (cambios de la tensión arterial), galope por S3, signos de falla cardiaca, etc.

Tabla 1. Características del dolor torácico

	TIPO	CARÁCTER	LUGAR	INICIO	IRRADIA	DURACIÓN	APARICIÓN	ASOCIADO	MEJORÍA	AGRAVA
ANGINA	Isquémico.	Opresivo.	Retroesternal.	Brusco.	Hombre, brazo, mandíbula.	De 2 a 20 minutos.	Progresivo/súbito.	Síntomas vagales.	Reposo o nitritos.	Esfuerzo.
INFARTO	Isquémico.	Opresivo.	Retroesternal.	Brusco.	Hombre, brazo, mandíbula.	Más de 20 minutos.	Progresivo/súbito.	Síntomas vagales.		Esfuerzo.
ANEURISMA	Isquémico.	Lancinante.	Retroesternal.	Brusco.	Hombre, brazo, mandíbula.	Más de 20 minutos.	Progresivo/súbito.	Neorológicos.		Esfuerzo.
MEDIASTINITIS	Pleurítico.	Lancinante.	Retroesternal.	Brusco.	Costado.	Prolongado.	Progresivo/súbito.	Fiebre.		Movimiento.
PERICARDITIS	Pleurítico.	Opresivo/pleurítico.	Retroesternal.	Insidioso.	Costado.	Prolongado.	Progresivo/súbito.	Fiebre. Cambios de posición.	Inclinación hacia adelante.	Tos, inspiración.
EMBOLISMO PULMONAR	Pleurítico.	Variable.	Variable.	Variable.	Costado (variable).	Prolongado.	Progresivo/súbito.	Síntomas inespecíficos.		Tos, inspiración.
NEUMONÍA	Pleurítico.	Variable.	Variable.	Variable.	Variable.	Prolongado.	Progresivo/insidioso.	Fiebre.		Tos, inspiración.
NEUMOTÓRAX	Pleurítico.	Costado.	Costado.	Brusco.	Costado, hombro.	Prolongado.	Progresivo/insidioso.	-	Reposo.	Tos, inspiración.



¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS IMPORTANTES EN LA ENFERMEDAD CORONARIA?



La revista JAMA en su publicación de *The Rational Clinical Examination* nos muestra los diferentes estudios con sus correspondientes sensibilidades, especificidades y coeficientes de verosimilitud (tabla 2) tanto de los factores de riesgo, como los síntomas y la evaluación del electrocardiograma (13).

Lo típico

De forma clásica los pacientes se presentan con dolor retro esternal opresivo irradiado a brazos y cuello, o dolor en abdomen, asociado a síntomas vágales como astenia, náuseas, vómito y diaforesis.

Pero...

Según Framingham, el 25 % de los pacientes no son reconocidos, por no presentar este patrón o ni siquiera dolor. Es por esto que el dolor torácico siempre ha sido un reto médico en el que, en muchas ocasiones, nos es difícil establecer qué tipo de acciones tomar y llevarnos incluso a errores como enviar a casa (entre el 10 al 15 %) pacientes con enfermedad coronaria aguda.



Tabla 2. Sensibilidad, especificidad y LR de factores de riesgo, síntomas y electrocardiograma en la enfermedad coronaria

CARACTERISTICA	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	LR(+)	LR (-)	BIBLIOGRAFIA
FACTORES DE RIESGO					
ESTRÉS	12 (8.3 - 16)	96 (95- 97)	2.1 (2 - 4.7)	0.92 (0.88-0.06)	Nerenberg, et al. 2007
ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA	8.3 (5.6-12)	96 (95-96)	1.9 (1.2-2.8)	0.96 (0.93-0,99)	Hess et al. 2012
ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CORONARIA	67 (59-74)	59 (55-63)	1.6 (1.4-1.9)	0.56 (0.45-0.70)	Christenson et al. 2006
DIABETES	30 (25-35)	81 (79-82)	1.5 (1.3-1.8)	0.87(0.81-0.94)	Hess et al.2012
ECV	10 (7.4-14)	94 (92-95)	1.6 (1.1-2.3)	0.96(0.92-1.0)	Hess et al.2012
HIPERLIPIDEMIA	71 (66-76)	49 (47-51)	1.4 (1.3-1.5)	0.59(0.50-1)	Hess et al.2013
HIPERTENSION	72 (67-77)	43 (41-45)	1.3 (1.2-1.4)	0.64 (0.53 0.76)	Hess et al.2014
TABAQUISMO	57 (52-63)	50 (48-52)	1.1 (1.0-1.3)	0.86(0.75-0.98)	Hess et al.2014
HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD CORONARIA	28 (24-33)	71 (69-73)	0.98(0.82-1.2)	1.0(0.94-1.0)	Hess et al.2014
OBESIDAD	17 (5.6-35)	89 (85-92)	1.5(0.64-3.5)	0.94(0.80-1.1)	Melki et al.2013
PREVIA REVASCULARIZACION MIOCARDICA	13 (8.5-18)	93 (92-94)	1.8 (1.3-2.7)	0.94(0.89-1.0)	McDonald etal.2011
SINTOMAS					
	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	LR(+)	LR (-)	BIBLIOGRAFIA
IRRADIACION A AMBOS BRAZOS	11 (8.3-15)	96 (95-96)	2.6(1.8-3.7)	0.93(0.89-0.96)	Hess et al.,2012
DOLOR PARECIDO AL ANGINOSO	47 (42-53)	79 (77-80)	2.2(2.0-2.6)	0.67(0.60-0.74)	Hess et al.,2012
CAMBIO DEL PATRON DEL DOLOR EN 48 HORAS	27 (23-32)	86 (85-88)	2.0(1.6-2.5)	0.84(0.79-0.90)	Hess et al.,2012
DOLOR PRECORDIAL TIPICO	73 (67-78)	89 (86-92)	6.8(5.1-9.2)	0.30(0.25-0.37)	Biener et al.2015
AUMENTO DEL DOLOR CON EJERCICIO	53 (48-59)	71 (69-73)	1.8(1.6-2.1)	0.66(0.58-0.74)	Hess et al.,2012
IRRADIACION A CUELLO Y MANDIBULA	24 (19-28)	85 (83-86)	1.6(1.3-1.9)	0.90(0.85-0.96)	Hess et al.,2012
episodios reciente y similares de dolor toracico	55 (50-60)	56 (54-59)	1.3(1.1-1.4)	0.80(0.71-0.90)	Van Der Meer et al.2015
irradiacion a brazo izquierdo	5.4 (3.4-8.3)	96 (95-97)	1.3(0.78-2.1)	0.99(0.96-1.0)	Hess et al.,2012
irradiacion a brazo derecho	5.4 (3.4-8.3)	96 (95-97)	1.3(0.78-2.1)	0.99(0.96-2.1)	Hess et al.,2012
presencia de diaforesis	28 (24-33)	79 (78-81)	1.4(1.1-1.6)	0.91(0.84-0.97)	Hess et al.,2012
presencia de disnea	47 (42-53)	61 (59-63)	1.2(1.1-1.4)	0.87(0.78-0.96)	Hess et al.,2012
mejoria con nitroglicerina	80 (71-86)	19 (15-22)	0.98(0.88-1.1)	1.1(0.75-1.6)	Diercks et al.2005
dolor tipo ardor	12 (8.4-16)	92 (90-93)	1.4(0.99-1.9)	0.97(0.93-1.0)	Hess et al.,2012
presencia de nauseas y vomito	22 (17-28)	80 (75-84)	1.1(0.77-1.5)	0.98(0.90-1.1)	Milner et al.2001
asociado a palpitaciones	6.0 (3.5-10)	91 (88-94)	0.71(0.37-1.3)	1.0(0.98-1.1)	Milner et al.2001
presencia de sincope	6.0 (3.5-10)	91 (88-94)	0.71(0.37-1.3)	1.0(0.98-1.1)	Milner et al.2001
presencia de dolor pleurítico	6.6 (4.2-9.8)	82 (80-83)	0.14(0.10-0.19)	2.5(2.1-2.8)	Christenson et al.
presencia de hipotension	3.1 (1.2-7.9)	99 (98-100)	3.9(0.98-15)	0.98(0.95-1.0)	Bjork et al.2006
presencia de estertores	9.2 (5.3-16)	95 (93-97)	2.0 (1.0-4.0)	0.95(0.90-1.0)	Bjork et al.2006
taquipnea	10 (5.9-16)	95 (92-96)	1.9(0.99-3.5)	0.95(0.89-1.0)	Bjork et al.2006
taquicardia mayor a 120	10 (5.9-16)	95 (92-96)	1.9(0.99-3.5)	0.95(0.89-	Bjork et al.2006
reproduccion del dolor a la palpacion	5.5 (2.5-10)	80 (77-84)	0.28(0.14-.54)	1.2(1.11-1.24)	Christenson etal. 2006
ELECTROCARDIOGRAMA					
	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	LR(+)	LR (-)	BIBLIOGRAFIA
Depresion del segmento ST	17 (13-22)	97 (96-98)	6.1 (4.4-8.6)	0.85(0.81-0.89)	Hess et al.2012
Depresion del segmento ST	17 (12-22)	99 (98-100)	24 (7.3-75)	0.84(0.79-0.89)	Liu et al.,35 2015
onda T invertida	15 (11-19)	94 (93-95)	2.4 (1.8-3.3)	0.91(0.87-0.95)	Hess et al.2012

Por ello

Son muchas las estrategias que se siguen investigando, para disminuir el riesgo que existe con la evaluación médica errónea.



UTILIDAD DE LA ESTADÍSTICA

¿Cómo utilizamos lo visto hasta aquí?

	Enfermo	Sano	
Positivo	VP	FP	$S = VP / (VP + FN)$ $E = VN / (VN + FP)$ $VPP = VP / (VP + FP)$ $VPN = VN / (VN + FN)$ $CPP = S / (1 - E)$ $CPN = (1 - S) / E$ $IE = (VP + VN) / (VP + VN + FP + FN)$ $IY = S + E - 1$
Negativo	FN	VN	

S = sensibilidad; E = especificidad; VPP = valor predictivo positivo; VPN = valor predictivo negativo; CPP = cociente de probabilidad positivo; CPN = cociente de probabilidad negativo; IE = índice de exactitud; IY = índice de Youden.

<http://www.cienciasineno.com/wp-content/uploads/2014/03/ORD-10244499.jpg>

Vamos a echar mano de la estadística. Para ello debemos recordar los conceptos de sensibilidad, especificidad y coeficientes de verosimilitud.

→ **Sensibilidad**

Es la proporción de enfermos con la prueba positiva o la capacidad que tiene una prueba de detectar a los verdaderamente enfermos. Por ejemplo si una prueba es 100 % sensible, quiere decir que no se le escapa ningún enfermo, pero si una prueba tiene una sensibilidad por ejemplo de 80 %, quiere decir que de 100 pacientes enfermos, detecta a 80 de ellos pero se le escapan 20, que vendrían a formar parte de los pacientes que tienen la enfermedad pero la prueba es negativa y a la que se llama **FALSOS NEGATIVOS**.

Aplicando la sensibilidad al electrocardiograma (EKG):

Por ejemplo, con el EKG, Backus et al (14) *encontraron* una sensibilidad del electrocardiograma para la detección de enfermedad coronaria aguda en 43 % (38 % - 48 %) y una

especificidad del 86 % (84 % - 88 %) con un coeficiente de verosimilitud positivo (LR+) de 3,0 (2,6-3,6) y un coeficiente de verosimilitud negativo (LR-) de 0,67 (0,61-0-73). Más adelante aclararemos en qué consisten estos dos términos.

Esto quiere decir que de cada 100 pacientes con enfermedad coronaria aguda, el electrocardiograma detecta solo a 43 y se le escapan 57 pacientes que tienen enfermedad coronaria, siendo estos los falsos negativos (electro normal pero sí tienen enfermedad coronaria).

→ **Especificidad**

Se refiere a la proporción de sanos con la prueba negativa o capacidad que tiene una prueba de detectar a los verdaderamente sanos.

En nuestro ejemplo del electrocardiograma, vemos que tiene una especificidad del 86 % (que de 100 sanos, el EKG sale normal al menos en 86).

Lo que de esto se deriva...

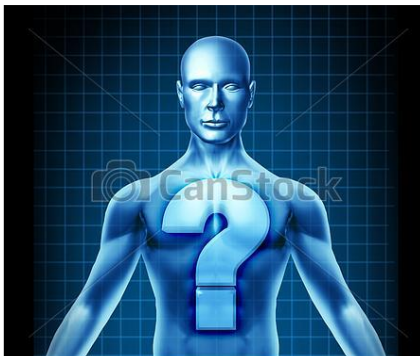
Existen dos problemas serios con las pruebas. El primero es que el electrocardiograma puede diagnosticar correctamente a 86 pacientes de 100 enfermos. Esto quiere decir que se le escaparon 14 pacientes que son sanos, pero, que los catalogó como enfermos y a estos los llamaremos **FALSOS POSITIVOS**.

Si hemos entendido, hasta aquí tenemos dos problemas:

El primero es con la sensibilidad a la cual se le escaparan pacientes enfermos y no sabremos de sus desenlaces. El segundo problema es en cuanto a la especificidad, que catalogará pacientes como enfermos, siendo estos sanos y seguramente se someterán a procedimientos innecesarios.



El arte de diagnosticar



© Can Stock Photo - csp8171038

El acto de diagnosticar como competencia, ha sido llamado de distintas formas y una de las más usadas ha sido "el ojo clínico". El principio del diagnóstico es de "sumas y restas". El clínico (el que diagnostica) pregunta, examina y solicita y, con base en encontrar o no encontrar, al final hace su impresión diagnóstica a partir de la cual ofrece su tratamiento, lo que después se confronta con la evolución y decide el destino del acto médico.

Si bien hasta finales del siglo XX se consideró que el diagnóstico se correspondía con el ojo clínico (experiencia) y

que, por ende, era muy difícil de enseñar, a raíz del surgimiento de la Medicina Basada en la Evidencia hoy sabemos que se puede enseñar. Precisamente de eso trata el diagnóstico basado en probabilidades, en donde partiendo de la sensibilidad y la especificidad de las manifestaciones de los pacientes, podemos llegar a una probabilidad diagnóstica, expresada en números.

A continuación les mostraremos cómo. Para ello incluiremos un nuevo término que es el cociente de verosimilitud o *likelihood* (positivos y negativos).



