

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García".

Prevención clínica de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles

Clinical prevention of premature deaths from noncommunicable diseases

Justo Senado Dumoy

Especialista Segundo Grado en Medicina Interna y Medicina General Integral. *Master* en Educación Médica. Profesor Auxiliar. jsd@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el impacto de la morbilidad y mortalidad por Enfermedades no transmisibles, ha magnificado la importancia del cuidado y mejoramiento de la salud de la población (contando con su participación), evidenciándose resultados optimistas de la gestión preventiva clínica de estas enfermedades, pero aún existen barreras por superar para su desarrollo adecuado e impacto exitoso en la reducción de la mortalidad prematura.

Objetivo: identificar barreras para el normal desarrollo e impacto favorable de la prevención clínica de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.

Material y Método: se realizó búsqueda bibliográfica en base de datos CUMED, usando tesauro DeCS, procurando información sobre este tema. Se sintetizaron luego afirmaciones de diversos autores al respecto, para satisfacer la interrogante científica planteada.

Resultados: se identificó falta de científicidad profesional ante el proceso salud-enfermedad (motivación, concientización preventiva, descuido del enfoque de riesgo, el método clínico y la atención multidisciplinaria), así como deficiencia en su transcripción. Consecuente deterioro de la relación médico-paciente, con desnutrida e infértil comunicación, incapaz de persuadir, motivar e influir favorablemente en la actitud de los atendidos. Resultante subvaloración y deficiente autocuidado de la salud, que explica la subestimación, devaluación y rechazo de muchos atendidos al servicio

ofertado en perjuicio de sus vidas.

Conclusiones: la falta de científicidad e ineficiente comunicación profesionales, así como valoración y autocuidado inadecuados de la salud, son las principales barreras para el desarrollo exitoso de la prevención clínica de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.

Palabras clave: enfermedades no transmisibles, mortalidad prematura, prevención clínica.

ABSTRACT

Introduction: the impact of morbidity and mortality due to noncommunicable diseases, has magnified the importance of caring and improving the health of the population (with their participation), showing good results of the clinical preventive management of these diseases, but there are still barriers for overcome for their proper development and a successful impact in reducing premature mortality.

Objective: to identify barriers to normal development and favorable impact of a clinical prevention for premature death from noncommunicable diseases.

Material and Methods: the literature search was by performed database CUMED using MeSH thesaurus, seeking information on this topic. These statements were synthesized through various authors concerning the meeting of this scientific question posed.

Results: He identified lack of scientific training to the health-disease (motivation, awareness, prevention, risk oversight approach, the method clinical and multidisciplinary care) and deficient transcription. Consequent deterioration of the physician-patient relationship, with malnourish and infertile communication, unable to persuade, motivate and positively influence the attitude taken care of. Resulting under cutting and poor self-care, which explains the understatement, devaluation and rejection of many attended the service offered in prejudice to their lives.

Conclusions: the lack of scientific and professional communication in efficient and inadequate assessment and self-care are the main barriers to the successful development of clinical prevention of premature death from noncommunicable diseases.

Key word: noncommunicable diseases, premature mortality, clinical prevention.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida en América permite mostrar un promedio actual de más de 70 años y una variación consecuente del perfil de mortalidad con predominio de Enfermedades Crónicas No Transmisibles,¹ más asociadas con patrones de comportamiento humano, estilos personales de vida (alimentación, actividad física, adicciones, etcétera) y causantes de mayor morbimortalidad,^{2,3} por lo que el

envejecimiento poblacional, que refleja prolongación de su daño, influye determinadamente para su padecimiento.⁴

Las enfermedades no transmisibles ocasionan dos de cada tres muertes en la población general de América Latina y el Caribe y casi la mitad de todas las defunciones en menores de 70 años, en ocasiones, prematuramente¹ y se estima que serán la causa principal de mortalidad y discapacidad en el mundo para el decenio 2010-2020, tanto en países desarrollados, donde ya lo son, como en países en vías de desarrollo.⁵

