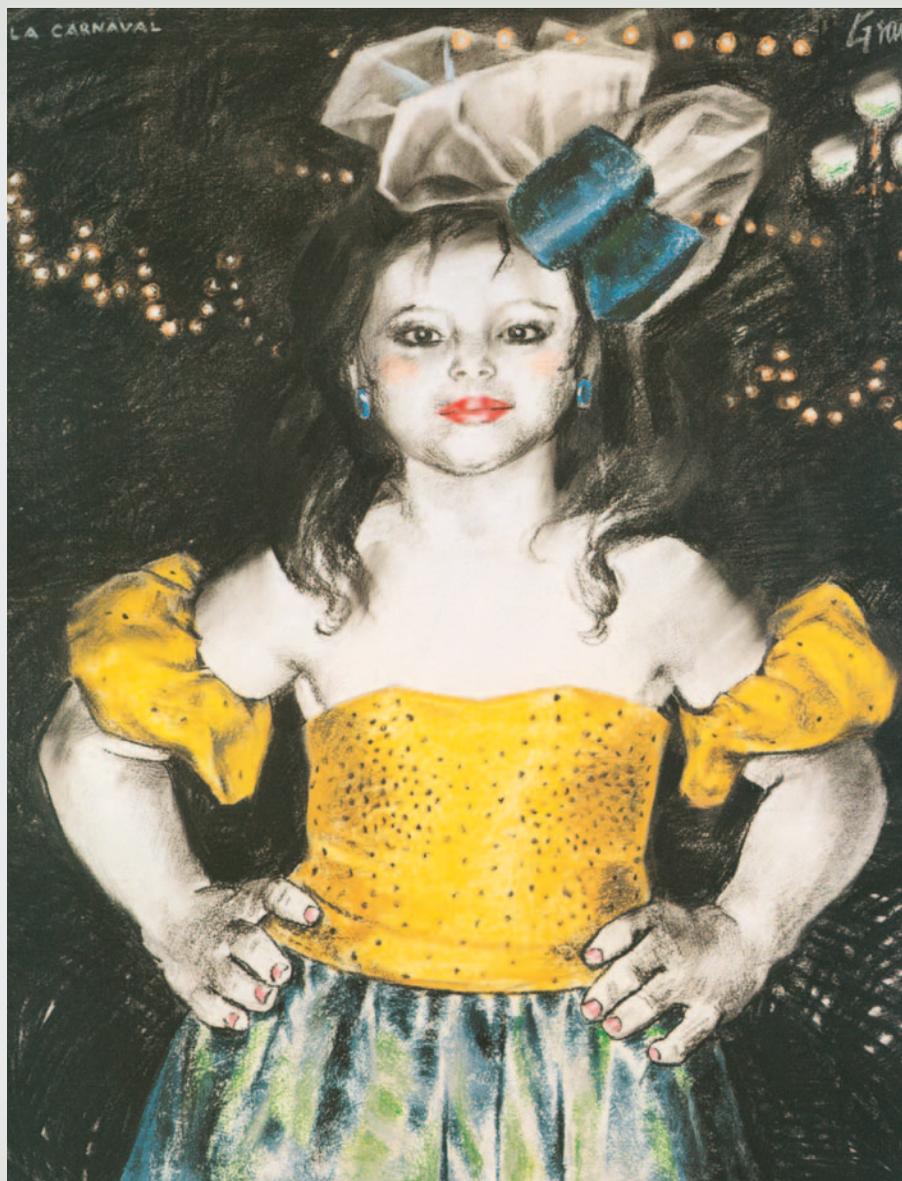


# Epidemiología y Salud

Vol. 2, Nº 1, Agosto 2014



## Revisión integradora en higiene cotidiana infantil: boca, cabello y manos

*Como la higiene es un pilar básico en la salud, existe una importante falta de hábitos cotidianos correctos en higiene infantil y son escasos los estudios que analizan el conjunto de conocimientos y prácticas higiénicas que los menores llevan a cabo en su ámbito cotidiano. Nuestro estudio centra sus pesquisas en la higiene infantil de boca, cabello y manos por su relevancia para la salud.*

Francisco José Moreno Martínez, Columnista experto, El Palmar, España  
Sección Artículos originales, pág. 24

Revista

# Epidemiología y Salud

Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)



BUENOS AIRES SALUD

BA

## Gobernación de la Provincia de Buenos Aires

**D. Daniel Osvaldo Scioli**  
Gobernador

**D. Juan Gabriel Mariotto**  
Vicegobernador

## Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Ministro de Salud  
**Dr. Alejandro Collia**