<https://img.istockphoto.com/medicinas/medicinas/200122002279-pptapp/016/predictive-value-and-likelihood-ratio-128.jpg?i=14822155>

→ **Coefficiente de verosimilitud positivo o Likelihood Ratios (LR+):**

Concepto

Los coeficientes de verosimilitud realizan una **comparación** en la que se establece la posibilidad de que un resultado dado de una prueba pudiera esperarse en un paciente **CON** la enfermedad de interés, comparado con la que ese mismo resultado pudiera esperarse en un paciente **SIN** dicha enfermedad.

Su obtención

Su cálculo se obtiene de dividir la sensibilidad por el complemento de la especificidad.

El LR (+) se refiere al número de veces en que la prueba es positiva en los enfermos (sensibilidad), sobre el número de veces en que la prueba es positiva en los sanos (falsos positivos o 100 menos la especificidad).

$$LR (+) = \frac{Sensibilidad}{100 - Especificidad}$$



→ **Coefficiente de verosimilitud negativa LR (-):**

Se refiere al número de veces en que la prueba es negativa en los enfermos (porcentaje de falsos positivos), sobre el número de veces en que la prueba es negativa en los sanos (especificidad).

$$LR (-) = \frac{100 - Sensibilidad}{Especificidad}$$

Estos dos conceptos y su proceso matemático son claves para la obtención de la probabilidad de enfermedad. ¡Ojo!, de lo que estamos hablando es de que vamos a cambiar esa forma de hacer diagnóstico en la que el médico dice "me parece que es..." por, "la probabilidad es..."

¿Cómo se aplican?

Recuerden: si continuamos con nuestro ejemplo del electrocardiograma en la enfermedad coronaria, habíamos dicho que tiene una sensibilidad del 43 % y una especificidad del 86 %. Calculemos los coeficientes de verosimilitud de acuerdo a las formulas anteriores:

$$LR (+) = \frac{Sensibilidad}{100 - Especificidad} = \frac{43}{100 - 86} = 3,0$$

$$LR (-) = \frac{100 - Sensibilidad}{Especificidad} = \frac{100 - 43}{86} = 0,67$$

¿Ahora qué hacemos con todos estos datos?



Pues bien ya tenemos suficiente información como para ir progresando en nuestro diagnóstico. Los pasos son como siguen:

→ **Primero: reconocer la prevalencia de la enfermedad de la que sospechamos.**

Como lo enunciamos en la introducción, la prevalencia de enfermedad coronaria es del 15 %. Utilizaremos este valor como **la probabilidad de base** de que un paciente que nos llegue al servicio de urgencias tenga enfermedad coronaria y la llamaremos probabilidad preprueba (lo ideal sería que cada uno en su propio sitio de trabajo identifique con un estudio cuál será la probabilidad o la prevalencia de enfermedad coronaria).



→ Segundo: aplicar la historia clínica.

Pero continuemos. Un paciente nos llega por dolor torácico y sin haberlo visto ya tenemos una probabilidad del 15 % de que tenga una enfermedad coronaria. Realizamos la historia clínica y nos encontramos que se trata de un paciente de 65 años de edad que refiere dolor precordial irradiado a brazo izquierdo, tipo peso, y a cuello, asociado a diaforesis y vómito.

Pues bien, cada síntoma (indagamos los más característicos de la enfermedad que sospechamos) de nuestro paciente tiene un LR ya sea positivo (si lo tiene) o negativo (si no lo tiene), que vamos a utilizar para calcular el diagnóstico por probabilidades.

¿Cómo lo hacemos?

Traeremos un nomograma que nos va a facilitar las cosas. Es el llamado nomograma de Fagan. Dicho sea de paso, se trata de una herramienta construida por la estadística, útil para calcular las probabilidades.

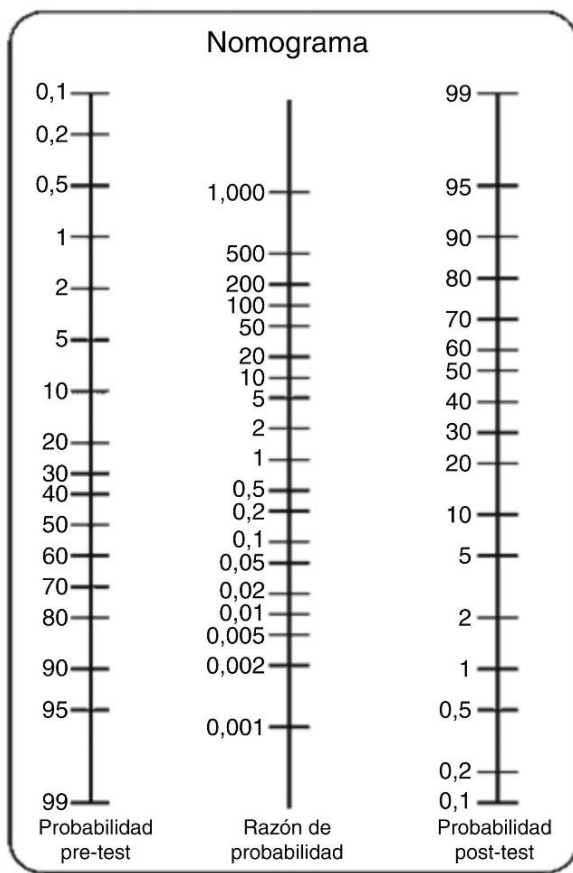


Figura 1. Nomograma de Fagan

Allí vemos tres columnas. La primera dice probabilidad pretest, la segunda dice razón de probabilidades o nuestros LR y la tercera dice probabilidad posttest.

Entonces... ¿cómo se usa?

Iniciemos con la prevalencia de la enfermedad coronaria que, dijimos, es de 15 %. Esta será nuestra probabilidad pretest y ubicaremos un punto en la primera columna, que coincida con esta probabilidad, o sea, entre el 10 y el 20. Ahora tomamos el síntoma dolor precordial típico y nos vamos a la tabla 2 (ver página 61) donde vamos a ubicar el LR (+) que nos arroja un valor de 6,8. Ubicamos este valor en la columna del centro (en el nomograma) y trazamos una línea que vaya del 15 % hasta el 6,8 y la prolongamos hasta la columna de la derecha.



¿Qué ocurrió?

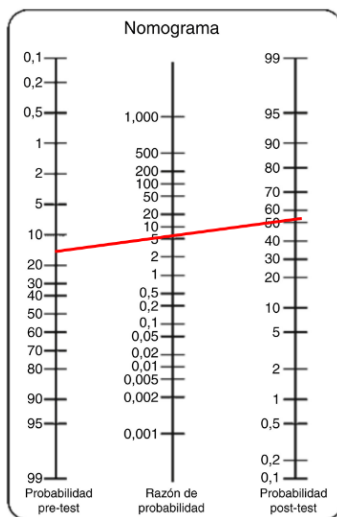


Figura 2

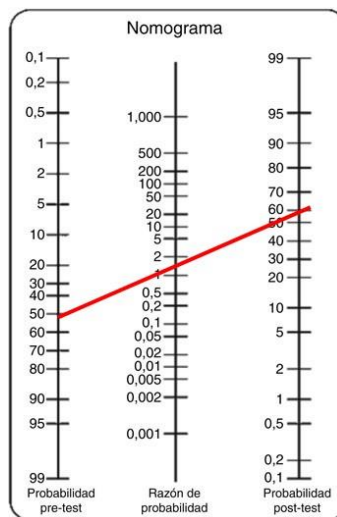


Figura 3

Como vemos **la nueva probabilidad postprueba** nos queda más o menos en **52 % (figura 2)**. Es decir, con este paciente pasamos de una probabilidad de enfermedad coronaria del 15 % al **52 %** por tener el dolor coronario típico, lo que la hace más probable. Pero aún nos deja en la incertidumbre diagnóstica.

¿Cómo así que incertidumbre diagnóstica?

Pues sí. Podemos entenderla como la falta de certeza, cualidad necesaria para tomar las decisiones que conlleven a las intervenciones que creamos beneficiarán al paciente. Por ejemplo, en el caso que estamos analizando, podemos preguntarnos cuál será el porcentaje de incertidumbre (o su

contrario, el porcentaje de certeza) que me permitirá decidir iniciar o no lo trombolisis. Una vez más, los números (porcentajes de probabilidad) nos harán más fácil tomar esas decisiones, ¿no les parece?

Entonces, otra vez...

Siguiendo con el ejemplo, ahora la nueva probabilidad pretest nos quedó en **52 %**, la cual ubicaremos ahora en la primera columna del nomograma.

Tomaremos ahora otro síntoma, por ejemplo la diaforesis, que en la tabla nuestra un LR positivo de 1,4, y realizamos el mismo procedimiento (trazar la línea desde esta nueva probabilidad pretest hasta la columna del LR). Como vemos ahora nuestra nueva probabilidad queda en **59 %**.

Así continuamos...

Con toda la historia del paciente, con los antecedentes y el examen físico, vemos cómo surge la probabilidad diagnóstica. Al final de haber analizado los síntomas que

tenemos y los signos, incluso los resultados de las pruebas, el nomograma nos arrojará la **probabilidad final** de que padezca la enfermedad.

Pero, ¿entonces debemos tener de cada enfermedad la tabla de la sensibilidad y especificidad de cada manifestación?

Así es. De hecho, existen libros donde están analizadas las manifestaciones con su sensibilidad, especificidad y sus respectivos LR (+) y (-). Claro, el ideal es hacer los estudios en cada centro hospitalario y así obtener los "propios" LR.



Escalas diagnósticas

Para mejorar nuestra certeza diagnóstica, encontramos en la literatura escalas predictivas validadas que nos ayudan aún más a confirmar o descartar la enfermedad coronaria. Las escalas predictivas están basadas precisamente en la presencia o ausencia de manifestaciones a las que se les pueden calcular LR (+) o LR (-) y, con base en ellas, se puede emitir la probabilidad de la presencia de la enfermedad.

Las escalas de sospecha de enfermedad coronaria más utilizadas son:

ESCALA HEART (14, 15, 16, 17)

ESCALA HEART PARA DOLOR TORÁCICO		
HISTORIA	Alta sospecha.	2
	Moderada sospecha.	1
	Baja sospecha.	0
EKG	Depresión significativa del segmento ST.	2
	Trastornos difusos de repolarización.	1
	Normal.	0
EDAD	Más de 65 años.	2
	45 a 65 años.	1
	Menos de 45 años.	0
FACTORES DE RIESGO	Más de tres factores de riesgo o historia de ateromatosis.	2
	Uno a dos factores de riesgo.	1
	No factores de riesgo conocidos.	0
TROPONINA	Más de tres veces el valor normal del límite superior	3
	Una a tres veces el valor normal	2
	Menor de lo normal	1

La escala HEART (por sus siglas en inglés: History, EKG, Age, Risk factors, Troponin) ha sido validada por varios estudios obteniendo una sensibilidad y especificidad de acuerdo a su puntaje. Sirve para calcular la probabilidad de padecer de enfermedad coronaria.

Las instrucciones para diligenciar esta escala son las siguientes:

- a. Historia (History): Si el paciente presenta dolor precordial o lateral izquierdo tipo peso, con irradiación y los síntomas mejoran con la utilización de nitratos sublinguales, se le adjudican 2 puntos. En caso de que la historia tuviera algunos elementos específicos e inespecíficos se adjudica un puntaje de 1. En ausencia de elementos específicos que sugieran isquemia se adjudica un puntaje de 0.
- b. Electrocardiograma (EKG): Se incluyeron los criterios de Minnesota para su interpretación. Si el electrocardiograma no presenta elevación significativa o depresión significativa del ST o alguna anormalidad se adjudica un puntaje de 0. En caso de presentar un bloqueo de rama, ritmo de marcapaso, criterios de hipertrofia ventricular izquierda, trastornos de repolarización dados por la digoxina o disturbios en la repolarización se adjudica un puntaje de 1. En caso de elevación significativa del ST o depresión del ST en

ausencia de bloqueo de rama, hipertrofia ventricular o utilización de digoxina se adjudica un puntaje de 2.

- c. Edad (Age): Se adjudicaron 0 puntos si el paciente tiene menos de 45 años, 1 punto si tiene de 45 a 65 años y 2 puntos si tiene más de 65 años.
- d. Factores de riesgo (Risk factors): Se tomaron como factores de riesgo la diabetes mellitus en tratamiento, ser fumador actual o en los últimos 90 días, la historia clínica de hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la historia familiar de enfermedad coronaria, la obesidad o índice de masa corporal mayor a 30 y, la historia clínica de ateromatosis (antecedentes de revascularización miocárdica, infarto agudo de miocardio, evento cerebrovascular, enfermedad arterial periférica). Si el paciente no tiene factores de riesgo se adjudican 0 puntos, si tiene de uno a dos factores de riesgo se adjudica 1 punto y, si tiene tres o más factores de riesgo, se adjudican 2 puntos.
- e. Troponina (Troponin). De acuerdo a los valores locales de laboratorio, se adjudica 1 punto si el valor de la troponina se encuentra por debajo de lo normal. Si el valor se encuentra entre una a tres veces el valor normal superior de acuerdo al percentil 99, de adjudican 2 puntos. Si el valor se encuentra más de tres veces el valor normal se adjudica un puntaje de 3.






Interpretación de la escala HEART



<https://vitalidad.deseguros.com/wp-content/uploads/2014/10/cardiocvascular-680x380.jpg>

Los puntajes para esta tabla se clasificaron así:

-  De 0 a 3 puntos: riesgo bajo (0,99 %).
-  De 4 a 6 puntos: riesgo intermedio (11,6 %).
-  7 o más puntos: riesgo alto (65,2 %).

Combinando escalas y probabilidades

La sensibilidad del score cuando se obtiene un valor de 2 o menos puntos es de 98,9 (97,3-99) y la especificidad es de 14,7 (13,4-16,2) con un LR positivo de 1,14 y LR (-) de 0,01. Una escala de 7 o más puntos presenta un LR (+) de 6,8 (4-12) y, un puntaje de 3 a 6, tiene un LR (+) de 2,6 (1,1-6,3) con una sensibilidad de 58 % (32-81) y una especificidad de 85 % (83-87).

Potencializarla con nueva troponina

Para mejorar aún más la sensibilidad de esta escala, se está recurriendo a la toma de una segunda muestra de troponina, cuando ha salido positiva o en el límite en la primera oportunidad. Si la troponina permanece negativa o disminuye y la escala es de 3 o menos puntos, se puede descartar evento coronario agudo y buscar otra causa.

Al contrario, si la troponina aumenta o se vuelve positiva el paciente debe hospitalizarse para estudio. Si el puntaje es de 7 o más, la probabilidad de enfermedad coronaria es muy alta y este paciente debe también hospitalizarse. Six et al (18) reportaron en su validación de la escala un aumento de la sensibilidad al 100 % y de la especificidad al 83 % con la seriación de troponinas.