Cuba, que actualmente exhibe un envejecimiento poblacional de 13%, que alcanzará 16,9 % en la próxima década, y se estima 21 % para el 2025,⁶ registra anualmente unos 8 000 a 9 000 fallecidos (según certificados de defunción) por Hipertensión Arterial, uno de los problemas médico-sanitarios más importantes de la Medicina contemporánea.⁷ En Cuba, 11,7 a 13,0 % de las muertes naturales ocurridas en 2010 (un evento cada 48 minutos), fueron catalogadas como episodios de Muerte Súbita Cardíaca.⁸

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen su tercera causa de muerte, al igual que en la mayoría de los países desarrollados⁹ y se ha logrado demostrar el impacto de la angiopatía diabética periférica como causa de muerte, lo que ha constituido evidencia útil para decisores y planificadores de salud.¹⁰

Algunas de ellas, como (*Diabetes Mellitus*, Hipertensión Arterial, Enfermedad Cerebrovascular y Enfermedad Renal Crónica), comunes por tener similares factores de riesgo, base etiopatogénica, daños vasculares, microalbuminuria y asociación al envejecimiento, cursan sin advertencia diagnóstica y menos aún tratamiento adecuado, bajo el concepto integrador de "enfermedad vascular crónica".

Se caracterizan por evolución tórpida y silenciosa con largos períodos de latencia; por complicaciones como Infarto del Miocardio e Insuficiencia Renal Crónica Terminal y por ser causa de muerte.³

El impacto desfavorable de estas enfermedades pudiera minimizarse modificando de una u otra forma los estilos de vida, lo que justifica el énfasis de los sistemas de salud en la promoción de conductas saludables para su prevención o detención de su evolución.^{4,11}

Sin embargo, la OMS ha informado que en los países desarrollados, solo 50% de diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles cumple el tratamiento indicado y supone una cifra menor en países en vías de desarrollo, lo que señala que 50 % restante pudiera tener repercusiones clínicas, complicaciones, secuelas y hasta muerte prematura.¹²

Esto hace pensar que aún existen obstáculos o barreras por superar para lograr este propósito por lo que se impone la siguiente pregunta, ¿Cuáles son las barreras que impiden el desarrollo exitoso de la gestión preventiva clínica de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles? La respuesta a esta pregunta constituye el fundamento científico de este artículo.

OBJETIVO

Identificar barreras para el normal desarrollo e impacto favorable de la prevención clínica de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos CUMED, usando el tesoro DeCS como expresión de búsqueda para procurar en referencias bibliográficas publicadas en el último quinquenio, y en otros textos portadores, necesarios, información sobre el tema tratado.

Se reunieron y relacionaron afirmaciones de diversos autores al respecto, que luego se sintetizaron, para dar respuesta a la interrogante científica planteada.

DESARROLLO

La relevancia de las nuevas concepciones que han servido de base a la Medicina moderna ha estado determinada por la prioridad de la salud sobre la enfermedad y la atención a factores determinantes de cambios desfavorables a su conservación, por lo que se destaca el aporte de Henry Sigerist, quien en 1945 definió las tareas básicas de los profesionales de la salud, señalando etapas preventivas: promoción de salud, prevención y curación de enfermedades y rehabilitación de enfermos, tareas que orientan acciones para enfrentar riesgos para la salud, así como temprana limitación de sus consecuencias y reducción de sus secuelas.¹³

Se define la gestión preventiva (según la Organización Mundial de la Salud, OMS) ,como "un conjunto de medidas destinadas a prevenir la aparición de enfermedades (reduciendo la influencia de sus factores causantes), así como a detener su avance y a atenuar sus consecuencias, una vez establecidas".¹⁴

