

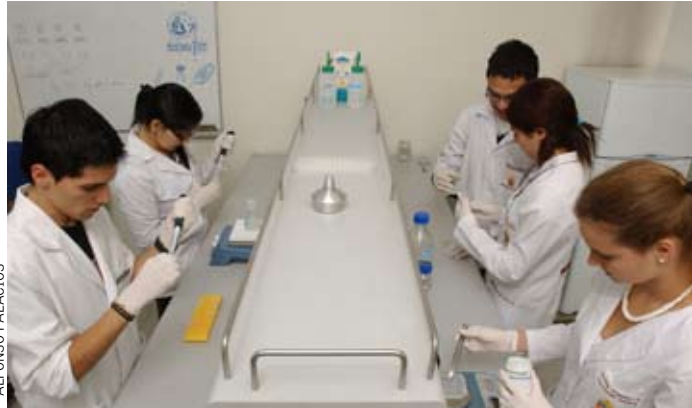


VIDA SALUDABLE

AUSPICIA



EuroAmerica
mundo financiero



ALFONSO PALACIOS

PROCESO DE ADMISIÓN 2008 FACULTAD DE MEDICINA INGRESA

• ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

La Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile -creada en 1960- es pionera en el país en ofrecer las cinco menciones: Bioanálisis Clínico, Hematología y Banco de Sangre; Morfofisiopatología y Citodiagnóstico; Radiología y Física Médica; Oftalmología, y Otorrinolaringología.

Sus profesionales, formados durante cinco años, están preparados científica y tecnológicamente para planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar procedimientos, técnicas y exámenes destinados a la prevención, fomento, protección y recuperación de la salud. Esto, en el contexto de un equipo multidisciplinario, pues la integración es la base común de todas y cada una de las menciones impartidas.

El desafío que esto significa lleva a que los ejes educacionales de esta carrera hagan énfasis en la utilización práctica e integradora de los conocimientos desde su ingreso a la escuela, logrando así la necesaria interacción de la teoría con la práctica, valorando de esa forma las competencias profesionales que necesita, fomentando el autoaprendizaje y la comunicación.

Además, sus docentes están conscientes que la tarea de educar en el área de la salud no solo debe colaborar a resolver los problemas del país, sino también entregar profesionales con un alto sentido social, principios éticos y bioéticos y científicamente preparados.

Quiénes se forman en esta escuela tienen un amplio campo ocupacional, realizando funciones asistenciales, de investigación, docencia, administración y extensión en hospitales, clínicas, centros médicos y laboratorios del área privada y pública, además de poder trabajar en instituciones de educación superior o afines.



• ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL

La discapacidad y vulnerabilidad de distintos grupos sociales requiere de profesionales capaces de crear herramientas y estrategias para integrarlos a la comunidad. Los terapeutas ocupacionales formados en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile realizan esta labor dando apoyo a quienes presentan alguna condición que afecte su desempeño, tal como discapacidades físicas, mentales o sociales.

La Casa de Bello creó la Escuela de Terapia Ocupacional en 1963 y su objetivo de esta escuela es formar terapeutas ocupacionales, licenciados en Ciencia de la Ocupación Humana, capaces de responder a la problemática que enfrenta el país respecto de la integración social de grupos vulnerables y de personas con discapacidad.

Estos profesionales poseen una formación que les permite desarrollar acciones preventivas y estrategias tendientes a favorecer el desempeño diario de niños, adultos y adultos mayores afectados por disfunciones físicas, mentales, y psicosociales. Para ello, cuenta con un cuerpo académico que está abocado -además de la docencia de pregrado- a divulgar el conocimiento a través de cursos de postítulo e investigación. En extensión, en tanto, llevan a cabo diversas labores de asistencia y capacitación, y publican la Revista Chilena de Terapia Ocupacional.

Estos profesionales se desempeñan en distintos ámbitos. En salud, lo hacen en hospitales, clínicas, centros de salud familiar y de rehabilitación, y consulta privada. En educación, en colegios, fundaciones, ONG y talleres laborales; en el campo psicosocial, en centros comunitarios, programas para personas en riesgo social, instituciones penales y de reinserción, y en el área de la rehabilitación laboral, en empresas, centros e instituciones.