Escala GRACE (Global Registry of Acute Coronary Syndrome) (18, 19)

Escala de riesgo GRACE			
Parámetro	Puntos	Parámetro	Puntos
Edad		Frecuencia cardiaca	
< 40	0	< 70	0
40 – 49	18	70 – 89	7
50 – 59	36	90 – 109	13
60 – 69	55	110 – 149	23
70 – 79	73	150 – 199	36
≥ 80	91	≥ 200	46
Presión arterial		Creatinina (mg/dL)	
< 80	63	0 – 0,39	2
80 – 99	58	0,4 – 0,79	5
100 – 119	47	0,8 – 1,19	8
120 – 139	37	1,2 – 1,59	11
140 – 159	26	1,6 – 1,99	14
160 – 199	11	2 – 3,9	23
≥ 200	0	≥ 4	31
Killip		Otros factores de riesgo	
Clase I	0	Paro cardiaco al ingreso	43
Clase II	21	Biomarcadores elevados	15
Clase III	43	Supradesnivel del ST	30
Clase IV	64		

Eagle KA et al. JAMA 2004;291:2727-33

CATEGORÍA DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA (%)
BAJO	MENOR DE 108	MENOR A 1
INTERMEDIO	109-140	1 A 3
ALTO	MÁS DE 140	MÁS DE 3
CATEGORÍA DEL RIESGO		Mortalidad a los 6 meses de alta (%)
BAJO	MENOR DE 88	MENOR DE 3
INTERMEDIO	88-118	3 A 8
ALTO	MÁS DE 118	MÁS DE 8

Tal vez en la actualidad la escala más utilizada. Su utilidad radica en la predicción de mortalidad intrahospitalaria y, a los seis meses, del IAM (Infarto Agudo de Miocardio).

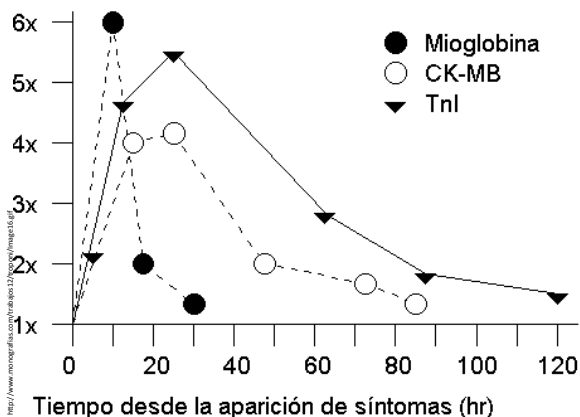
¿Cómo se validó?

La valoración GRACE (GRACE score) fue desarrollada a partir de un registro multinacional (Global Registry of Acute Coronary Syndrome) de 11 389 pacientes con SCA (20) durante dos años en 94 hospitales localizados en 18 zonas geográficas y 14 países (Argentina, Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Francia, Alemania, Italia, Nueva Zelanda, Polonia, España, Reino Unido y Estados Unidos).



TROPONINAS (9, 21, 22, 23, 24, 25)

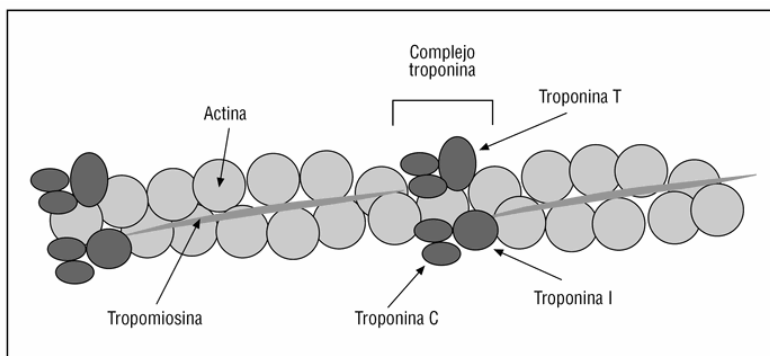
Su importancia



La troponina y el electrocardiograma son dos piedras angulares que apoyan el diagnóstico de enfermedad coronaria, unidos, claro está, a la realización de la historia clínica.

Como vimos, la sensibilidad y la especificidad del electrocardiograma no son lo suficientemente robustas como para afirmar que un determinado paciente presenta o no un evento coronario por su alto índice de falsos positivos (cardiomiopatía hipertrófica, síndrome de Brugada, pericarditis, bloqueo de rama izquierda, patrón juvenil) o por sus falsos negativos.

Por ello



Los llamados biomarcadores han venido evolucionando en los últimos años, mejorando así su sensibilidad y especificidad. Es así como en la década de los años 1960 se utilizaban las transaminasas y, posteriormente, la deshidrogenasa lactina, la mioglobina, la CPK MB y, por luego, las troponinas. Aun

así, estas últimas también vienen evolucionando desde las troponinas de primera generación hasta las troponinas ultrasensibles que son las que utilizamos en la actualidad. Pero los problemas aún persisten ya que esta prueba también tiene deficiencias por sus falsos positivos.

Causas de elevación de la troponina ⁽¹¹⁾

1. Infarto agudo de miocardio.
2. Taqui o bradiarritmias.
3. Disección de la aorta o, insuficiencia o estenosis aórtica, severas.
4. Hipotensión severa (choque séptico o por hemorragias), emergencias hipertensivas o crisis hipertensivas.
5. Falla cardíaca aguda o crónica.
6. Cardiomiopatía hipertrófica tako-tsubo.
7. Vasculitis coronaria como en el lupus eritematosos sistémico o síndrome de Kawasaki.
8. Espasmo de las arterias coronarias por cocaína.
9. Tromboembolismo pulmonar severo o hipertensión pulmonar severa.
10. Hemodiálisis.
11. Desfibrilaciones frecuentes.
12. Contusión cardíaca o cirugía cardíaca.
13. Rbdomiolisis.
14. Miocarditis.
15. Agentes cardiotóxicos.
16. Quemaduras de más del 30 % de superficie corporal.
17. Eventos cerebrovasculares o condiciones neurológicas severas o trauma craneoencefálico.
18. Enfermedades infiltrativas como sarcoidosis o amiloidosis.
19. Ejercicio extremo (correr maratones, caminatas en exceso, como en los militares).
20. Sepsis, hipotiroidismo o hipertiroidismo.

Diagnóstico por probabilidades



Hoy tenemos
la posibilidad
de hacer
diagnósticos
clínicos más
precisos que
nunca

Uniendo todo, vamos a continuar con nuestra descripción basados en la sensibilidad y especificidad, así como el valor de sus LR, para comprender aún mejor estos conceptos.

Tomaremos de ejemplo la tabla realizada en la publicación del *New England Journal Medicine* sobre la sensibilidad y especificidad de la troponina en el dolor torácico y de ella tomaremos la troponina T de la marca Roche utilizada en nuestra institución (9).

La tabla comparativa

TROPONINA T	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO		TOTAL
	SÍ	NO	
Positiva	117 (VP) a	119 (FP) b	236 (VPP) g
Negativa	6 (FN) c	476 (VN) d	482 (VPN) h
TOTAL	123 e	595 f	718

Entonces, repasando...

→ ¿Cuál es la prevalencia de infarto agudo de miocardio en el estudio?

Si el total de los pacientes fue de 718 y, de estos, 123 tuvieron infarto agudo de miocardio, solo tendremos que obtener qué porcentaje es 123 de 718. Esto nos da 17,13 %.

→ ¿Cuántos pacientes presentaban infarto agudo de miocardio y la troponina T arrojó un resultado positivo?

La respuesta es 117. Como se observa corresponde a la letra a.

Sensibilidad

→ Observemos la casilla **a**. De los que presentaron infarto agudo de miocardio, ¿qué porcentaje tenía la prueba de troponina T positiva?

→ O, lo que es lo mismo, dado que estoy enfermo, ¿qué probabilidad tengo de que la prueba me salga positiva?

Formas de decir lo mismo

Como vemos, esta pregunta corresponde a la **sensibilidad** de la prueba. La operación consiste en calcular a qué porcentaje corresponde 117 de 123. En palabras:

→ De los que presentaban infarto agudo de miocardio (123), ¿qué porcentaje presentó troponina positiva?

→ O, de los que estaban verdaderamente enfermos (123), ¿a cuántos detectó la prueba como verdaderamente enfermos (117)?

Para esto, se realiza una regla de tres simple y nos arroja un resultado de 95 % que quiere decir que la prueba de cada 100 pacientes enfermos detecta a 95 de ellos, pero se le escapan cinco personas que tenían infarto agudo de miocardio.



Por ende, y usando las letras de las casillas.

Para obtener la sensibilidad de una prueba en una tabla de 2X2, realizaremos la siguiente operación: $a/(a+c)$ y esto corresponde a los llamados verdaderos positivos (VP).

		VARIABLE DEPENDIENTE		
		SI ENFERMEDAD	NO ENFERMEDAD	
VARIABLE INDEPENDIENTE	SI PRESENTE LA MANIFESTACIÓN	SI tiene la enfermedad y SI tiene la manifestación = a	NO tiene la enfermedad y SI tiene la manifestación = b	Total SI tienen la manifestación = a+b
	NO PRESENTE LA MANIFESTACION	SI tiene la enfermedad y NO tiene la manifestación = c	NO tiene la enfermedad y NO tiene la manifestación = d	Total NO tienen la manifestación = c+d
		Total SI tienen la enfermedad = a+c	Total NO tiene la enfermedad = b+d	

Especificidad

Dirijámonos ahora a la casilla b, ¿qué ve?

- ¿Cuántos pacientes **NO** presentaban infarto agudo de miocardio, pero la prueba mostró que sí lo tenían, es decir, salió positiva?
- O, dado que estoy sano, ¿qué probabilidad tengo de que la prueba me resulte positiva?

Aquí nos referimos al porcentaje de pacientes de la casilla **b**. Como podemos observar, en esta casilla hay 119 pacientes de los 595 que no presentaban infarto agudo de miocardio, pero la prueba dijo que sí estaban enfermos, estos son los llamados **FALSOS POSITIVOS**, que, en el ejemplo, corresponden al 20 %. Para obtener este cociente realizaremos la siguiente operación: $b/(b+d)$. Como vemos

aquí, los resultados de la prueba no coinciden con la condición del paciente, que para este caso no presentaba infarto agudo de miocardio. **El problema aquí yace en que a pacientes sin enfermedad coronaria los podremos exponer a métodos diagnósticos innecesarios riesgosos y hasta costosos** (vea causas de la elevación de la troponina en la página 70).

Ahora observemos la casilla c

Aquí la casilla nos indica el número de pacientes que sí presentaban un infarto agudo de miocardio pero la prueba salió negativa. Se llaman los **falsos negativos** que quiere decir que si mi paciente tiene la enfermedad la prueba no la detecta.

La operación matemática

Para obtener este valor realizaremos la siguiente operación matemática: $c/(a+c)$ y nos arroja un resultado de 4,87 %. **Aquí se presenta el otro problema ya que, si no interpretamos en conjunto la historia clínica, el electrocardiograma y el resultado de la troponina podríamos enviar a casa a un paciente con infarto agudo de miocardio.**



		VARIABLE DEPENDIENTE		
		SI ENFERMEDAD	NO ENFERMEDAD	
VARIABLE INDEPENDIENTE	SI PRESENTE LA MANIFESTACIÓN	SI tiene la enfermedad y SI tiene la manifestación = a	NO tiene la enfermedad y SI tiene la manifestación = b	Total SI tienen la manifestación = a+b
	NO PRESENTE LA MANIFESTACION	SI tiene la enfermedad y NO tiene la manifestación = c	NO tiene la enfermedad y NO tiene la manifestación = d	Total NO tienen la manifestación = c+d
		Total SI tienen la enfermedad = a+c	Total NO tiene la enfermedad = b+d	

Analizamos la casilla d: especificidad

La de la llamada **especificidad**. Esta casilla se refiere a los pacientes que verdaderamente están sanos o, para este caso, no presentan infarto agudo de miocardio y la prueba sale negativa. Es llamada también los verdaderos negativos. Responde a la pregunta, dado que estoy sano, ¿qué probabilidad tengo de que la prueba salga negativa? La operación matemática es la siguiente: $d/(d+b)$ y su resultado es 80 %, que quiere decir que, de cada 100 sanos, detecta a 80 y se le escaparán 20.

Uniendo todo

Observemos muy bien lo siguiente:

- La sensibilidad nos arrojó un resultado del 95 %, o sea, los verdaderos positivos y su complemento será la casilla **c** que nos arrojó 4,87 %, o sea, los falsos negativos. La suma de estos dos porcentajes debe dar el 100 %.
- Lo mismo sucede con la especificidad; si vemos, la especificidad fue del 80 % y su complemento, o sea el porcentaje de la casilla **b** o los falsos positivos, nos arrojó un resultado del 20 %. La suma de estos dos porcentajes nos da 100 %.

Conclusión

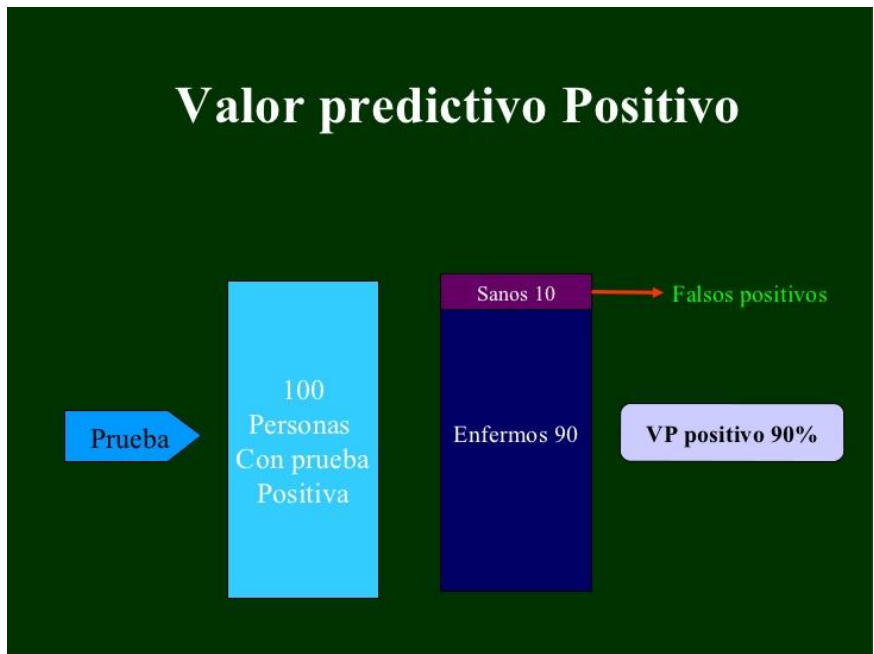
Recuerde que el complemento de la sensibilidad es el porcentaje de los falsos negativos y el complemento de la especificidad es el porcentaje de los falsos positivos.