Jefe de Gabinete  
**Dr. Pablo Garrido**

Subsecretaría de Coordinación  
y Atención de la Salud  
**Dr. Sergio Alejandre**

Subsecretaría de Planificación  
de la Salud  
**Dr. Alejandro Costa**

Subsecretaría de Atención  
a las Adicciones  
**Dr. Carlos Sanguinetti**

Subsecretaría de Coordinación  
de Políticas de Salud  
**Dr. Sergio Del Prete**

Subsecretaría de Control Sanitario  
**Dra. Silvia Caballero**

Subsecretaría Administrativa  
**CPN Gerardo Daniel Pérez**

Dirección Científica  
**Dr. Nery Orlando Fures**

Coordinación General  
**Dra. Yamila Comes**

**Coordinador del Comité Editorial**  
Dr. Arnaldo Medina

**Comité Editorial**  
(en formación)

Dr. Sergio Alejandre  
Dr. Andrés Bernal  
Dr. Alejandro Costa  
Dr. Sergio Oris Del Prete  
Dra. Mariana B. Duarte

### Asesores Científicos

Dr. Enrique Vázquez  
Dr. José Moya

**Comité Científico**  
(en formación)

Dra. Graciela Abriata  
Dr. Mario Borini  
Dr. Jorge Chaui  
Dr. Ricardo López Santi  
Dr. Guillermo Macías  
Dra. Adriana Moiso  
Dr. Luis Quadrelli  
Dr. Rubén Trepicchio  
Dr. Alejandro Wilner



**Rafael Bernal Castro**  
Presidente

**Rosa María Hermitte**  
Directora

**Andrés Bernal**  
Coordinador General

SIIC, Consejo de Dirección:  
Edificio Calmer  
Avda. Belgrano 430, (C1092AAR),  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina.  
Tel.: +54 11 4342 4901  
www.siic.info  
fundacion@siic.info

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la ley N° 11723. Los textos que en esta publicación se editan expresan la opinión de sus firmantes o de los autores que han redactado los artículos originales. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin previa autorización por escrito de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Impreso en Agosto 2014 en Dirección Provincial de Impresiones del Estado y Boletín Oficial (DPIEBO), Calle 3 y 523, Tolosa, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Revista

# Epidemiología y Salud

Vol. 2, Nº 1, Agosto 2014

## Novedades

### **La salud de Buenos Aires**..... Págs. 5-10

Sólo el 5% de las personas con hepatitis B o C sabe que padece la enfermedad..... Pág. 5

Menos casos de niños con bronquiolitis y neumonía en la provincia por la aplicación de las vacunas y otras medidas preventivas..... Pág. 6

Campaña para detectar y prevenir la hipertensión arterial..... Pág. 6

El Parto Respetado contribuye a la reducción de las tasas de mortalidad materna y neonatal..... Pág. 7

### **Noticias breves**..... Pág. 10

## Artículos originales

Salud Mental: derechos de los pacientes, compromiso judicial y de las instituciones sanitarias..... Pág. 11

Resultados del programa de intervención para disminuir la mortalidad materna en un hospital de segundo nivel..... Pág. 15

Infecciones de transmisión sexual por *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*..... Pág. 20

Revisión integradora en higiene cotidiana infantil: boca, cabello y manos..... Pág. 24

## Conferencias

Encuentro para la Red de Salud Mental y Adicciones de la Región XI. Disertación sobre redes..... Pág. 29

## Red Científica Iberoamericana

Los aportes de la antropología a la medicina. La mirada sobre la familia y su lugar en el proceso de salud-enfermedad-atención..... Pág. 36

Medios de comunicación, salud mental y ataques con armas de fuego..... Pág. 38

## Instrucciones para los autores

### **Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA)**..... Pág. 41

## Congresos

Eventos recomendados por SIIC



Las obras de arte de Epidemiología y Salud han sido seleccionadas de SIIC Art Data Bases: Imagen de tapa: Enrique Grau, «Lola carnaval», carbonilla y pastel sobre papel, 110 x 100 cm, 1992. Interior: pág. 36 - Alejandro Pérez Becerra, «Pareja con ancestros», técnica mixta sobre madera, 2009.

## Novedades

Esta sección difunde las actividades del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y las novedades del Programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACiSE).