Montano Luna señala cuatro fases preventivas: Primordial, primaria, secundaria y terciaria.¹⁵ La prevención primordial se propone enseñar a vivir en salud, intenta detener la influencia de hábitos nocivos para la salud (tabaco, alcohol, drogas, etcétera); la primaria, dirigida a individuos especialmente expuestos a situaciones de riesgo, procurando su enfrentamiento temprano, para disminuir la probabilidad de aparición de enfermedades (consumo de colesterol, ingestión de sustancias tóxicas, control del peso corporal y tensión arterial, actividad física, etcétera).¹⁵⁻¹⁷

La secundaria trata de detectar precozmente el daño para interferir la evolución de las enfermedades (diagnóstico precoz de Hipertensión Arterial, de Cáncer Cérvico-uterino, Tuberculosis, etcétera) y la terciaria intenta disminuir la presencia de discapacidades por enfermedades crónicas, al reducir al mínimo la invalidez funcional resultante.¹⁵⁻¹⁷

La enfermedad es el resultado de un proceso dinámico en el que ciertos factores etiológicos interaccionan con el huésped iniciando una secuencia de transformaciones,

historia natural que expresará el retroceso o avance del deterioro orgánico (cronicidad-discapacidad-muerte).¹⁸

La medicina es, por tanto, un fenómeno social, que mediante conocimientos científicos y prácticas, promueve la salud, orientando la prevención y curación de ese deterioro (enfermedad), gestión que será exitosa en la medida en que se logre penetrar en la subjetividad de la persona que requiere el servicio profesional, conocer su mundo valorativo y su sistema de valores (lo que define la relación médico-paciente) y se hagan coincidir las necesidades, intereses y fines mutuos para enfrentar un determinado peligro o daño a la salud.¹⁹

Vigotski comunicó el principio de la unidad de la psiquis y la actividad y la influencia de la enseñanza y la educación como formas avanzadas de organización y transmisión de experiencia social, para la formación y desarrollo de la personalidad y los valores.²⁰

Por lo que los conocimientos incorporados (mediante la educación para la salud) y las experiencias adquiridas, integrados progresivamente mediante un proceso psicológico, a través de la vida, determinan actitudes y conductas (en correspondencia con los valores personales), favorables o desfavorables a la conservación de la salud y la prolongación de la vida.²¹

Por tanto, el profesional de la salud, con sus conocimientos científicos, habilidades y recursos tecnológicos, promueve en su actividad práctica el valor de la salud y consecuentemente la conducta que la garantice, mientras que el atendido, mostrará aceptación y participación como respuesta que caracterice su protagonismo individual en la gestión preventiva.¹⁹

Es decir: es posible reducir el número de muertes prematuras por estas enfermedades, modificando de una u otra forma las conductas individuales (los estilos de vida), lo que tendría impacto favorable, además, en la calidad de vida y reducción de la carga que representan para los servicios de salud.^{4,16}

Por tanto, los aspectos que determinan el éxito de la gestión preventiva clínica son: El desempeño profesional en la promoción de salud y la adherencia sanitaria individual, mediadas, como sabemos, por la relación médico-paciente.

Pero el notable avance de la atención médica debido a la Revolución Científico-Técnica que trajo consigo un arsenal de nuevas tecnologías y una creciente especialización, trajo también algunos obstáculos o barreras, (señaladas por diversos autores), para el adecuado desarrollo de la prevención clínica que merecen ser comentados: Por ejemplo: La explosión informativa unida al rápido y alarmante envejecimiento de conocimientos y tecnologías establecidos, obliga a adoptar medidas emergentes, pues la terminología médica se amplía, incorporando conocimientos de biotecnología, genética, inmunología, etcétera,²² por lo que la desinformación o desactualización científica de muchos profesionales o el enfrentamiento a enfermedades de difícil diagnóstico, atenta, también, seriamente, contra la información y comunicación con el paciente, aspectos fundamentales para que cambie de comportamiento.