LOS VALORES PREDICTIVOS

Si observamos bien, para obtener la sensibilidad o la especificidad las operaciones matemáticas se realizaron sobre las columnas del **SI** y del **NO** de la tabla de 2X2 y, su lectura, también va en ese sentido. Ahora vamos a trabajar sobre las filas o en sentido horizontal y con ellas obtendremos los valores predictivos.



El valor predictivo positivo



Existen muchas formas de parafrasear el valor predictivo positivo, una de ellas es:

→ Dado que tengo una prueba positiva, ¿qué probabilidad tengo de estar enfermo?

Que es muy diferente a decir:

→ Dado que tengo una enfermedad, ¿qué probabilidad tengo de obtener un resultado positivo en una prueba?

Diferenciando a la sensibilidad

Si nos fijamos bien, la primera, es decir, el *valor predictivo positivo*, lo leímos en forma horizontal, iniciando nuestra pregunta con la prueba; mientras que en la segunda frase (que por cierto corresponde a la sensibilidad) la lectura fue en sentido vertical y ubicamos primero la condición, o sea, estar enfermo, y luego la prueba. Entendiendo esto la forma matemática de obtener el valor predictivo positivo es: $a/(a+b)$ o $VP/(VP+FP)$.

TROPONINA T	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO		TOTAL
	SÍ	NO	
Positiva	117 (VP) a	119 (FP) b	236 (VPP) g
Negativa	6 (FN) c	476 (VN) d	482 (VPN) h
TOTAL	123 e	595 f	718

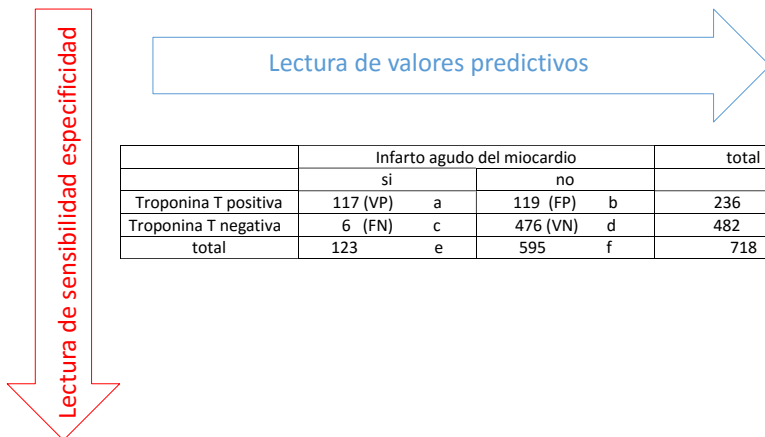
Para el valor predictivo negativo

Realizaremos lo mismo pero con la fila de la troponina T negativa. Sería así:

→ Dado que tengo una prueba de troponina T negativa, ¿qué probabilidad tengo de estar sano?



Diferenciando de la especificidad



Recuerde que, para la especificidad, la lectura sería en forma vertical:

→ Dado que estoy sano, ¿qué probabilidad tengo de tener la prueba negativa?

La fórmula matemática para obtener el valor predictivo negativo es: $d/(d+c)$.

Entonces y aplicado

Para nuestro ejemplo la situación sería la siguiente:

1. Dado que tengo un infarto agudo de miocardio, ¿qué probabilidad tengo de tener una troponina T positiva? Esto corresponde a la **sensibilidad** y es del 95 %, lo que quiere decir que, de cada 100 pacientes con la enfermedad, la troponina T detecta a 95 de ellos.
2. Dado que tengo una troponina T positiva, ¿qué probabilidad tengo de tener un infarto agudo de miocardio? Este valor correspondería al **valor predictivo positivo** y nos da como resultado un 50 % de probabilidad.
3. Dado que no tengo infarto agudo de miocardio, ¿qué probabilidad tengo de tener una troponina T negativa? Esto corresponde a la **especificidad** y su resultado fue del 80 %.
4. Dado que tengo una troponina T negativa, ¿qué probabilidad tengo de no padecer un infarto agudo de miocardio? Esto corresponde al **valor predictivo negativo** y es del 98,7 % (aproximando 99 %).

¿Y los valores de verosimilitud o LR?

Bueno aquí de nuevo los remito a las páginas 63 y 64 para que calculen los valores predictivos de la troponina T con las fórmulas que se explicaron allí.

¿Qué nos queda por hacer?

Si hemos comprendido el tema, podemos tomar las sensibilidades, especificidades los valores de verosimilitud y el nomograma de Fagan y construir nuestras probabilidades de cada enfermedad con cada uno de nuestros pacientes.

Dónde buscar

Sugiero revisar la publicación de la revista JAMA, *The Rational Clinical Examination*, en donde encontrarán un gran número de patologías con sus diferentes síntomas, signos, factores de riesgo, pruebas diagnósticas, etc. con sus respectivos LR que nos ayudarán a depurar cuáles son los síntomas, signos y pruebas diagnósticas más importantes en cada una de ellas. Recuerde que, cuanto más altos sean los LR positivos, nos ofrecen más peso para tener la enfermedad y, que cuanto más bajos sean los LR negativos, más nos ayudarán a descartar la enfermedad.



REFERENCIAS

- (1) Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee SO Circulation. Heart Disease and Stroke Statistics-2008 Update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. 2008; 117(4):e25.
- (2) OPS, Ministerio de Protección Social de Colombia, Instituto Nacional de Salud. Indicadores básicos. Situación de Salud en Colombia. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/indicadoresbasicosp.aspx>
- (3) Observatorio Nacional de Salud. Primer Informe ONS. Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011. Bogotá 2013.
- (4) Lee TH, Goldman L. Evaluation of the patient with acute chest pain. N Engl J Med 2000; 342 (16): 1187-1195.
- (5) Erhardt L, Herlitz J, Bossaert L, Halinen M, Keltai M, Koster R, et al. I Task force on the management of chest pain. Eur Heart J 2002; 23: 1153- 1176.
- (6) Uretsky B, Farquhar D, Berezin A y col. Symtomatic Myocardial Infarction Without Chest Pain. Prevalence and clinical course Am J: Cardiology 1077; 40:498-503.
- (7) Campeau L. Grading of angina pectoris. Circulation. 1976; 54:522-523.
- (8) Guías de práctica clínica basada en la evidencia. ISS-ASCOFAME.
- (9) Reichlin R, Hochholzer W, Bassetti S, Steuer S, Stelzig C, Hartwiger S et al. Early Diagnosis of Myocardial Infarction with Sensitive Cardiac Troponin Assays. New England Journal of Medicine. 2009; 361:858-67. doi: 10.1056/NEJMoa0900428.
- (10) Hamm CW, Bassand JP, Aquewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H et al. ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting Without Persistent ST-Segment Elevation: The Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes (ACS) in Patients Presenting Without Persistent ST-segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2011; 32(23):2999-3054. doi: 10.1093/eurheartj/ehr236.
- (11) Canto JG, Fincher C, Kiefe CI, Allison JJ, Li Q, Funkhouser E et al. Atypical Presentations Among Medicare Beneficiaries with Unstable Angina Pectoris. Am J Cardiol 2002; 90:248-253.
- (12) Thygesen K, Alpert J, Jaffe A, Simoons ML, Chaitman BR, White HD (The Writing Group on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction). Third Universal Definition of Myocardial Infarction. Circulation. 2012; 126:2020-2035; originally published online August 24, 2012; doi: 10.1161/CIR.0b013e31826e1058.
- (13) Fanaroff AC, Rymer JA, Goldstein SA, et al. Does this Patient with Chest Pain Have Acute Coronary Syndrome? The Rational Clinical Examination Systematic Review. JAMA. doi:10.1001/jama. 2015.12735.
- (14) Backus BE, Six J, Kelder JC, Mast TP, Akker F, Mast EG et al. Chest Pain in the Emergency Room. A Multicenter Validation of the HEART Score. Critical Pathways in Cardiology. 2010; 9(3).
- (15) Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F et al Authors/Task Force Members. ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-segment Elevation. European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal Advance Access published November 17, 2015.
- (16) Mahler SA, Riley RF, Hiestand BC, Russell GB, Hoekstra JW, Lefebvre CW, et al. The HEART Pathway Randomized Trial: Identifying Emergency Department Patients with Acute Chest Pain for Early Discharge. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2015; 8(2):195-203. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES. 114.001384.
- (17) Backus BE, Six AJ, Kelder JC, Bosschaert MAR, Mast EG, Mosterd A et al. A prospective validation of the HEART score for chest pain patients at the emergency Department. Int J Cardiol. 2013; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.01.255>
- (18) Six J, Cullen L, Backus BE, Greenslade J, Parsonage W, Aldous S et al. The HEART Score for the Assessment of Patients with Chest Pain in the Emergency Department. A Multinational Validation Study. Critical Pathways in Cardiology. 2013; 12(3).
- (19) GRACE Investigators. Prediction of Risk of Death and Myocardial Infarction in the Six Months after Presentation with Acute Coronary Syndrome: Prospective Multinational Observational Study. BMJ 2006; 333:1091. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38985.646481.55>.
- (20) GRACE Investigators. Rationale and design of the GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) Project: A Multinational Registry of Patients Hospitalized with Acute Coronary Syndromes. Am Heart J. 2001; 141(2):190-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11174331>.
- (21) Januzzi JL et al. Hs-TnT in chest pain using Cardiac CT. Circulation 2010; 121:1227-1234.
- (22) Thygesen K et al. Universal definition of Acute Myocardial Infarction. Circulation 2007; 116:2634-53.
- (23) Thygesen K et al. ESC Recommendations for troponin use. Eur Heart J. 2010; 3rd August.
- (24) Jacobs LH et al. Haemodialysis and hs-TnT. Ann Clin Biochem 2009; 46:283-290.
- (25) Jones G. High Sensivity Troponin T. Department of Chemical Pathology Disponible en: <http://www.sydpth.stvincents.com.au/tests/ChemFrames/TnT.htm>.

+++++



Salud Mental Comunitaria

TRASTORNO MENTAL EN EL CONTEXTO CARCELARIO Y PENITENCIARIO

Asiri Cuyay Nathalie Niño, Diana Carolina Díaz M, Luisa Fernanda Ramírez N*****



Artista: Carlos Mauricio Tibocho N.

RESUMEN

El presente artículo aborda inicialmente el concepto de salud mental visto desde la legislación colombiana. Luego menciona los trastornos mentales de mayor prevalencia en el país describiéndolos en forma breve y señalando la importancia que se le ha dado a este tópico en el contexto nacional. Posteriormente se explican los diferentes efectos del medio carcelario en la salud mental de los individuos aludiendo a diversas teorías que explican de manera clara esta afectación. Además se comenta la prevalencia de trastornos mentales en las personas privadas de la libertad haciendo mayor énfasis en el fenómeno del suicidio. Finalmente se hace referencia a la situación actual de la atención de la salud mental en las cárceles del país.

Palabras claves: Salud mental, trastornos mentales, prisiones, saneamiento de cárceles, servicios de salud mental, psicología.

ABSTRACT

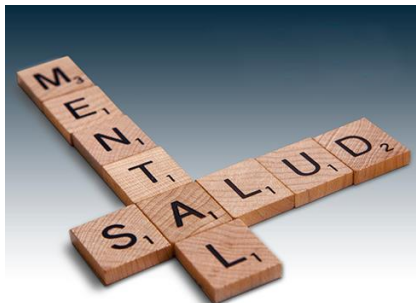
This article presents an approach to the concept of mental health viewed from the Colombian legislation. Mental disorders with major prevalence in the country are mentioned and briefly described likewise the importance that has been given to this topic in the national context. Then, the effects of imprisonment on population mental health are explained mentioning different theories related with this affectation. In addition, the prevalence of mental disorders in people deprived of freedom is commented highlighting the suicide's phenomenon. Finally, the current situation of the mental health services in prisons is mentioned.

Key Words: Mental health, mental disorders, prisons, prison sanitation, mental health services, psychology.

***** Estudiantes de Maestría en Salud Mental Comunitaria, Universidad El Bosque - naty02_21@hotmail.com



Salud mental



<http://3.bp.blogspot.com/-VfDh3Y-UmI/ViVxHta3yI/AAAAAAAFF8/US5h94QMVA/s1600/salud-mental-10-ect-salud-mental1.jpg>

En Colombia la Ley 1616 de 2013 define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (1).

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, por lo cual se considera parte integral de la salud pública (2).

Trastornos mentales

Actualmente no existe un indicador biológico para hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de las alteraciones en este campo y se acepta que los trastornos mentales son causados por una mezcla de múltiples factores como los biológicos, las experiencias vitales adversas y los factores

sociales, entre otros. Sin embargo, a nivel mundial se aceptan dos clasificaciones de trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10 y DSM-V) que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos (3).

El asunto de la identificación



El diagnóstico de trastorno mental, su tratamiento y pronóstico, dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones, considerados como signos y síntomas, atendiendo a diferentes aspectos tales como su duración, la coexistencia con otros trastornos, la intensidad y la afectación en la funcionalidad de quien los presenta (3).



Trastornos con mayor prevalencia en Colombia

Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en 2015 (3) muestran que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental de los examinados en población adulta es:

- De 9,1 %, para los últimos 12 meses (IC 95 %: 8,2-10,1).
- Para los últimos 30 días de 1,6 % (IC 95 %: 1,3-2,0).

Más en mujeres, pero...

Los trastornos mentales evaluados en los adultos son, en general, más frecuentes en mujeres que en hombres, excepto en los trastornos bipolares cuyas prevalencias en los hombres fueron superiores. De los trastornos mentales estudiados en adultos, los más prevalentes son los afectivos, cuya prevalencia de vida es del 6,7 % y en los últimos 12 meses es de 2,4 % (3).