### ► La salud de Buenos Aires

## Sólo el 5% de las personas con hepatitis B o C sabe que padece la enfermedad

Se calcula que, en la Argentina, unas 400 000 personas tienen hepatitis B o C. Sin embargo, sólo el 5 por ciento lo sabe. El resto, si no hace nada, se enterará recién cuando tenga cirrosis, cáncer hepático o cuando su hígado esté tan dañado que requiera un trasplante.

*"Las hepatitis B y C son silenciosas, recién se expresan a través de sus complicaciones"*, advirtió el ministro de Salud de la provincia, Alejandro Collia, durante el lanzamiento de la campaña de detección temprana de estas enfermedades. La presentación se hizo en la Casa de la Provincia de Buenos Aires.

*"Pocos lo saben, pero virus como el de la hepatitis C está cinco veces más diseminado que el VIH, es decir que por cada caso de VIH habrá cinco de hepatitis"*, detalló Collia, y agregó que ambos tipos de hepatitis se contraen por relaciones sexuales sin preservativo o por contacto con sangre de una persona infectada. En muchos casos, observan los especialistas, la vía de contagio es el "canuto" o tubito que comparten los usuarios de cocaína.

*"Hacete la prueba al menos una vez en la vida"* es el lema de la campaña que pusieron en marcha el ministerio de Salud de la Provincia, la Fundación Icalma y el servicio de Hepatología del Hospital Italiano de Buenos Aires. ¿Qué se pretende? Que la gente pida a su médico –ya sea del

subsector privado de la salud o de un hospital público–, que le realice el test para saber si tiene o no hepatitis.

*"Es un análisis de sangre muy simple, pero fundamental para evitar el avance silencioso de esta enfermedad que inflama el hígado y la llena de cicatrices hasta dejarlo completamente disfuncional"*, explicó el presidente de Icalma, Adrián Gadano.

Dar con el diagnóstico tempranamente cambia el futuro. *"Hoy contamos con tratamientos muy efectivos y en los próximos años contaremos con tratamientos a medida, que evitarán años de sufrimiento y de patologías muy difíciles de tratar, como la cirrosis o el cáncer hepático"*, agregó el especialista.

### Se puede prevenir

La hepatitis B es ciento por ciento prevenible. Y hacerlo no cuesta nada. Es que existe una vacuna en el calendario nacional disponible tanto para chicos como para adultos, que evita contraer la infección por ese virus.

La hepatitis C, en cambio, aún no cuenta con inmunización. En ambos casos, para evitar estos virus, se recomienda mantener relaciones sexuales con preservativo, no compartir jeringas, "canutos" ni elementos que pudieran estar en contacto con sangre y evitar realizarse tatuajes,

*piercings* o acupuntura, a fin de disminuir el riesgo de contagio.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre 130 y 170 millones de personas en el mundo están infectadas con el virus de la hepatitis C y más de 350 000 mueren cada año como consecuencia de enfermedades hepáticas relacionadas con esta patología.

*"Diagnosticar las hepatitis antes de las complicaciones es el principal desafío, porque la mayoría de los afectados no saben que portan esos virus que constituyen la principal causa de trasplante de hígado"*, concluyó Gadano.

Del lanzamiento de la campaña participaron el viceministro de Salud, Sergio Alejandre, el director provincial de Hospitales, Claudio Ortiz, el director provincial de Atención Primaria, Luis Crovetto, la coordinadora del programa de VIH y Hepatitis Virales, Sonia Quiruelas, su par de Nación, Carlos Falistocco, y el subsecretario de la Casa de la Provincia, Rodolfo Valenta.



*Instan a vacunarlos ya con la antigripal y la antineumocócica*

## Menos casos de niños con bronquiolitis y neumonía en la provincia por la aplicación de las vacunas y otras medidas preventivas

La provincia de Buenos Aires registró, en los últimos dos años, una disminución del 18% en los casos de neumonía en niños de hasta 4 años, y del 16% en los casos de bronquiolitis en menores de 2 años, en coincidencia con la introducción de las vacunas antineumocócica y antigripal a partir de 2011 en el calendario nacional de vacunación.

Los datos surgen de la dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud de la Provincia, que ya desplegó la estrategia de prevención de invierno 2014, con la distribución de vacunas en los más de 1 600 vacunatorios públicos.

Además, recomendó vacunarse contra la gripe y el neumococo "lo antes posible", dado que en junio comienza un mes de bajas temperaturas y proliferación de virus y bacterias que atacan el sistema respiratorio.