En igual sentido, Núñez Jover ha alertado sobre el peligro de la superespecialización (consecuente necesidad del acelerado progreso científico-técnico), que conduce frecuentemente a ignorancia no desestimable de todo aquello en lo que no se es especialista (perfil, cada vez más ancho)²³ y que estimula, además, el enfoque

biologicista, fragmentario del proceso salud-enfermedad, que sustituye la comunicación médico-paciente, el necesario enfoque de riesgo y la valoración integral que requiere este encuentro, por las posibilidades diagnóstico-terapéuticas de aportes tecnológicos, lo que constituye riesgo de errores médicos, causantes de complicaciones y muerte.^{24, 25}

Vigotski comunicó, también, que la historicidad como principio explicativo, es piedra angular de cualquier análisis psicológico, para entender la determinación humana, su proyección social y el impacto y desarrollo subjetivo de esa proyección en su comportamiento y señaló que de nada vale la observación, la práctica, que no tenga en cuenta la historia del proceso a analizar o transformar.²⁰

Por ello, la desatención al registro histórico del proceso salud-enfermedad ha emergido también como otra peligrosa barrera para la continuidad longitudinal de la atención médica a dicho proceso, resultado de la subvaloración de la Historia Clínica Individual, de utilidad como fuente informativa de su análisis científico y evolución, pues de la misma se han reportado afectaciones cualitativas en los últimos años (escritura ilegible o deficiente y deterioro) y hasta pérdida, que dificultan la interpretación y conservación de su mensaje.²⁶

Ilizástigui expresó preocupaciones científico-docentes respecto a este tema, al declarar que: "La práctica médica actual se ha empobrecido. No se recoge la realidad clínica del enfermo, no se hacen buenas historias clínicas para caracterizar al hombre portador de una enfermedad y al proceso mismo de la enfermedad. Se habla poco con los pacientes, no se establecen buenas relaciones médico-paciente, el examen físico es incompleto o no se realiza, no se hacen hipótesis diagnósticas, no se establecen pronósticos y se confía desmesuradamente en el valor de los exámenes y la alta tecnología para identificar la lesión del proceso morboso."²⁷

Rojas ha insistido en el peligro de la deficiente comunicación al comentar que "el diálogo es algo que cada día se produce menos entre los médicos y sus pacientes, y menos aún con personas que se consideran sanas", y destaca, además la tendencia profesional actual a entregarse a la indicación tecnológica diagnóstico-terapéutica que desprecia el contacto "cara a cara" y la paciente conversación con los atendidos.²⁸

Ilizástigui y Llorens han enfatizado, también, en las deficiencias en la relación médico-paciente y en el riesgo que representa para la científicidad de la gestión preventiva la ausencia del método científico (método clínico).^{27,29}

Las insuficiencias relacionadas con la comunicación médico-paciente, el registro de información y el examen físico, han sido ratificadas por Martín Zurro y Cano Pérez, quienes además señalaron como obstáculos: Limitaciones por tiempo y sobrecarga asistencial curativa, poca capacitación, escepticismo, valoración minimizada de la importancia del tema y escasa motivación, por parte de algunos profesionales, así como su trabajo aislado y carente de interdisciplinariedad.¹⁸

Merece un análisis detenido el desarrollo de la relación médico-paciente, frustrada en muchos casos por las deficiencias anteriormente comentadas que conllevan a una comunicación poco productiva y poco motivadora, por ejemplo: Núñez de Villavicencio señala que los sentimientos y actitudes del médico hacia el paciente provocan repercusión negativa, pues en ocasiones es tanto el afecto, que el médico tiende a rechazar diagnósticos que representen gravedad, o hay tanta hostilidad que se

entorpece la relación, o hay tanta indiferencia que el paciente no capta la importancia de su problema o se es tan pesimista que se provoca la huida de la persona.³⁰

Por otra parte, en relación con los atendidos, deben mencionarse barreras, dependientes en gran medida de las identificadas anteriormente, que dificultan la adherencia terapéutica y consecuentemente la prevención clínica de estas enfermedades:

La inobservancia terapéutica de muchos atendidos, puede estar relacionada con la magnificación del cuadro: evasión, subestimación, demora en acudir o abandono de los servicios médicos, así como insatisfacciones con las investigaciones y temor al análisis de la afección (sobre todo, en la esfera sexual) o a su diagnóstico o tratamiento (especialmente, cuando es quirúrgico o de curso prolongado).