El alcohol, un problema de alta prevalencia



http://www.vanguardia.com/sites/default/files/magcache/Noticia_600x400/foto_grandes_400x300_noticia/2012/12/17/web_j6033002_bg_tp.jpg

Por otra parte, se identifican problemas relacionados con el consumo de sustancias que, de alguna manera, pueden favorecer y precipitar la aparición de patologías mentales. Para el grupo de 18 a 44 años se tiene un consumo excesivo de alcohol del 21,8 %; lo hacen 3,2 veces más los hombres que las mujeres y, son bebedores de riesgo-abuso de alcohol, un 11 % y, lo hacen 1,8 veces más los hombres que las mujeres. Para la población de 45 años en adelante se tiene un consumo excesivo de alcohol del 12,3 %; los hombres consumen en exceso 6,6 veces más que las mujeres y, son bebedores de riesgo-abuso de alcohol, un 6,0 % y, los hombres lo hacen 3,2 veces más que las mujeres (3).

La evolución



<http://1.bp.blogspot.com/-Rqc2hinVhZk/VWRP9ysahqI/AAAAAAAAAPQ/nzMORPur1Z0/s1600/encuesta.jpg>

Las revisiones permiten algunas conclusiones como las siguientes:

- Que uno de cinco adultos presenta algún trastorno mental y que, en su evolución, podrá presentar más en el transcurso de su vida. La incidencia en el último año es de un 15 %.
- Que en los últimos 12 meses, 1 de cada 25 personas mayores de 18 años ha tenido un trastorno de salud mental tipo trastorno depresivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico o fobia social (3).



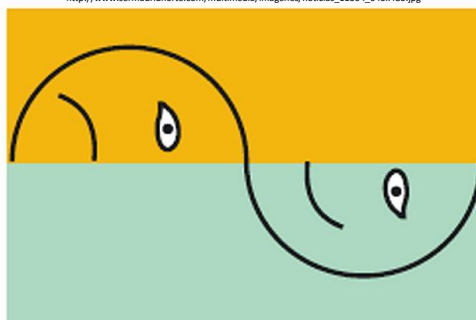
Trastorno depresivo

Los trastornos depresivos son un conjunto de cuadros clínicos en los que predomina el síntoma subjetivo de disminución del estado de ánimo (puede no ser manifiesto) y una disminución del interés. Se presentan en el transcurso de los trastornos del estado de ánimo uni o bipolares (afectivos), trastornos somáticos, trastornos de adaptación causados por

situaciones difíciles, intoxicaciones, efectos adversos a medicamentos y, otros trastornos psiquiátricos, tales como los trastornos esquizoafectivos, como la depresión post-psicótica, trastornos mixtos depresivos y de ansiedad y neurastenia o síndromes de abstinencia (4).

Trastorno afectivo bipolar

http://www.sermadidnorte.com/multimedia/imagenes/noticias_11364_640x480.jpg



El trastorno bipolar es también llamado trastorno afectivo bipolar (TAB) y, antiguamente, se le conocía como psicosis maníaco-depresiva (PMD). Es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del mismo estado de ánimo. Comúnmente esta situación toma mayor énfasis en momentos y/o situaciones de confrontamiento directo, las que hacen referencia a sus problemas personales y de salud; estas personas suelen ofuscarse ante críticas

constructivas. Los patrones de cambios del estado de ánimo pueden ser cíclicos, comenzando a menudo con una manía que termina en una depresión profunda. En ocasiones pueden predominar los episodios maníacos o los depresivos. Algunos de estos trastornos se denominan "de ciclado rápido" porque el estado de ánimo puede cambiar varias veces en un período muy breve de tiempo. Otras veces se presenta el llamado "estado mixto", en el que los pensamientos depresivos pueden aparecer en un episodio de manía o viceversa (5).

Trastorno de ansiedad generalizada

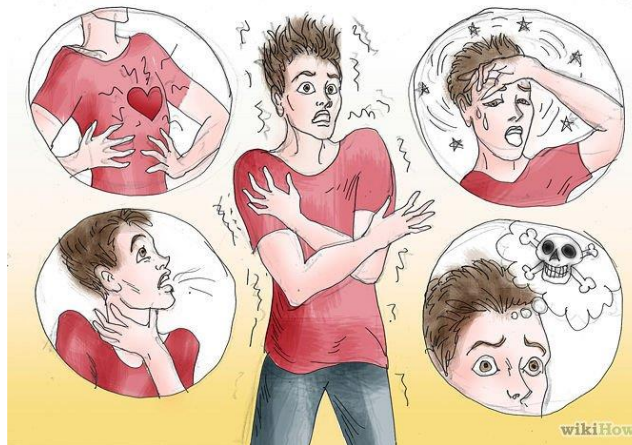


<http://www.estheraguirre.es/wp-content/uploads/2012/11/ansiedad-1600x1200.jpg>

Como su nombre lo indica, se refiere a la situación en la que el individuo experimenta una ansiedad constante y, a largo plazo, sin saber su causa. Estas personas tienen miedo de algo, pero son incapaces de explicar de qué se trata. Debido a su ansiedad no pueden desempeñarse en forma normal. No logran concentrarse, no pueden apartar sus temores y sus

vidas empiezan a girar en torno a la ansiedad. Esta forma de ansiedad puede, al final, producir problemas fisiológicos. Las personas que padecen trastorno de ansiedad generalizada pueden comenzar a sufrir dolores de cabeza, mareos, palpitaciones cardiacas o insomnio (6).

Trastorno de pánico



<https://k30.kn3.net/taringa/3/6/0/f/0/c/Anonguey2/353.jpg>

Es un trastorno psiquiátrico con manifestaciones físicas y psíquicas que consiste en la aparición, aparentemente sin causa, de dos o más crisis de pánico. Luego de sufrir las crisis, la persona teme en forma persistente que las mismas se repitan o que le provoquen consecuencias catastróficas, como volverse loco, perder el control o sufrir un infarto. Las personas con trastorno de pánico (TP) tienen sentimientos de

terror repentinos que se repiten en forma impredecible. En algunos casos, pueden describir el día y la hora en que ocurrió el primer ataque y recuerdan el lugar y hasta la ropa que usaban en ese momento. Por la intensidad de sus manifestaciones físicas suelen acudir primero a los consultorios médicos (7).

Fobia social



<http://depsicologia.com/wp-content/uploads/fobiasocial.jpg>

La **fobia social** es un trastorno de ansiedad que entre sus características presenta una intensa timidez, un miedo y ansiedad marcados y persistentes a enfrentar determinadas personas y miedo a las reuniones sociales, a la interacción con los demás o, simplemente, a ser observados en cualquier situación, hasta tal punto que lo dicho anteriormente influye directamente en la vida diaria de quien la padece (8).

Las personas afectadas son conscientes de que sus sensaciones son irracionales, pero, a pesar de esto, hacen lo posible para evitar enfrentarse a la situación temida pues suelen sufrir a consecuencia de la **ansiedad anticipatoria**; como consecuencia comienza una *conducta evitativa* de

cualquier situación social o encuentro público. Esta ansiedad anticipatoria empieza a presentarse antes de que ocurran los hechos temidos, es decir, las personas con fobia social comienzan a preocuparse y a sentir ansiedad ante la situación que les produce miedo mucho tiempo antes de tener que afrontarla, esto da como resultado que cuando se afronta la situación, esta es llevada a cabo en peores condiciones, porque el estado de nerviosismo y el miedo provoca un aumento de la ansiedad y, como resultado, esto dificultará el desempeño para una próxima vez que deba pasar por un momento parecido (8).

¿Por qué es importante la salud mental en Colombia?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica que “una buena salud mental permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentar las situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad”; en tanto que los problemas y trastornos mentales se asocian con una gran discapacidad y deterioro de la calidad de vida.



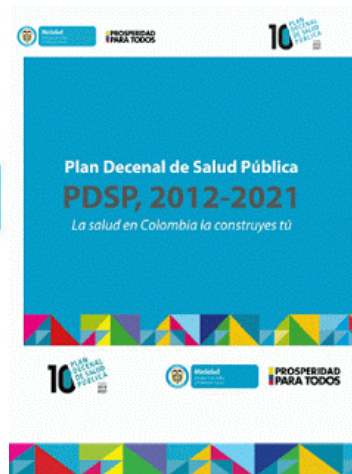
<http://new.paho.org/bulletins/images/stories/Bulletins/SaludMental/enefeb10/cover%20estrategia.jpg>



NACIONAL

Ley 1616 de 2013
Ley de Salud Mental

<http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2014/09/ley1616-2013-218x300.jpg>



<http://1.bp.blogspot.com/-jvbwJenuqol/Uak975ggT/AAAAAAAAApg/UBYrXmMPi7o/s320/Portada+Plan+Decenal+de+Salud+P%C3%BAblica+2012+-+2021.gif>

En Colombia, la salud mental es reconocida por el Estado como una prioridad en salud pública y prueba de ello lo constituye su inclusión en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 en la dimensión *Convivencia Social y Salud Mental*, así como la expedición de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley1616/2013) (3).

EFFECTOS DEL CONTEXTO CARCELARIO EN LA SALUD MENTAL



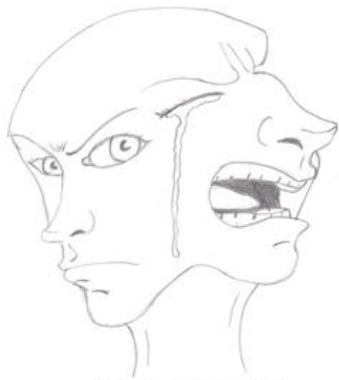
Artista: Carlos Mauricio Tibocho N.

Los individuos que se encuentran en un establecimiento de reclusión deben asumir diferentes cambios de conducta en su intento de asimilación del medio donde se encuentran, siendo asumida esta estancia de diferentes maneras. Dicho proceso es denominado prisionalización y utilizado por Donaldo Clemmer para referirse a la fase de adecuación al contexto carcelario, mencionando los diferentes cambios de conducta que deben asumir las personas en el intento de adaptación (9).

¿Adaptación?

Asimismo, otros teóricos complementan lo anteriormente citado señalando que este “código de conducta y de valores dan contenido a la subcultura carcelaria”, encaminando a los individuos a asumir diferentes roles que modifican las estructuras de su autoconcepto y autoestima, llevando a un desajuste en diferentes áreas (9), generando alteraciones cognitivas y emocionales.

También es de consideración que los procesos organizativos dados en los centros de reclusión generan espacios propicios para el surgimiento del trastorno mental y aumento de síntomas de quienes ingresan a reclusión con un diagnóstico; además de esto, la situación se agrava ante las dificultades para el reconocimiento de la patología mental y espacios inadecuados para la realización de la rehabilitación (10).



Artista: Carlos Mauricio Tibocha N.

El proceso de adaptación al contexto de privación de la libertad denota un alto grado de complejidad en el cual se presentan diversas manifestaciones a nivel de personalidad, emocional y conductual (11), generando en el individuo situaciones de estrés, tensión y pérdida de autonomía; en consecuencia se desencadenan alteraciones mentales que constituyen un problema de gran importancia para la salud (12). Diferentes autores señalan que una vida en reclusión prolongada puede generar diversos síntomas entre los cuales se tiene un empobrecimiento de las habilidades sociales, signos psicóticos que inciden de manera directa en el incremento de síntomas negativos a nivel emocional.

Lo cierto es que...

El medio penitenciario proporciona un entorno dañino para el bienestar mental de una persona (10). Las diferentes situaciones que vive en su interior originan la aparición de síntomas mentales o su exacerbación, puesto que, adicional al aislamiento social y familiar, se ven enfrentados a la estigmatización y discriminación (13). Se ha identificado también la asociación entre la presencia de trastornos mentales y el abuso de sustancias psicoactivas así como con el aumento en el riesgo de presentar conductas suicidas en comparación con la población general y, en un mayor porcentaje, cuando se trata de personas jóvenes (14).

Cárcel y salud mental



https://static.iris.net.co/semana/upload/images/2014/8/18/399584_165459_1.png

La OMS ha reportado específicamente cinco elementos que ocasionan efectos negativos en la salud mental de las personas que se encuentran en un contexto carcelario, entre las cuales están “el hacinamiento, las diferentes formas de violencia, la falta de privacidad, la falta de actividades significativas, y el aislamiento de redes sociales” (10).

Esta situación de las personas privadas de la libertad, que representan un grupo con alto grado de vulnerabilidad, generada en primera medida por la condición en la que se encuentran y, en segundo lugar, por la estigmatización de la cual son víctimas al padecer un trastorno psiquiátrico, es bastante compleja dado que se relaciona con múltiples elementos, como los mencionados en el párrafo anterior que dificultan su pronóstico y manejo (10).

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN EL CONTEXTO CARCELARIO

Los trastornos mentales en Colombia presentan una alta incidencia. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental, Colombia 2015 (3), “10 de cada 100 adultos de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes tienen algún problema que sugiere la presencia de una enfermedad mental” (15), que acarrea un alto costo a nivel económico, además de las implicaciones a nivel personal, familiar y social que supone.



La cárcel aumenta el riesgo



http://1.bp.blogspot.com/-9Ct8QAtL6j0/US3r19g_Zi/AAAAAAAAAEYK/48GKYS_UBs/s1600/carcel.jpg

Esta situación se agrava al ponerla en el contexto carcelario pues, según la OMS, se estima que la ocurrencia de trastornos psiquiátricos es siete veces mayor en las personas que se encuentran privadas de la libertad que en la población general (13), siendo en su mayoría trastornos del afecto (14).

Dentro de los trastornos mentales de mayor incidencia, estudios españoles señalan que “el 25 % de la población de presos preventivos, presenta de cuatro o cinco trastornos psiquiátricos comórbidos” (16), identificando en grupos

específicos de reclusos una alta prevalencia de trastornos de personalidad con abuso o dependencia de alcohol y drogas, asimismo, se encuentran altos niveles de depresión mayor, trastornos de ansiedad, episodios maniacos, esquizofrenia y, en establecimientos de reclusión de mujeres, se presenta una alta incidencia de estrés postraumático (12). Estos trastornos tienen influencia en diversas conductas de riesgo como actos impulsivos, comportamientos disruptivos y aumento de eventos violentos entre reclusos, situaciones que se presentan de manera frecuente en dichos establecimientos (17).

Colombia



https://successandthoughts.eu/s/cc_images/teaserbox_602982.PNG?t=1482412005

En el caso colombiano la mayoría de los estudios establecen que alrededor del 68 % de la población reclusa presenta algún tipo de trastorno mental. De este porcentaje, el 23 % corresponde a depresión, el 22 % a ansiedad, el 5 % a psicosis y, el 54 %, a alcoholismo (14). Los estudios revisados hacen mayor énfasis en los trastornos de depresión articulados con sentimientos de desesperanza y su influencia en el aumento

de la tasa de suicidios. Diferentes estudios de la OMS resaltan el aumento de las cifras de suicidio, situación que se agrava en el contexto de reclusión ya que, “por cada suicidio en la calle, acaecen 17 en las prisiones” (18). Asimismo en este contexto, se encuentra correlación con conductas autolesivas como mecanismos para llamar la atención (11).

Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia

Characteristics of suicidal behavior in Colombian prisons

Características do comportamento suicida nas prisões da Colômbia

Revista Colombiana de Psicología, 2016, 47(1), 83-91. DOI: 10.15446/rco.4000

Richard Lora-Castillo

Investigador principal, Instituto Colombiano de Psiquiatría y Psicología Judicial, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: rloracast@unal.edu.co

Mariamela Lázaro-Bricio

Investigadora principal, Instituto Colombiano de Psiquiatría y Psicología Judicial, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: mlazarob@unal.edu.co

Sandra Vargas-Cabrera

Investigadora principal, Instituto Colombiano de Psiquiatría y Psicología Judicial, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: svargas@unal.edu.co

Kelly Rangel-Varela

Investigadora principal, Instituto Colombiano de Psiquiatría y Psicología Judicial, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: krangel@unal.edu.co

Palabras clave: suicidio, fenómeno del suicidio, prisión, cárcel, Colombia, R. Lora-Castillo, M. Lázaro-Bricio, S. Vargas-Cabrera, K. Rangel-Varela, E. CEPES, Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia, Rev. Colomb. Psicología, 47(1), 83-91.

RESUMEN

Objetivo. El estudio de tipo descriptivo correlacional, buscó establecer cuáles de los variables de tiempo, estado y lugar, propias del contexto penitenciario y carcelario, aparecen con mayor frecuencia en los suicidios que se reportan institucionalmente como perpetraciones de suicidio, intención de suicidio o suicidio consumado, en las cárceles y centros de detención de hombres, Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia (INPEC), durante el primer trimestre del 2015. **Método.** Se realizó una investigación correlacional por encuestas, de los suales del INPEC (Nariño) y el ITC (Tuluá), con una edad promedio de 34,95 años y una duración estándar de 3,65 años. **Resultados.** A través de un formato de auto-reporte del INPEC y mediante el software estadístico "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS), se

afirmó que el intento de suicidio, con un 76,7 %, es la conducta que con mayor frecuencia se presenta. Asimismo, a través de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) se estableció la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre el tipo de conductas suicidas y el género, el género y el estado civil, el lugar del suceso y el tipo de conductas suicidas. Finalmente, la etapa inicial del encamamento es el tipo de lugar más común a cinco meses en la aparición de conductas suicidas (47,7%), lo que podría evidenciar a partir del desahucio al ingreso y momento que fragmenta la red social del interno, el suceso o sus relaciones con personas e instituciones, donde hay ausencia de comunicación, apoyo, y se evidencia el estado mental y bienestar psicológico (DAS, 2006).

PALABRAS CLAVE

Prisión, Instituciones carcelarias, suicidio, psicología, personal penitenciario, Suicido, Fenómeno del suicidio, Colombia, E-CEPES.

ISSN 0014-0139. Rev. Colomb. Psicología, 47(1), 83-91. Bogotá, D.C., Colombia. | 83

El fenómeno del suicidio en el contexto carcelario ha sido ampliamente estudiado en diferentes estudios colombianos destacándose Ruiz et al (11) y Mojica et al (16), quienes relacionan el aumento de las tasas de suicidio en dicho contexto, destacando los factores institucionales, personales, tiempo de condena y ausencia de redes de apoyo como los factores con mayor incidencia en el aumento de las tasas de suicidio (18).

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LAS CÁRCELES DEL PAÍS

Respecto a los servicios médicos y atención en salud mental, se ha identificado, con el pasar del tiempo un aumento de la población en los establecimientos penitenciarios, así como en la incidencia de trastornos mentales en toda la población que han generado una sobredemanda de los servicios de atención, lo que ocasiona, en primer lugar, una disminución en la oportunidad de atención (19).



http://www.barranquilla.gov.co/salud/images/phocagallery/jornadaintervencionSaludMentalCarcel/thumbs/phoca_thumb_1_img_1949.jp

Como es establecido por las Naciones Unidas, todas las personas, sin importar la condición en la que se encuentren, tienen derecho a tener una adecuada salud física y mental, por lo cual las prisiones deben contar con servicio psiquiátrico para diagnosticar y tratar trastornos mentales y, los reclusos que cursen con ellos, deberán ser trasladados a centros de atención para enfermos mentales y, hasta que esto sea posible, deberán estar en continua vigilancia por el personal

médico (20). En la actualidad, por medio del Decreto de ley 4150 de 2011 se crea la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), cuya función es la administración de recursos para la prestación de servicios de salud e infraestructura y logística a cargo del INPEC y, en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, diseña el modelo de atención en especial en salud para la población reclusa (21).

Lo cierto es que...



https://www.elheraldo.co/sites/default/files/styles/width_860/public/articulo/2015/11/19/carcel_en_colombia.jpg?itok=X0buPdWwM

El país se encuentra sumido en una fuerte crisis carcelaria que es aducida no solo a las condiciones de infraestructura de las cárceles y falta de las mismas, sino a la actual legislación, que no muestra celeridad en los procesos, además del alto nivel de impunidad que tiene. Esta crisis no es un proceso coyuntural sino, más bien, estructural. La bibliografía revisada brinda un amplio panorama frente a cómo esta situación ha sido constante y sin soluciones perdurables (22).

Asimismo, diferentes informes mencionan que la crisis del sistema penal colombiano se debe a una débil política criminal, que no es garante de los derechos humanos y su principal objetivo es el endurecimiento de las penas (19).

Específicamente en Colombia los centros penitenciarios y carcelarios tienen situaciones particulares tales como el hacinamiento, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, el deterioro en sus instalaciones y las precarias condiciones de salubridad que facilitan adquirir y transmitir diferentes enfermedades (23).



Artista: Carlos Mauricio Tibocha N.

Sumado a lo anterior, este informe revela que la cifra de personas reclusas en centros carcelarios supera la capacidad de los mismos en 76 519 cupos, lo equivale a un índice de hacinamiento del 53,3 %, situación que ha sido abordada por varios entes nacionales sin soluciones que se adapten a las realidades complejas de esta población, puesto que, según datos del mismo estudio, esta condición se ha dado a lo largo de la historia ya que “la oferta de cupos siempre ha superado la demanda” (25).

Frente a lo expuesto anteriormente, es evidente que el tema de las cárceles en Colombia es álgido debido a las difíciles condiciones de vida que tienen las personas que se encuentran reclusas en dichos lugares, constantes “violaciones a los Derechos Humanos y un sistema judicial al borde del colapso, que no ofrece ningún tipo de garantías para sus afectados” (24). Actualmente el tema que más preocupa a las autoridades y entidades defensoras de los derechos humanos es el hacinamiento, que aumenta de manera alarmante en las diferentes cárceles del país.

Según datos del último estudio del INPEC 2014, “en Colombia para el mes de mayo de 2014, se registraron 155.969 personas privadas de la libertad, de las cuales 117.311 están reclusas en establecimientos carcelarios y penitenciarios a nivel nacional”; el restante cuenta con detención domiciliaria y seguimiento electrónico (25).

Además del hacinamiento, el contexto carcelario en Colombia presenta diversas características que, de una u otra forma, lo convierten en un medio negativo para la salud mental de quienes se encuentran privados de la libertad. Muchas de las condiciones que se dan al interior de estos centros hacen a estas personas más propensas a sufrir algún tipo de trastorno mental que el resto de la población. La defensa de los derechos humanos adquiere gran relevancia ya que es un lugar donde se presentan todo tipo de arbitrariedades y poco respeto a los derechos humanos. Para el caso de Colombia, como lo menciona la Defensoría del Pueblo, en el año 2010 (26) las cárceles solo se encargaban de la recepción de las personas que cometieron algún delito, sin garantizar sus derechos fundamentales (17).

Dicha situación no es congruente con lo estipulado en la Constitución Política de Colombia, la cual establece que toda persona que se encuentre reclusa en un centro penitenciario debe ser tratada humanamente, con respeto y dignidad, elementos inherentes a todo ser humano (27). Se ha evidenciado que la violación de los derechos humanos se incrementa, no solo por las condiciones del medio penitenciario, sino, además, “por la dilatación de los procesos carcelarios” (17).



<http://media.diariolasamericas.com/adjuntos/216/imagenes/000/977/0000977847.jpg>

En la actualidad, Colombia tiene una prevalencia importante de trastornos mentales en la población general. Como se ha documentado en el mismo medio penitenciario, dadas las condiciones especiales de privación de libertad, hacinamiento y cambios sociales, se han aumentado las tasas de trastornos mentales nuevos o agudizaciones de síntomas negativos en personas con historia de dichas patologías. En adición a las enfermedades en el medio carcelario, se evidencia un alto porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas que agrava tal situación.

Dichas condiciones especiales, según lo reportado por distintas entidades nacionales, han limitado la adecuada atención en salud, incluida la salud mental, de las personas en condición de reclusión, llevando a obstaculizar la adecuada resocialización de los individuos.

Sumado a lo anterior, el país se encuentra en un período de transición en lo que a salud mental se refiere, marcado por la implementación de la Ley 1616 de Salud Mental de 2013, con la que se espera que, bajo la directriz del Ministerio de

Salud y Protección Social, se implementen mejoras en los programas de atención en salud mental al interior de las IPS y establecimientos de reclusión a nivel nacional. Adicional a ello, desde el año 2015 con la adjudicación al USPEC de la contratación de prestadores externos de servicios de salud, se espera optimizar la administración de los recursos para la atención en salud mental y suministro de medicamentos en los establecimientos penitenciarios, así como las mejoras de infraestructura para ofrecer ambientes más adecuados a las necesidades de los reclusos y disminución de la tasa de hacinamiento.

Por lo anterior, es primordial realizar un estudio a fondo de la situación no solo de la condición actual de la salud mental en las cárceles realizando perfiles epidemiológicos, sino también el hacer un análisis de las condiciones al interior de los centros de reclusión que conlleven al deterioro de la salud mental de quienes en ellos se encuentran, de los que padecen trastornos mentales o de aquellas situaciones que favorezcan la aparición de los mismos.

CONCLUSIONES



<https://exbk.files.wordpress.com/2009/12/carcel-mental.jpg>

Se deben continuar los esfuerzos por mejorar las condiciones al interior de las prisiones que mitiguen los efectos negativos de la privación de la libertad sobre la salud mental de los reclusos y garantizar la prestación de un servicio de salud mental de calidad en relación con mejorar el tratamiento y la rehabilitación de las personas con diagnóstico de trastorno mental y de los consumidores de sustancias psicoactivas en condición de reclusión.

Igualmente es importante establecer y conservar un enfoque de rehabilitación y resocialización en los centros penitenciarios a nivel nacional con el fin de favorecer la inclusión social de individuos funcionales y aportantes a la sociedad al momento de la salida de la cárcel.

REFERENCIAS

- (1) Presidencia de la Republica [Internet]. Ley de Salud Mental 1616 de 2013 [consultado 7 de enero de 2017]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Salud Mental: un estado de bienestar 2007. Diciembre de 2013. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- (3) Minsalud. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Resumen ejecutivo agosto 19 2015 [consultado 06 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- (4) Calvo JM, Jaramillo LE. Detección del trastorno depresivo mayor atención primaria. Una revisión [Internet]. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. 2015; 63(3). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/46424/52409>
- (5) González A. Trastorno bipolar: El enemigo invisible. Manual de tratamiento psicológico. Biblioteca de psicología, Enero 2011.
- (6) Arranz B. Trastorno de ansiedad generalizada. Revista de psiquiatría. 2014; 21(1).
- (7) Instituto de Neurología Cognitiva INECO [Internet]. Trastorno de pánico [consultado 7 de enero de 2017]. Disponible en: www.ineco.org.ar/es/trastorno-de-panico
- (8) Caballo I, Irurtia M, Olivares P, Olivares J. Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los trastornos de personalidad. Psicología Conductual. 2014; 22(3): 401-422.
- (9) Uribe A, Martínez J, López K. Depresión y ansiedad estado/rasgo en internos adscritos al "programa de inducción al tratamiento penitenciario" en Bucaramanga, Colombia. Rev. Criminalidad. 2012; 54(2): 47-60.
- (10) Arroyo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. Revista Española de Sanidad Penitenciaria España. 2011; 13(3).
- (11) Ruiz J, Gómez I, Landazábal M, Morales S, Sánchez V, Páez D. Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: Un estudio exploratorio en cinco centro penales en Bogotá. Rev. Colombiana de Psiquiatría. 2002; 11: 99-114.
- (12) Benavides M, Beitia P. Enfermedad Mental en reclusos en la Penitenciaría Nacional de Palmira: enfoque desde la atención primaria. Palmira, Colombia. Rev. Ciencia & Salud. 2012; 1(1): 51-57.
- (13) Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Manual sobre reclusos con necesidades especiales. Panamá 2011 p 9 -39.
- (14) Fraser A, Gatherer A., Hayton P., Mental health in prisons: great difficulties but are there opportunities. Public Health, Reino Unido, 2009, 123, 410-414.
- (15) Posada JA. La salud mental en Colombia. Instituto Nacional de Salud. Colombia. Diciembre, 2013; 33(4).
- (16) Mojica C, Sáenz D, Rey C. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. Rev. Colombiana de Psiquiatría. 2009; 38(2): 681-692.
- (17) López R, Lafuente O, García JL. Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2007; 9(2): 28-40.
- (18) Larrotta CR, Luzardo BM, Vargas CS, Rangel NK. Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. Revista Criminalidad. 2014; 56(1): 83-95.
- (19) Comisión Asesora de Política Criminal. Diagnóstico y propuesta de lineamientos de política criminal para el Estado colombiano. Colombia 2012. P 16-27
- (20) Naciones Unidas. Derechos humanos y las prisiones. Estados Unidos de América y Suiza. 2005 (1): 6-9. Disponible en <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training11Add2sp.pdf>.
- (21) INPEC. Manual técnico para la prestación de servicios de salud Capreom-INPEC. Bogotá, 2011 Disponible en <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/ServiciosDeInformacionAlCiudadano/Convocatorias/MANUAL%20TECNICO%20PARA%20LA%20PRESTACION%20DE%20SERVICIOS%20DE%20ACTIVIDADES%20DE%20SERVICIO.pdf>
- (22) López SM. La dignidad humana frente a las condiciones de reclusión de los internos de la penitenciaría. Colombia. Revista Tunja. 2006; 4 (4).
- (23) Hernández J, Mejía L. Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2010; 28(2).
- (24) Mahecha J, Gutiérrez J. El hacinamiento en las cárceles de Colombia. Análisis de tres consecuencias e impactos que genera en los reclusos. Trabajo de Posgrado. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá 2014.
- (25) INPEC. Informe estadístico mayo 2014. Bogotá, Junio 2014. Disponible en: http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC_CONTENTIDO/NOTICIAS%20Y%20NORMATIVIDAD/ESTADISTICAS/INFORMES_ESTADISTICOS/INFORME%20MAYO%202014.pdf.
- (26) Defensoría del Pueblo. Situación de los enfermos con enfermedad mental sobrevenida en los establecimientos de reclusión del país. Bogotá, Colombia. 2010; 1 (1): 24-25
- (27) Constitución política de Colombia. Bogotá, Colombia. 1991.