*"Si bien no hay vacuna contra la bronquiolitis, las inmunizaciones antigripales y antineumocócicas fortalecen el sistema inmunitario de los más chicos y los colocan en una situación de menor vulnerabilidad frente a los virus que generan ese tipo de infecciones respiratorias agudas, las que constituyen una causa importante de muerte en menores de un año",* explicó el ministro de Salud, Alejandro Collia.

En concreto, durante 2013 se registraron 25 280 casos de neumonía en niños de hasta 4 años, contra 20 820 casos en 2012; es decir unos 4 460 casos menos. Mientras que, también el año pasado, se registraron 26 628 casos menos de bronquiolitis en menores de 2 años: 145 325, contra 171 953 registrados en 2012.

Además de sumar la vacuna gratuita contra el neumococo, una bacteria que puede provocar neumonía, otitis y meningitis, también se hicieron campañas para reforzar las inmunizaciones contra la tos convulsa. *"Todo esto contribuyó a mejorar las defensas de los más chicos contra las infecciones respiratorias agudas como la bronquiolitis, para lo cual también trabajamos fuertemente entregando medicación gratuita y sumando recursos humanos a los hospitales",* explicó el ministro Collia.

Los especialistas sostienen que la neumonía mata más niños que cualquier otra enfermedad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad neumocócica es una de las principales causas de muerte evitable por vacunación en el mun-



do, y es la responsable de hasta un millón de muertes en niños menores de 5 años de edad.

*"Por eso, la mejor forma de combatir una epidemia es trabajar en la prevención, y las herramientas más importantes dos son: la vacunación y la concientización",* sostuvo el director provincial de Atención Primaria de la Salud, Luis Crovetto. Y agregó que *"si bien la aplicación de estas vacunas se puede realizar en cualquier momento del año, lo ideal es aplicar la antigripal y la antineumocócica ahora, para evitar contraer los virus influenza y el neumococo".*

En el caso de la antigripal, además de los menores de dos años deben vacunarse las puérperas y embarazadas, los mayores de 65 años y todas las personas de entre 2 y 64 años que tengan enfermedades de base respiratorias, crónicas, metabólicas, renales, cardiovasculares o inmunosupresoras. De la antineumocócica se aplican tres dosis: una a los 2 meses de vida; otra a los 4 meses, y la tercera, al año. También deben aplicársela los adultos mayores de 65 años.

Por último, Crovetto destacó que además de la vacunación, *"la apropiación de hábitos saludables por parte de la comunidad, como el lavado de manos frecuente, el uso de alcohol en gel, el cuidado de no fumar donde hay niños, también son medidas que tienen un impacto positivo en la reducción de casos, así como evitar el colecho y acostar a los bebés boca arriba".*

*Iniciativa conjunta del Ministerio de Salud provincial y la SAHA*

## Campaña para detectar y prevenir la hipertensión arterial

La hipertensión arterial afecta a una de cada tres personas. Se recomiendan medirse la presión con regularidad y revisar los antecedentes familiares. El Ministerio de Salud inició una campaña de prevención junto con la Sociedad Argentina de Hipertensión (SAHA), y recibió el apoyo de los periodistas Guillermo Andino y Sergio Lapegüe.

No es un secreto: cuanto más elevada es la presión arterial, mayor es la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular.

Es que la hipertensión es el principal factor desencadenante de estos problemas de salud, incluso antes que los valores elevados del colesterol. Debido a que en la mayoría de los casos la hipertensión no presenta síntomas, el Ministerio de Salud provincial y la SAHA realizan una campaña para detectar y prevenir esta enfermedad tan silenciosa como peligrosa.

Según afirman los especialistas de la cartera sanitaria y la SAHA, el primer paso para combatir la hipertensión es adquirir hábi-

tos de vida saludables. El sedentarismo, las dietas con exceso de sodio, el hábito de fumar y la obesidad son los principales aliados de este mal que afecta a un tercio de la población argentina. No obstante, la carga hereditaria es otro factor determinante: se estima que si uno de los padres es hipertenso aumenta entre 2 y 4 veces la posibilidad de que los hijos presenten la enfermedad.

La campaña se da en el marco del Día Mundial de la Hipertensión, que se conmemora

el 17 de mayo, y consiste en una serie de actividades de prevención y difusión, como la medición de la presión arterial en espacios públicos de concurrencia masiva y la entrega de folletos con los conceptos preventivos centrales de esta problemática; para estas actividades fueron invitados los directores de las regiones sanitarias y las autoridades sanitarias de los municipios bonaerenses.