WWW.MED.UCHILE.CL/ADMISION2008

Medichi
Red de aprendizaje digital

EL PROGRAMA

VALORES Y MATRÍCULAS:

Las matrículas para los cursos de este año están cerradas. Más informaciones en www.educacion.emol.com, info@medichi.cl o en los teléfonos 9786688 y 9786991.



SERGIO SALAZAR

Dra. Muriel Halpern G.
Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia
Clínica Psiquiátrica
Universidad de Chile.

La depresión en los niños se presenta tan frecuentemente en niñas como niños, situación que cambia con la llegada de la adolescencia donde se duplica la proporción que afecta a las mujeres, teniendo mayor similitud con la depresión del adulto. Dentro de los estudios de frecuencia, hay diversas investigaciones que señalan que afectaría a la población infantil en cifras que van desde 2% a 6%.

Para comprender la importancia de la depresión en las niñas y los niños, es fundamental considerar que existen ciertos riesgos asociados que ofrecen una predisposición o vulnerabilidad para presentar un trastorno depresivo tempranamente.

Probablemente, la presencia de trastornos depresivos en la familia y de trastornos por angustia, así como el antecedente de problemas con el consumo de alcohol en los padres o abuelos de los niños, implican un mayor riesgo genético o biológico. Y por otra parte, se ha relacionado la mayor frecuencia de depresión en la época actual con los estilos de vida y la menor tolerancia al estrés cotidiano.

Las niñas y niños que se deprimen, presentan ciertos síntomas comunes que permiten sospechar el trastorno. A menor edad,

CURSO 3: Depresión: La enfermedad del nuevo siglo/Tema 6

Síntomas de la depresión infantil

Ciertas conductas en los niños o niñas permiten sospechar su presencia.



EL MERCURIO

por ejemplo, en el período preescolar, los síntomas de expresión corporal se hacen más evidentes, con una serie de quejas somáticas tales como problemas en el logro de un crecimiento ponderal esperado para la edad, problemas en la alimentación y alteraciones en la regularidad del sueño, entre otros factores.

Dentro de los síntomas emocionales, los niños pueden manifestar mayores niveles de ansiedad, especialmente, ansiedad de separación, síntoma que puede presentarse como rechazo para ir al jardín o colegio y severas dificultades para separarse de sus padres. Pueden haber otros síntomas ansiosos, tales como miedos y temores fóbicos y pesadillas durante el dormir.

Su apariencia es de tristeza, desánimo y pérdida de la energía, y en el jardín infantil los pueden describir como inhibidos conductualmente, con aislamiento social y con escaso interés en las

actividades de juego e interacción con otros niños. Aunque es importante saber que también pueden ser descritos como inquietos y distraídos, síntomas que remedian un trastorno por déficit atencional y que requieren de una evaluación psiquiátrica acuciosa.

En la medida que los niños van creciendo, aparece asociada a los síntomas anteriores una mayor capacidad para poder informar sobre sus estados internos, por lo que la niña o el niño en edad escolar puede reportar preocupaciones y tristeza, sentimientos de inutilidad y culpa, miedo al fracaso y el error, pérdida del interés en las actividades que disfrutaba hacer y algunos comportamientos obsesivos.

Los padres pueden ver a sus hijos más irritables. Este es un síntoma del ánimo característico de la depresión infantil y que puede presentarse tanto o más frecuentemente que el ánimo depresivo.

A su vez, los profesores pueden describir a los niños con cambios en el rendimiento escolar y con alteraciones en la adaptación escolar.

Por otra parte, pueden aparecer preocupaciones o manifestaciones relacionadas con la muerte. Así, a los 8 o 9 años de edad, los niños tienen conciencia de su propia mortalidad, lo que puede generarles un aumento de la ansiedad y tristeza. En este sentido, es importante diferenciar los pensamientos relacionados con la muerte de los pensamientos suicidas propiamente tales.