Influyen también, recíproca y negativamente, además, los sentimientos y actitudes de los atendidos hacia los profesionales de la salud, así como los cambios en la dinámica de vida, en particular, los relacionados con las esferas laboral o familiar; los consejos no autorizados de amigos o familiares; las experiencias negativas o relatos desagradables de otras personas y la alarma por sentir anticipada e injustificadamente la cercanía de la muerte y en algunos casos influyen también (paradójicamente) los beneficios que reportan al paciente los daños a su salud.^{21,30}

Precisamente, un indicador importante de mortalidad para la Salud Pública es el "criterio de evitabilidad", que valora los resultados de programas y acciones de salud, orientados a prevenir en unas ocasiones las enfermedades y, en otras, ya diagnosticadas, tratarlas adecuadamente, acorde con los conocimientos científicos y recursos actualizados disponibles con el propósito de evitar muertes prematuras y prolongar la vida de las personas.³¹

RESULTADOS

Las afirmaciones reunidas, analizadas y sintetizadas permiten identificar las siguientes barreras:

- Falta de científicidad profesional ante el proceso salud-enfermedad (motivación, concientización preventiva, descuido del enfoque de riesgo, método clínico y atención multidisciplinaria) y deficiencia en su transcripción.
- Consecuente deterioro de la relación médico-paciente, con desnutrida e infértil comunicación, incapaz de persuadir, motivar e influir favorablemente en la actitud de los atendidos.
- Resultante subvaloración y deficiente autocuidado de la salud, que explica la subestimación, devaluación y rechazo de muchos atendidos al servicio ofertado en perjuicio de la calidad y duración de sus vidas.

CONCLUSIONES

La falta de científicidad e ineficiente comunicación profesionales, así como valoración y autocuidado inadecuados de la salud, son las principales barreras para el desarrollo exitoso de la prevención clínica de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Salud en las Américas, 2007, volumen I-Regional, Capítulo 2, condiciones de salud y sus tendencias, publicación científica y técnica no. 622, 525 Twenty-third Street, N.W. Washington, D.C. E.U.A.: 2007, p. 62-7.
2. Más Bermejo P. Epidemiología y Salud Pública, una experiencia cubana. Ministerio de Salud Pública. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias. La Habana: Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"; 2008.
3. Almaguer M, Herrera R, Pérez-Oliva J. Epidemia global de enfermedades vasculares crónicas. Un nuevo paradigma y desafío. Rev haban cienc méd. Ciudad de La Habana. Jul-sept, 2007; 6(3): 2.
4. Llibre Guerra JC, Guerra Hernández MA, Perera Miniet E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Rev cubana med gen integr. Ciudad de La Habana. oct-dic., 2008; 24(4).
5. República de Cuba, Ministerio de Salud Pública, Escuela Nacional de Salud, Maestría en Atención Primaria de Salud, Módulo 10: Formación de recursos humanos en Atención Primaria de Salud. 2002, p. 4-14.
6. Dominador O. Cáncer en estadio terminal ¿morir en el domicilio o en un centro hospitalario?, MEDISAN. Santiago de Cuba. 29 ago-7 oct, 2010; 14(77).
7. Palma López MA. Principales causas de muerte en pacientes hipertensos. Rev.Hab.Cien.Med.2007;6(3): 43:35.
8. Ochoa Montes LA, González Lugo M, Tamayo VN, Gómez de Haz HJ, Correa Azahares Dennis P, Miguélez Nodarse R, *et al.* Epidemiología de la muerte súbita cardíaca. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2012 Oct 04] ; 50(1): 14-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032012000100003&lng=es
9. González A, Campillo R. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular de tipo isquémica. Rev cubana med gen integr. Ciudad de La Habana. Oct.-dic., 2007; 23(4).