Como dato novedoso, esta vez la iniciativa contará con el apoyo y la participación activa de los conductores televisivos Guillermo Andino y Sergio Lapegüe, quienes realizaron un video educativo con consejos preventivos, con la colaboración de la empresa Aguas Danone de Argentina.

*“El problema radica en que la hipertensión puede pasar desapercibida hasta darnos un susto”,* explicó el ministro de Salud provincial, Alejandro Collia. *“Por eso, y a través de esta nueva campaña junto a la Sociedad Argentina de Hipertensión nos propusimos que las personas se informen bien y adquieran el hábito de medirse la presión para conocer si padecen este mal, aunque no sientan molestias físicas concretas”,* agregó. *“Cuando una persona tiene hipertensión, la sangre que bombea el corazón ejerce una mayor presión sobre las arterias. Si sube de peso tendrá que oxigenar más grasa y masa muscular, de modo que el corazón se verá mucho más exigido”,* explicó el director provincial



#### Recomendaciones saludables

En la mayoría de los casos, la hipertensión no puede curarse, pero sí puede controlarse. En general, debe seguirse un tratamiento regular de por vida para disminuir la presión y mantenerla estable. Las pastillas son sólo parte del tratamiento de la hipertensión, ya que el médico también suele recomendar una serie de cambios de hábitos, tales como:

- Reducir el peso corporal si tiene sobrepeso. Un sondeo del Ministerio de Salud provincial sobre 1 627 casos demostró que más de la mitad de los hombres tenían sobrepeso, mientras que entre las mujeres alcanzó el 39 por ciento.
- Realizar actividad física al menos 30 minutos al día favorece al sistema cardiovascular, disminuye la presión sanguínea y mejora la circulación, lo que reduce el riesgo de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular.
- Disminuir el uso de sal a 4-6 gramos al día y, sobre todo, consumir más frutas y verduras y menos productos envasados, como *snacks* y bebidas gaseosas, ya que contienen gran cantidad de sodio.
- Abandonar y reducir la ingesta de alcohol, que en las mujeres debe ser inferior a 140 gramos a la semana y en los hombres, inferior a 210 gramos semanales.

de Atención Primaria de la Salud, Luis Croveto.

#### Cómo detectar la enfermedad

Muchas personas padecen la enfermedad durante años sin saberlo. Es que en la mayoría de los casos la hipertensión no se manifiesta con síntomas. Por eso, el primer paso para detectarla es a través de la medición de la presión, un chequeo sencillo que dura unos pocos minutos. Sin embargo, los especialistas recomiendan estar atentos frente a dolores de cabeza, hemorragias nasales, zumbidos de oídos, mareos, enrojecimiento de la cara y el cuello. Y sobre todo, averiguar si existe un antecedente familiar de la enfermedad. Ahora bien, es importante aclarar que un resultado aislado de presión arterial elevada no significa necesariamente que una persona sea hipertensa. Desde la SAHA afirman que se requieren por lo menos dos o tres registros elevados en diferentes ocasiones, separados por un lapso de tiempo, para poder determinar si el individuo sufre la enfermedad. Entonces, ante un valor alto se recomienda repetir la medición en el transcurso de la semana y consultar al médico en caso de que se vuelva a repetir. Una vez confirmado el diagnóstico serán necesarios otros estudios para evaluar el estado general del paciente y el impacto que la hipertensión pueda haber provocado en otros órganos.

Semana del Parto Respetado para erradicar la violencia obstétrica

### El Parto Respetado contribuye a la reducción de las tasas de mortalidad materna y neonatal

La Provincia de Buenos Aires emplea una estrategia para evitar los malos tratos del equipo de salud a las parturientas y sus familias. Deben permitir que la mujer de a luz en la posición que desea y que la acompañe quien ella quiera. El papel de médicos y enfermeros es ponerse a su disposición.

El nacimiento de un niño es uno de los acontecimientos más importantes de una familia. Por eso, la Provincia de Buenos Aires ya sumó más de 60 hospitales al sistema de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF), una modalidad de atención humanizada, que se centra en los derechos de las mamás y sus hijos, y que sirve para reducir la mortalidad materna y neonatal. La estrategia contempla, por ejemplo, que la mujer elija la posición que le resulte más cómoda para parir, que opte por quien quiera para que sea su acompañante en el parto, que no tenga horarios para ver a su bebé en la sala de neonatología y que le presten ayuda para dar de mamar.