Las niñas y niños que se deprimen pueden ir provocando el desarrollo de un autoconcepto deficitario, caracterizado por pensamientos y sentimientos negativos de sí mismos, del futuro y del mundo, con lo que aumenta la desesperanza, elemento que afecta la propositividad, es decir, el desarrollo de un plan de vida y la posibilidad de tener recursos de afrontamiento ante las circunstancias vitales.

En relación con el diagnóstico de un trastorno depresivo infantil, ante la sospecha debe indicarse la evaluación por una Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia, con el objetivo de profundizar en las características clínicas, en los diagnósticos diferenciales, en la detección de los factores de mayor riesgo asociado y en la evaluación del ambiente en que crece el niño, lo que involucra a la familia, la escuela y la comunidad.

CURSO 4: Conversando de sexualidad y reproducción humana/Tema 6

Desde el ciclo menstrual hasta el parto

Un complejo proceso es necesario para que llegue un nuevo individuo a este mundo.

El ciclo menstrual corresponde al fenómeno cíclico por el cual la mujer produce su menstruación mes a mes. Requiere de una regulación neuro-hormonal perfecta para lograr las condiciones óptimas para que se pueda producir el embarazo. Si éste no se produce, se reinicia nuevamente el proceso.

La llegada de un embarazo a término con un niño sano, resulta más difícil que en otras especies con menor desarrollo evolutivo. La posibilidad que un espermatozoide logre fecundar un óvulo es bastante baja y si este hecho se logra producir, la posibilidad de que termine en un embarazo de término es menor de 30%. De lo anterior se desprende, que la mayor cantidad de los embarazos se pierden en forma absolutamente espontánea. La mayor parte de estas pérdidas, cerca del 50%, se pierden antes de que se produzca atrazo menstrual, por lo que pasan inadvertidas.

La Gametogénesis corresponde al proceso por el cual se forman los espermatozoides y los óvulos, que tienen la característica de contener la mitad de los cromosomas del resto de las células del individuo. La



EL MERCURIO

Fecundación corresponde al proceso por el cual se unen el gameto masculino con el gameto femenino dando origen al cigoto o huevo fecundado que inicia la Embriogénesis. Se distinguen 2 periodos durante la embriogénesis. El primero corresponde al período embrionario que llega hasta las 12 semanas (aproximadamente 3 meses) y el período fetal que empieza desde las 12 semanas hasta el momento del parto.

Durante el embarazo pueden aparecer varias complicaciones, tanto que afecten a la madre como al niño. De ahí la importancia del concepto de cuidados prenatales. El objetivo del control prenatal es verificar el avance del

embarazo para identificar problemas potenciales lo más precozmente posible. Todas las mujeres necesitan cuidados prenatales independiente de su edad, paridad o condición social y por ello la mayoría de los países han convertido el control prenatal en un beneficio legal.

El parto es el proceso por el cual el feto se expulsa a través de los genitales. Este proceso se cumple en promedio a las 40 semanas contados desde la fecha de la última menstruación, con una variación de hasta 2 semanas antes y después.

Cuando el parto se produce antes de las 38 semanas, se denomina parto de pretermino o prematuro. Los niños que

nacen prematuros tienen un mayor riesgo de enfermar y morir. Este riesgo es mayor mientras más precoz sea el parto. Por otro lado, si el embarazo pasa las 42 semanas se denomina parto de postérmino y también está asociado a mayor riesgo.

Cuando el parto presenta algún problema se debe acelerar el parto. La vía del parto más fisiológica es la vaginal, pero hay situaciones en que esto no es posible.

Falsamente se ha creado el mito de que el parto por cesárea es más seguro para la madre y el niño. Por este motivo hemos asistido a un aumento muy importante de este tipo de parto en los últimos 25 años. Según la OMS los partos por cesárea no debieran sobrepasar el 20% del total, sin embargo en Chile estamos cerca del 40%.



Dr. Jorge Sandoval Zamorano.