Sobre Medicamentos

PRIMUM NON NOCERE

Jairo Echeverry Raad^{§§§§§§}

"Lo primero no hacer daño", es la máxima que reza en el juramento profesional y que ha acompañado el acto médico desde que fuese pronunciada por Hipócrates (eso se cree).



RESEARCH ARTICLE

The Prevalence of High-Risk HPV Types and Factors Determining Infection in Female Colombian Adolescents

Luisa Del Río-Ospina^{1,2}, Sara Cecilia Soto-De León^{1,3}, Milena Camargo^{1,4}, Ricardo Sánchez^{1,5}, Cindy Lizeth Mancilla¹, Manuel Elkin Patarroyo^{1,2}, Manuel Alfonso Patarroyo^{1,5}

1 Molecular Biology and Immunology Department, Fundación Instituto de Inmunología de Colombia (FIDIC), Bogotá D.C., Colombia, 2 School of Medicine, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia, 3 Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA), Bogotá D.C., Colombia, 4 PhD Programme in Biomedical and Biological Sciences, Universidad del Rosario, Bogotá D.C., Colombia, 5 School of Medicine and Health Sciences, Universidad del Rosario, Bogotá D.C., Colombia



Abstract

This study reports six HR-HPV types' infection prevalence discriminated by species and multiple infection in unvaccinated Colombian female adolescents, as well as some factors modulating the risk of infection. HPV DNA for six high-risk viral types was identified in cervical samples taken from 2,134 12–19 year-old females using conventional generic and type-specific PCR. Binomial logistical regression analysis was used for modelling HR-HPV infection and multiple infection risk. The interaction between variables in a stepwise model was also included in such analysis. Viral DNA was detected in 48.97% of the females; 28.52% of them had multiple infections, HPV-16 being the most frequently occurring type (37.44%). Cytological abnormality prevalence was 15.61%. Being over 16 years-old (1.66: 1.01–2.71 95%CI), white ethnicity (4.40: 1.16–16.73 95%CI), having had 3 or more sexual partners (1.77: 1.11–2.81 95%CI) and prior sexually-transmitted infections (STI) (1.65: 1.17–2.32 95%CI) were associated with a greater risk of HPV infection. Having given birth was related to a higher risk of infection by A7 species and antecedent of abortion to less risk of coinfection. Where the females in this study came from also influenced the risk of infection by A7 species as female adolescents from the Andean region had a lower risk of infection (0.42: 0.18–0.99 95%CI). The presence of factors related to risky sexual behaviour in the study population indicated that public health services should pay special attention to female adolescents to modify the risk of infection by high-risk HPV types and decrease their impact on this age group.

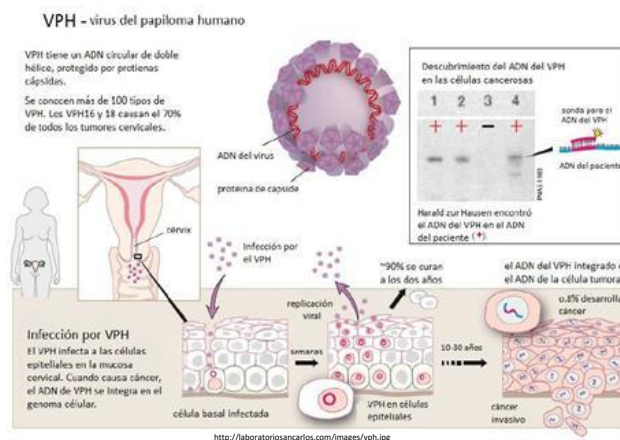
Un artículo reciente (1) de un grupo de colegas colombianos exploró la **prevalencia** de los virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo o sea causa-necesaria (pero no suficiente) para cáncer de cuello uterino (High Risk HPV) así como los **factores de riesgo asociados** a dicha prevalencia, en adolescentes colombianas de 12 a 19 años no vacunadas contra el VPH, entre 2007 y 2012.

Aunque la muestra es por conveniencia, por tanto no aleatoria, sí es representativa de cuatro regiones -19 municipios del país - y de un tamaño (más de 2200 adolescentes) adecuado.

§§§§§§ Profesor titular. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia- jairo.echeverry@juanncorpas.edu.co



Hallazgos



Los resultados son tan sorprendentes como alarmantes por sus implicaciones. **Una prevalencia del 48,8%** de infección con HPV de alto riesgo oncogénico (tipos 16 y 18), incluso aparecida desde los **12 años de edad** y con un incremento inusitado desde los **16 años en adelante**, como lo reporta el artículo referido, es un asunto muy preocupante en términos de salud pública para las mujeres, especialmente las más pobres y vulnerables de nuestro país.

También lo es el que los factores de riesgo identificados en el estudio como tener más de 16 años, ser de raza blanca,

haber tenido más de tres parejas sexuales previas y haber tenido una enfermedad de transmisión sexual (ETS) previa, son trillados y conocidos factores no solo para infección por VPH sino para otras ETS incluido el VIH y el embarazo no deseado.

El efecto neto más grave y profundo de todo lo anterior, especialmente el embarazo no deseado en adolescentes, es que este hecho trascendente en la vida afecta el desarrollo y ahonda la subsecuente pobreza para la adolescente embarazada, su progenie y su familia.

El análisis

Por otro lado, hablando en términos de prevención de la infección por VPH y, asumiendo que la eficacia de la vacuna para evitar primoinfección por serotipos prevalentes de alto riesgo es del orden del 41 % (reducción relativa del riesgo

0,41, OR=0,59) (2), **para evitar un caso** de primoinfección por VPH del alto riesgo, se necesitaría vacunar a tan solo **cinco adolescentes** susceptibles colombianas (con una prevalencia acumulada del 49%) (1).

El concepto

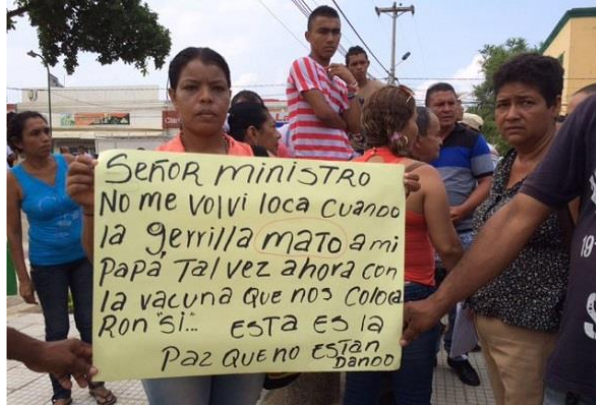
Esta cifra es conocida en el mundo de la investigación clínica como **NNT, NNV** o **Número Necesario a Vacunar para obtener un beneficio clínico** en adolescentes colombianas.

Muy importante para tomar decisiones



De manera paralela, los efectos adversos o indeseables de la vacuna para el VPH que se distribuye y aplica actualmente, son realmente escasos y relativamente triviales en los reportes con seguimiento a mediano plazo (cinco años) y en cohortes pequeñas de los ensayos clínicos iniciales, aspecto que no permite establecer el **Número Necesario a vacunar para producir un daño grave** equivalente al beneficio perseguido (Number Needed to Harm - NNH, NNVD o NNVDG).

El asunto



<http://www.periodismosinfronteras.org/wp-content/uploads/2014/09/PAPILOMA4.jpg>

Particularmente no hay suficiente seguimiento para establecer si se reduce significativamente el cáncer de cuello uterino en las adultas que fueron vacunadas cuando eran niñas, así como tampoco si los reportes de extraños cuadros neuropsiquiátricos e inmunes que vemos en los medios de comunicación por estos lares y en la redes sociales de niñas

vacunadas contra VPH, son causalmente relacionados con dicha vacunación. Hablando de los principales y potenciales beneficios y riesgos de la vacuna VPH, ¿qué sería preferible padecer, un cáncer de cuello uterino o una enfermedad neuroinmunológica degenerativa?

Entonces...

Bajo el axioma hipocrático que encabezó esta reflexión, **siempre** debe aparecer el **NNT** o **NNV** de una intervención **antes** de la aparición del NND o un daño por efecto de ella, especialmente si la "calidad" del beneficio y el riesgo están a un mismo nivel competitivo y, en términos de la técnica de decisión en salud, cuanto más distante estén el NNT del NNH entre sí, es más factible que una intervención, en este caso una vacuna, sea introducida o continuada como medida eficaz y "segura".

Comparar para entender



<https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/736x/b7/5d/06/b75d069abb7752201a63b856306e850.jpg>

Para tener una idea, el NNT o NNV de la famosa *vacuna del polio* tipo Salk, establecida a través del primer megaensayo clínico controlado con asignación aleatoria (3) que conociera la Medicina moderna, y promulgado el 12 de abril de 1955, fue de **3348**, o sea, que es y era necesario vacunar a **3348** niños, con las tres dosis intramusculares de polio virus, para evitar un caso de polio clínico.

Solo casi 40 años después y billones de dosis aplicadas se pudo establecer que el más temible efecto adverso no detectado en los ensayos clínicos iniciales es la generación, por la misma vacuna, de **polio vacunal**, que además es más grave que el polio salvaje en su expresión y secuelas y que, paradójicamente, isolo afecta a niños no susceptibles a la infección por polio salvaje!

Conspicuamente la mayoría de las vacunas han seguido esta ruta epidemiológica de mostrar sus verdaderos efectos benéficos y deletéreos tras miles de aplicaciones y tiempo de observación en el campo, como, por ejemplo, la invaginación intestinal tras dos semanas posteriores a la aplicación de la primera generación pentavalente de vacuna contra el *rotavirus* que, incluso, obligó a retirar el producto por recomendación del Center for Disease Control CDC de los Estados Unidos (4).

Volviendo a la vacuna del polio, solo estos billones de dosis y años de aplicación permitieron establecer que era necesario vacunar a cerca de 100 000 niños para ocasionar un polio (NNVD=100 000).

De esta información se construye la famosa *razón de daño-ayuda* (RDA), que en este caso quedaría $100\,000/3.348=30$ aproximadamente, es decir, se evitan treinta casos de polio por cada uno que se produce.

Esta razón parece ser justa y meritoria, al menos para los que tomaron las decisiones políticas en salud de seguir adelante con la vacunación masiva y no retirarla del mercado como si sucedió con la primera generación de vacunas para el rotavirus. No sobra decir que, en la medida en que ese 100 000 se acerque a 3348, la decisión sobre vacunación masiva se afectaría y quedaría restringida a aquellos individuos con más factores de riesgo para infección por polio.



<http://eigr.es/wp-content/uploads/2017/02/vacuna-vph-mujeres-300x200.jpg>

En este sentido, mientras llega información sobre el verdadero NND de la vacuna VPH, si es que verdaderamente lo hay, y se clarifica la eficacia protectora, no para la primo infección por VPH porque esta ya ha sido demostrada, sino para la reducción en la tasa de cáncer de cérvix, y si las niñas susceptibles no se quieren o pueden vacunar en Colombia, será necesario insistir en el sentido de la educación sexual o, al menos, de la educación *genital* para la reducción del riesgo (educación, abstinencia, preservativo, etc.) como medidas preventivas de las ETS, la infecciones por virus como el VPH y el VIH y las gestaciones no deseadas.

Referencias

- (1) Del Río L, Soto SC, Camargo M, Sánchez R, Mancilla CL, Patarroyo ME, et al. The Prevalence of High-Risk HPV Types and Factors Determining Infection in Female Colombian Adolescents. PLoS ONE. 2016; 11(11): e0166502. doi:10.1371/journal.pone.0166502
- (2) Pimenta J, Borges I. Efficacy of the Vaccines against Human Papillomavirus in Women Older than 24 Years in the Cervix Cancer Prevention. Acta Med Port. 2016; 29(6): 401-408. doi: 10.20344/amp.7095. Epub 2016 Jun 30.
- (3) Francis T. Evaluation of the 1954 Poliomyelitis Vaccine Field Trial further Studies of Results Determining the Effectiveness of Poliomyelitis Vaccine (Salk) in Preventing Paralytic Poliomyelitis. JAMA. 1955; 158(14):1266-1270. doi:10.1001/jama.1955.02960140028004
- (4) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Withdrawal of Rotavirus Vaccine Recommendation. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1999; 48:1007.



Un nuevo informe presenta casi 100 conclusiones sobre los efectos para la salud de la marihuana y los productos derivados del cannabis

The National Academy of Sciences, Engineering and Medicine
Informe de Prensa, 12 de enero de 2017

http://www8.nationalacademies.org/onpinews/newsitem.aspx?RecordID=24625&_ga=1.232139931.524626704.1484279064
Traducido por Salud y Fármacos



http://www.lamarihuana.com/wp-content/uploads/2011/07/portapapeles01mariaa_11.jpg

Afirma el resumen que la marihuana ha entrado con fuerza en el mundo de la Medicina; sin embargo, aún su uso con mucho es más recreativo que medicinal (90 % a 10 %). Este comité se encargó de hacer una exhaustiva revisión y nos presentan sus conclusiones.

Cifras importantes



<http://www.eltiempo.com/contenido///mundo/ee-uu-y-canada/IMAGEN/IMAGEN-16394011-2.png>

Calculan que cerca de 22 millones de estadounidenses la han usado con fines recreativos en los últimos 30 días. Alertan por el incremento en el número de consumidores recreativos del 6,2 % (2002) al 8,3 % (2015).



Efectos terapéuticos



<https://sensiseeds.com/blog/wp-content/uploads/2014/11/Cannabis-and-cancer-1.jpg>

Se ha usado de forma empírica en casos de dolor crónico reduciéndolo de forma significativa. En los espasmos musculares de la esclerosis múltiple ha demostrado, por vía oral, buenos resultados. Igual ha sucedido para el manejo de las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia.