En los últimos dos años, en la Provincia de Buenos Aires, se redujo tanto la mortalidad materna como la neonatal. La primera lo hizo en un 32%, al pasar de 4.3 a 3 por cada diez mil nacimientos. Las muertes anuales de los bebés menores de un año bajaron de 11.5 cada mil nacidos vivos a 10.9 por mil.

Con esos datos en mano, durante las actividades por la Semana del Parto Respetado, el ministro de Salud provincial, Alejandro Collia, destacó que la baja en las tasas *“es el resultado concreto de las maternidades seguras y centradas en la familia, porque se empodera a los papás, y el equipo de salud trabaja en torno de ellos con mucho respeto por sus derechos y necesidades, como deber ser”*.

En la provincia de Buenos Aires este modelo comenzó a aplicarse en junio de 2010 en 36 hospitales y, en la actualidad, ya son 64 los que emplean la estrategia. *“Está previsto que para el año que viene, el 90% de los bebés que nazcan en los hospitales*

públicos de la Provincia lo hagan en este tipo de maternidades a las que, además, durante la gestión del gobernador Scioli, se les sumó tecnología de última generación para el apoyo de los bebés en riesgo”, sostuvo Collia.

### Internación conjunta

Las maternidades seguras priorizan la internación conjunta del bebé con su mamá. Está comprobado que el contacto de la piel entre la madre y el recién nacido, desde el primer momento, estimula la lactancia, mejora la estabilidad cardiorrespiratoria, beneficia la termorregulación del bebé y disminuye el estrés de ambos. *“Además, la inclusión del padre y del resto del grupo familiar en el proceso y en la internación neonatal también son acciones fundamentales para acompañar a la parturienta, quien no sólo ha experimentado cambios físicos sino también psicológicos y emocionales”*, indicó la directora de Maternidad e Infancia, Flavia Raineri.

*“Es por eso que el respeto por la decisión de la embarazada es fundamental. La mujer debe estar informada en todo momento sobre la evolución del parto. Es importante escuchar sus sentimientos, emociones y requerimientos, porque ella conoce su cuerpo mejor que nadie”*, manifestó Raineri.

El concepto de “seguridad” también es muy importante y requiere una constante capacitación del equipo médico profesional. Este año, la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia, en conjunto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), capacitaron y entregaron diplomas a más de 50 directores y jefes de servicio de Neonatología y Obstetricia, con el fin de profundizar la estrategia sanitaria y la calidad de gestión de quienes se adhieren al sistema de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

Incluso, y como una de las actividades centrales de la Semana del Parto Respetado, se realizarán dos encuentros que tendrán como eje central capacitar, por un lado, a las coordinadoras obstétricas de la provincia de Buenos Aires, y por el otro, a los residentes, futuros profesionales, para que conozcan a fondo los derechos de las embarazadas. Los encuentros se realizarán en la Casa de la Provincia el 29 de mayo, y se llevarán a cabo en colaboración con el Consejo Provincial de las Mujeres, dependiente del ministerio de Gobierno.

### Derecho a ser respetada

En 2013, los ministros de Salud, Alejandro Collia, y de Gobierno, Cristina Álvarez Rodríguez, firmaron un convenio para la puesta



### Cuándo un parto es respetado

Un parto es respetado si se cumplen las siguientes condiciones:

- La mujer debe ser informada sobre las intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante el proceso de parto, de manera que pueda optar libremente en caso de que existan diferentes alternativas.
- Debe ser tratada de modo individual y personalizado, en consideración con sus pautas culturales.
- La embarazada no está enferma. Debe ser considerada como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- Tiene derecho al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando las prácticas invasivas y el suministro de medicación si no es estrictamente necesario.
- Debe ser informada sobre la evolución del parto y el estado de salud de su hijo o hija.
- Es aconsejable y necesario que esté acompañada por una persona de confianza durante el trabajo de parto, el parto y posparto.
- Debe tener a su lado al bebé durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera cuidados especiales.

en marcha de la campaña provincial *“Gestando el cambio. Por tu derecho al buen trato obstétrico y a recibir información para decidir”*, que incluye la difusión de los derechos de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio en las maternidades.