10. Gallardo U y otros, Mortalidad prematura por angiopatía diabética periférica en Cuba en los años 1990, 1995 y 2000. Rev cubana salud pública. 2006;32(2):111-5.
11. Martínez Pérez M, Alba Pérez LC. Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. Rev cubana, med gen integr. Ciudad de La Habana. ene-mar.,2010;26.
12. Martín L. Repercusión para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev cubana salud pública. 2006;32(3):353-8.
13. Piédrola GG. Bases científicas de la promoción de la salud en la edad adulta, medicina preventiva y salud pública. 9na edición. masson salvat medicina, ediciones científicas y técnicas, S.A.; reimpresión. 1994, p. 1152-8.
14. Alfonso Sanabria P. Reflexiones alrededor del concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Rev med. Enero-junio, 2011; 19(1):112-113.
15. Luna Montano JA. Prieto Díaz VI. Enfoque preventivo y factores de riesgo. En Álvarez Sintés. Medicina General Integral, salud y medicina. 2da edición. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008, p. 168-74, v. I.
16. Roca Perara MA. Las funciones del psicólogo clínico: prevención y promoción. En: Psicología clínica: una visión general. La Habana: ECIMED; 2007, p. 47-63. Capítulo 3.
17. Roca Perara MA. El diagnóstico psicológico. En: Psicología clínica: Una visión general. La Habana: ECIMED; 2007; p. 106-14. Capítulo 4.
18. Martín Zurro A, Gené Badía J, Subías Loren P. Actividades preventivas y de promoción de la salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica, quinta, edición, Madrid: Elsevier, España, S.A.; 2003; I, parte I: 535-45.
19. Nasiff A. Relación médico-paciente, principios de la bioética y consentimiento Informado en la práctica médica. En: Nasiff Hadad A, Rodríguez HM, Moreno MA. Práctica Clínica. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2010, p. 70-4.
20. Corral Ruso R. Historia de la Psicología. Apuntes para el estudio, tema 6: una psicología dialéctica en busca de la transformación. La Habana: ECIMED; 2006, p. 179-93.
21. Rodríguez A. Estudio de las actitudes. En: Casales Fernández JC. Conocimientos básicos de psicología social, selección de lecturas. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2009, p. 225-41.
22. Cruz E. La revolución científico-técnica: su impacto en la esfera de salud, lecturas de filosofía, salud y sociedad. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2004, p. 63-78.
23. Núñez Jover J. La ciencia y la tecnología como procesos sociales. Tecnología y sociedad. Segunda edición. La Habana: Editorial Félix Varela; 2004, p. 43-62.

24. Martínez CM. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico-social. Rev cubana salud pública. 2006;32(1):82-9.
25. González Menéndez R. La etapa contemporánea de la relación médico-paciente. Rev. Cubana Salud Pública. 2004; 30(3): 160-4.
26. Barreto Penié J. La historia clínica: documento científico del médico. Archivos del Ateneo "Juan César García", Vol.1 No.1, Enero-Abril, 2000. Ciudad de La Habana, editorial de ciencias médicas. 50-55.
27. Fernández JA. Prólogo. En: Nasiff A, Rodríguez HM, Moreno MA. Práctica Clínica. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2010.
28. Rojas Ochoa F. Salud Pública, Medicina Social, algunos conceptos y prácticas sobre salud pública, promoción de salud y educación para la salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2009, p. 99-116.
29. Llorens J. Ética y educación en los servicios de salud. Rev cubana salud Pública [revista en la Internet]. 2006 Dic; 32(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400013c&lng=es
30. Núñez de Villavicencio F. Psicología médica. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; primera reimpresión. 1990, p. 1-21 y 45-64.
31. Martínez S. Análisis de situación de salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006, p.15-25 y 26-61.

Recibido: 1 de octubre de 2012.

Aprobado: 20 de diciembre de 2012.