¡Cuidado!



<http://cdm.tn.com.ar/sites/default/files/styles/1366x765/public/2016/05/18/marihuanaalvolante-tana.jpg>



http://www.vanguardia.com/sites/default/files/magacache/Noticia_600x400/foto_grandes_400x300_noticia/2016/12/07/web_120510026_bir_cc.jpg

Existe evidencia de aumento de riesgo de accidentes y, donde su uso recreacional está autorizado, son más frecuentes las intoxicaciones accidentales de niños (en los lugares casi se ven tres veces más incidentes de este tipo que donde están proscrita).

Cáncer

No se encontró evidencia de que fumar marihuana aumente el riesgo de padecer de cáncer (los asociados con fumar tabaco). El consumo de los padres no conlleva a riesgo de cáncer en los hijos.

Riesgo cardiovascular, enfermedad respiratoria e inmunidad

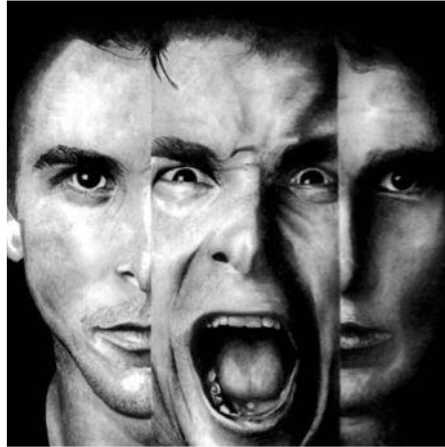
Consideran que aún no existe evidencia concluyente en sentido cardiovascular, aunque se debe indagar más si se relaciona con ataques al corazón. Fumar de manera regular se relaciona con irritación bronquial (tos y flemas) pero, al dejar de fumar, desaparecen tales manifestaciones. El comité

no pudo concluir si fumar marihuana se relaciona con EPOC o asma.

No existe aún evidencia de efectos de los cannabinoides en el sistema inmunológico. Existe algún grado de evidencia (aún limitada) de efectos antiinflamatorios.



Salud mental



<http://www.marihuana-medical.com/wp-content/uploads/2014/03/esquizofrenia.jpg>

La evidencia relaciona el uso de la marihuana con enfermedades mentales tales como la esquizofrenia, la ansiedad social y la depresión.

¿Paradojas?

Asimismo, se ha visto que en personas con esquizofrenia y otras psicosis, el consumo de la marihuana puede asociarse a un mejor aprendizaje y de memoria.

Lo grandes consumidores que tienen enfermedad bipolar son más propensos a tener pensamientos suicidas y a un aumento de los síntomas que los que no consumen.

La frecuencia y los problemas

El uso más frecuente de cannabis conlleva a un **uso más problemático** entendido como aquel consumo que está generando problemas al propio consumidor o a su entorno y dentro de estos problemas incluiríamos los problemas de

salud física, psíquica, problemas sociales e incluso conductas de riesgo que pueden poner en peligro la vida o la salud del consumidor. Por eso, el uso a edades más tempranas se acompaña de mayor frecuencia de uso problemático.

Se sabe y se confirma que...



<http://hospitalafranciscodesis.org/wp-content/uploads/2016/03/imagenes.jpg>

Luego del consumo el aprendizaje, la memoria y la atención se alteran. No se tiene evidencia de si luego del consumo frecuente persisten las alteraciones en estos aspectos

(secuelas). Claramente se relaciona su consumo con fracaso escolar. Encontraron pruebas limitadas del consumo con tasas de desempleo y bajos ingresos.



¿Otras sustancias?

Existen pruebas (aún limitadas) de su relación con el aumento de consumo de cigarrillos. Existe evidencia moderada de la relación entre consumo de cannabis y el de otras sustancias psicoactivas

En torno a las embarazadas

Se relaciona con bajo peso al nacer, pero reconocen que aún no existe evidencia clara de asociaciones entre cannabis y embarazo.

Una gran conclusión

CONSUMO DE MARIHUANA
La legalización en el mundo

Algunos países permiten el consumo de la también llamada "macoña" o "hierba" con fines medicinales o recreativos, gracias a las reformas en sus legislaciones. Conoce los principales sitios donde su uso es legal.

Holanda
Existe una política de tolerancia que norma los "Coffe Shops", espacios en los que se vende y compra marihuana de manera legal desde 1979.

Portugal
Abolió el concepto de delito, sustituyéndolo por una sanción administrativa, con un límite de posesión y consumo.

Estados Unidos
En 24 estados se permite su uso medicinal. Alaska, Colorado y Washington aprobaron un referéndum que permite la distribución de hierba de uso recreativo.

Uruguay
Se promulgó la Ley 19.172 que regula la producción, venta y consumo de cannabis, con un plan integral de educación y prevención.

Colombia
Se aprobó una norma que permite la posesión de uso personal. El consumo no está penalizado, pero lo prohíben en circunstancias específicas.

Canadá
Es legal el uso de marihuana con fines terapéuticos, creando una regulación para el cultivo y su venta.

Bélgica
En 2001 se despenalizó su posesión y consumo, pero no puede consumirse en espacios públicos.

Chile
La Ley 20.000, no prohíbe el consumo personal y privado, pero penaliza el consumo en grupos así como su producción y venta. Este año se discute su consumo medicinal.

Corea del Norte
No considera la marihuana y el opio como drogas, por lo que su cultivo y venta no es penalizado.

SABIÁS QUE...
El pasado 20 de abril se celebró el Día Internacional de la Marihuana, que reunió a consumidores, vendedores y productores para expresar acciones en favor de su legalización.

NOTA IMPORTANTE
Algunos otros países no penalizan la portación de una mínima cantidad de marihuana, sin embargo su consumo, producción y venta si se consideran delitos.

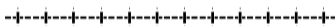
177.6 millones consumen marihuana en el mundo

227 millones la han consumido alguna vez

Fuente: delo.com.mx, semana.com, druglawreform.info, bbc.co.uk, sociedadelpais.com, unodc.org, World Drug Report 2014, mexico.cnn.com, royalqueensseed.es
Investigación y redacción: Jennifer Rosado Martínez. Fuentes: Edición: Mónica I. Fuentes Pacheco. Arte y Diseño: Alberto Nava Consultora

http://www.altonivel.com.mx/assets/extras/landings/info-Consumo-de-marihuana-la-legalizacion-en-el-mundo.jpg

El comité hizo énfasis en la necesidad de hacer muchos más estudios y hacen notar que en tanto esté proscriba, por ejemplo, por parte de la DEA como sustancia tipo 1 (sustancias controladas como una droga sin uso medicinal) las necesarias investigaciones se verán limitadas.





El peregrino que toca

A LOS PIES DEL MAESTRO

Gabriel Sáenz*****



<http://cdn01.ib.infobae.com/adjuntos/162/infografia/014/395/0014395840.jpg?0000-00-00-00-00-00>



En esta reflexión nuestro peregrino se sienta y nos invita a ponernos a sus pies y escuchar de su boca la Palabra. Sentémonos pues, a los pies del Maestro.

“En aquel tiempo entró Jesús en una aldea y una mujer llamada Marta lo atendió en su casa. Esta tenía una hermana llamada María que, sentada a los pies del Señor, escuchaba su Palabra, y Marta se multiplicaba para dar abasto con el servicio, hasta que se paró y dijo:

- “Señor: ¿no te importa que mi hermana me haya dejado sola con el servicio? Dile que me dé una mano”.
- Pero el Señor le contestó: “Marta, Marta, andas inquieta y nerviosa con tantas cosas y solo una es necesaria. María ha escogido la mejor parte y no se la quitarán.” (Luc. 10: 38-42).

En resumen, Marta alimenta a Jesús con sus preparaciones y María se alimenta de él con su Palabra.

Diferencia

No es lo mismo decir “a los pies del maestro” que, “a los pies del profesor”. Un profesor es aquella persona que dicta su clase a sus alumnos y nada más. Un maestro enseña a sus discípulos, acogiendo sus inquietudes, sus dudas y preguntas, los acoge en su corazón con ternura y lucha para guiarlos hasta lo último. Por esta razón un profesor tiene alumnos, un maestro tiene discípulos.

En este pasaje evangélico se encuentran dos actitudes diferentes en las dos hermanas que alojan a Jesús en su casa. La actitud activa del trabajo y la actitud contemplativa o de

oración. Las dos son importantes, el trabajo y la oración. Sin embargo, el agobio del trabajo diario, las ocupaciones y preocupaciones del día no nos dejan respiro para elevar a Dios ni una jaculatoria. Pero, por otro lado, también es viable hacer de nuestro trabajo diario una oración.

Cuando somos capaces de encontrar descanso y una paz en el día, ese tiempo de descanso se convierte en gracia. Que nuestros silencios sean para hablar con Dios y escucharlo, como María en la parábola. Solo cuando uno aprende del mismo Cristo se produce algo nuevo en nuestra vida.

***** Capellán CJNC. Consejero Pastoral FUJNC – gabriel.saenz@juanncorpas.edu.co





<https://fotosidoneo.com/?q=sociedad+Agencia/2025/05/la-voz-del-senior-como-linguaje-16>

Hoy el Peregrino te invita a dedicarle cinco minutos de tu tiempo a escuchar la Palabra en una lectura y meditación bíblica como María la hermana de Marta.

Cuando una idea de la lectura te repica en la mente y te sigue sonando todo el día, entonces haz un alto, baja la cabeza, ponte en silencio porque en ese momento Dios te está hablando.

En los relatos evangélicos le ponían los enfermos a los pies de Jesús para que los curara (Mat. 15:30); un jefe de la sinagoga cae a sus pies para rogarle por la curación de su hijo (Marc. 5:22); solo uno de los diez leprosos cae a sus pies para agradecerle su curación (Luc. 17:5); una pecadora pública le lava los pies con sus lágrimas ungiéndole con su perfume (Luc. 7:36); las pecadoras rompían los frascos con su perfumes en sus pies, es decir, rompían su pasado y lo

dejaban allí bajo sus plantas: "Señor, te entrego mi pasado, perdóname".

Siempre Jesús va pasando buscando donde hospedarse. ¿Cuántas veces ha pasado y golpeado tu corazón?

En nuestra institución, el Maestro Jesús te espera personalmente en la capilla. Toma cinco minutos de tu tiempo y habla con él. Te atiende sin cita previa y en forma personal y confidencial. No te arrepentirás. Pon tu corazón a sus pies, rompe el perfume de tu pasado y dile: "Señor entra en nuestra casa, concédenos el privilegio de hospedarte para honrarte, escuchar tu palabra y recibir la gracia de tu presencia".

Pero si han pasado los años en tu vida y aún no has encontrado las huellas de los pies del Maestro, te sugiero la siguiente oración:

*"Porque es tarde Dios mío,
porque anochece ya
y se nubla el camino,*

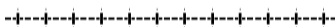
*porque temo perder
las huellas que he seguido,
no me dejes tan solo
y quédate conmigo.*

*Porque he sido rebelde
y he buscado el peligro,
y escudriñé curioso
las cumbres y el abismo,
Perdóname Señor,
y quédate conmigo.*

*Porque ardo en sed de ti,
y en hambre de tu trigo,
ven, siéntate a mi mesa,
dígnate ser mi amigo.*

*Que aprisa cae la tarde...
¡Quédate conmigo!*

Amén





NotiComunitaria

Ángela María Hernández P.⁺⁺⁺⁺⁺

Durante el pasado mes de febrero, las docentes Martha Emilia Galarza, Luz Ángela Carvajal, Jenny Paola Salamanca y Ángela María Hernández, en compañía de los psicólogos en formación de la Universidad Manuela Beltrán, realizaron talleres a padres de familia de los colegios Simón Bolívar (jornada tarde) y Gonzalo Arango (jornada mañana y tarde), cuyo tema central fue la importancia de la familia y de la comunicación asertiva entre padres y adolescentes.



Lo anterior hace parte de las actividades de proyección social del Programa Integral para la Promoción del Adolescente (PIPSA).



Agradecemos a los colegios la confianza que nos dan para desarrollar este tipo de actividades y a los 72 padres de familia que asistieron a estos talleres, ya que hicieron del mismo un espacio de reflexión y aprendizaje para todos.

⁺⁺⁺⁺⁺ MD, Magíster Educación. Especialista en Salud Familiar. Profesor Asociado FUJNC- angela.hernandez@juanncorpas.edu.co



El viernes 24 de marzo de 2017 la doctora Ángela María Hernández y los estudiantes de psicología de la universidad Manuela Beltrán (Laura, Luis y Duyán), desarrollaron el taller de pautas de crianza dirigido a 70 padres de familia del grado quinto de primaria del colegio Gonzalo Arango jornada mañana.

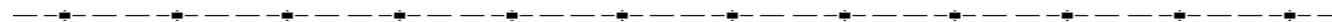


Durante esta actividad, se plantearon preguntas de reflexión y se presentó un video que motivó la participación de los padres de familia, quienes dieron sus puntos de vista acerca de cómo acercarse más a sus hijos y guiarlos correctamente.



Agradecemos al colegio por la confianza que otorga al Departamento de Medicina Comunitaria para implementar estas actividades dirigidas a los padres, las madres y los cuidadores de los niños y niñas.

¡Fue un momento de mucho aprendizaje!

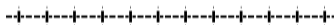




El jueves 16 de marzo de 2017, el Departamento de Posgrados Administrativos junto con su Especialización Gerencia en Salud, realizó el conversatorio "Nuevo modelo de salud y desaparición de la ley 100", el cual contó con la participación del doctor William Vega, asesor experto del Ministerio de Salud de Colombia. A este evento asistieron 200 personas.



Agradecemos al doctor Vega por compartir este espacio tan importante, el cual permite tener una visión más amplia de los cambios que se están dando dentro del sistema de salud y al doctor Guillermo Restrepo Chavarriaga, coordinador general de la especialización de Gerencia en Salud, por mostrarnos las diferentes posturas frente a estos interesantes cambios.





Carta Comunitaria

ISSN 0123-1588

Departamento de Medicina Comunitaria
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Dirección: Juan Carlos González Q.

Coeditores:
Jenny Pinzón R.
William Buitrago

Colaboradores:
Luisa Noguera
María Lucía Iregui P.
Gabriel Sáenz
Guillermo Restrepo Ch.
Mario Villegas N.
José Gabriel Bustillo P.
Carlo Rizzi
Gonzalo Bernal F.
Juan Carlos Velásquez
Jaime Ronderos O.
Docentes Medicina Comunitaria