La idea es evitar la violencia obstétrica, es decir, el maltrato y la falta de respeto hacia la embarazada o puerpera. Para llevarla a cabo se capacitó a los equipos de salud y se elaboró un proyecto de ley que ya fue enviado a la Legislatura. Ese proyecto hace hincapié en que la embarazada tiene derechos que el equipo de salud debe respetar. Por ejemplo: derecho a elegir en qué posición parir, a estar acompañada durante el parto por quien ella decida, a estar bien informada sobre lo que le están haciendo, a no aceptar intervenciones médicas innecesarias y al parto natural respetuoso de los tiempos biológicos, sin apelar a la cesárea si no hay una verdadera necesidad”, detalló Raineri. Finalmente, desde el Ministerio de Salud se hace hincapié en que la violencia obstétrica es parte de la violencia de género, sin embargo, una mujer no puede defender sus derechos si no los conoce. Por lo tanto, lo primero que debería hacer el equipo de salud es informar a la mujer sobre sus derechos y las intervenciones médicas que se le pudieran practicar, de manera que pueda optar libremente en caso de que existan diferentes alternativas.

### Actividades programadas

El jueves 29 de mayo, en la Casa de la Provincia de Buenos Aires (Callao 237, ciudad de Buenos Aires) se realizó una jornada de trabajo con obstétricas y referentes del Consejo Provincial de las Mujeres. El Ministerio de Salud y el Consejo trabajan en conjunto sobre la campaña *“Gestando el cambio”*, la reflexión sobre la violencia obstétrica y los derechos de las mujeres durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

En la misma jornada se trabajó un teatro foro que discutió el Parto Respetado con los equipos de salud.

El 4 de junio continuó el trabajo de campaña pero esta vez se realizó en Casa de Gobierno y formaron parte la Subsecretaría de Planificación, la Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia y los residentes obstétricos, de neonatología y de trabajo social.

*“La idea de estas jornadas es trabajar en la formación de los equipos de salud sobre la temática de violencia obstétrica para lograr un cambio hacia el interior de las instituciones sanitarias de toda la provincia de Buenos Aires”*, explicó la titular de Maternidad e Infancia, Flavia Raineri.

## Noticias breves

Con el patrocinio de banco Nación

### Actualización en Enfermedad de Chagas

Se llevó a cabo el pasado 10 de diciembre, en el Palacio San Martín de la Cancillería Argentina, una nueva jornada del Ciclo Integración Científica de América Latina



De izquierda a derecha, Dr. Marcelo Corti, Dr. Sergio Sosa Estani, Dr. Leonardo Gilardi, Dr. Nery Fures.

(CICAL) de los programas ACISE. En esa oportunidad, se entrevistó al Dr. Sosa Estani, director del Instituto Nacional de Parasitología Dr. Mario Fatała Chabén, sobre el trabajo *Enfermedad de Chagas, actualidad regional*. Participaron de la actividad profesionales representantes de 20 hospitales públicos, sociedades científicas, asociaciones profesionales, universidades e industria farmacéutica. La actividad se desarrolló con la participación de la Dirección de Organizaciones Intermedias de la Cancillería Argentina y con el patrocinio exclusivo del Banco de la Nación Argentina.

Para acceder a la jornada ingrese a [www.siicsalud.com/](http://www.siicsalud.com/)

Más información, [prensa@siic.info](mailto:prensa@siic.info).



Lanzamiento a nivel nacional

### Apertura de inscripciones para profesionales cardiólogos

Quedó formalmente inaugurado el programa *SIIC para cardiólogos de la Argentina*. A partir del 1 de marzo de 2014, los profesionales de esta especialidad pueden suscribirse gratuitamente a los sitios [siicsalud.com](http://siicsalud.com) para consultar gratuitamente artículos originales, revisiones, entrevistas, crónicas, casos clínicos y la mejor información provista por revistas especializadas del mundo. Además, recibirán sin cargo las revistas *Salud(i) Ciencia y Medicina* para y por *Residentes*, entre otros beneficios. Para registrarse, solicitar el formulario de inscripción a [acise@siic.info](mailto:acise@siic.info), indicando nombre y apellido, matrícula y lugar de desempeño.

Más información, [prensa@siic.info](mailto:prensa@siic.info).

Apertura de la convocatoria a nivel nacional

### Universidades públicas en ACISE

Se abrió la convocatoria para la adhesión gratuita de universidades nacionales del país a los programas ACISE de la *Fundación SIIC*. El llamado, que se mantendrá vigente desde abril hasta el 30 de junio de 2014, se enmarca en la Declaración de Interés Nacional a ACISE emitida por Presidencia de la Nación y el respaldo de la Secretaría de Políticas Universitarias del ministerio de Educación de la Nación. En el programa participan actualmente 24 universidades nacionales, entre otras, la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; Facultad de Ciencias Médicas, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario; Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral; Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Comahue; Universidad Nacional del Sur; Universidad Nacional de San Luis; Universidad Nacional de Entre Ríos; Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud, Universidad Autónoma de Entre Ríos; Universidad Nacional de Tres de

Febrero; Universidad Nacional de Córdoba; Universidad Nacional de Cuyo; Universidad Nacional del Noroeste. Más información, [prensa@siic.info](mailto:prensa@siic.info).

Por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

### Declaran de Interés el programa de entrevistas de SIIC con embajadas latinoamericanas

El Ciclo Integración Científica de América Latina (CICAL) que Fundación SIIC desarrolla en conjunto con las embajadas latinoamericanas en la Ciudad de Buenos Aires obtuvo un nuevo respaldo oficial. En esta oportunidad se trata del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el que con firma de su ministro, Alejandro Collia, destacó la importancia de estas jornadas en tanto tienen por objetivo "la actualización científica sin exclusiones, la contribución al proceso de integración científica regional (y la) puesta en valor de nuestros idiomas como lenguas de estudio e investigación". (Res. Nº 517/14).

CICAL es el programa de entrevistas y teleconferencias científicas a profesionales destacados de la salud y la medicina de la Argentina y América Latina. Los ciclos son coordinados por el equipo científico de SIIC con las representaciones diplomáticas de países hermanos, con participación gratuita, presencial y a distancia de hospitales y universidades públicas, invitados especiales y profesionales de la salud en general. CICAL integra los programas ACISE de la Fundación SIIC; en 2013 fue declarado de Interés Nacional por Presidencia de la Nación. Más información: [prensa@siic.info](mailto:prensa@siic.info).



Comienza la distribución a nivel nacional

### Salud(i)Ciencia vol. 20 nº 4



La Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) anunció la edición de un nuevo número de la revista *Salud(i)Ciencia*, órgano oficial de esta sociedad. La distribución de ejemplares del volumen 20, número 4, se inició el pasado 5 de mayo a nivel nacional. Los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires la recibirán, como siempre, por intermedio de la Dirección de Hospitales del Ministerio, a cargo del Dr. Claudio Ortiz. Más información: [dph@ms.gba.gov.ar](mailto:dph@ms.gba.gov.ar) (PBA).

Programa para residentes duplica inscripciones

### Crecimiento ACiSE a nivel nacional

Entre los datos destacados del informe anual ACiSE 2013, presentado por la coordinación Institucional de la Fundación SIIC el último 30 de abril, sobresale el crecimiento del programa ACiSE para Residentes de la Argentina (ACiSEARA), dirigido a profesionales de la salud formándose en residencias biomédicas del país. Respecto de diciembre de 2012, este programa mostró un incremento en las inscripciones del orden del 30%; actualmente beneficia profesionales residentes de 16 carreras, de todas las especialidades biomédicas. Entre los desarrollos activos, el programa ACiSE NACIÓN –patrocinado por el Banco de la Nación Argentina– es el de mayor diversidad y alcance profesional, con más de 1 200 inscriptos desempeñándose en 415 hospitales públicos y 362 centros asistenciales privados del país.

## Artículos originales

# Salud Mental: derechos de los pacientes, compromiso judicial y de las instituciones sanitarias

## *Mental health: patient rights, the commitments of legal and healthcare institutions*

Martín de Lellis

Psicólogo, Profesor Titular Regular, Cátedra Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en  
siicsalud

Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)



[www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/141337](http://www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/141337)

Recepción: 1/4/2014 - Aprobación: 30/4/2014  
Primera edición, [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): 17/6/2014

Enviar correspondencia a: Martín de Lellis,  
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos  
Aires, 1405, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,  
Argentina  
[delellis@fibertel.com.ar](mailto:delellis@fibertel.com.ar)

+ Especialidades médicas relacionadas,  
producción bibliográfica y referencias  
profesionales del autor.

### Resumen

La promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental se inscribe en un proceso de recientes transformaciones políticas e innovaciones legislativas que impactaron sobre el campo de la salud mental en la República Argentina durante la reciente década. Luego de una introducción al concepto de paradigma y su aplicación al campo de la salud mental, se analizan las dimensiones que permiten caracterizar la sustitución del modelo tutelar por el actual modelo, que centra su propuesta sobre la protección de los derechos del paciente y el logro de una mayor inclusión social. Estas dimensiones son: a) el pasaje de una ética centrada en la beneficencia a una ética basada en el enfoque de derechos y con criterio de equidad; b) el cambio de la institucionalización al trabajo en redes basado en un modelo comunitario de atención e interdisciplinario; c) la articulación de las prácticas jurídicas y sanitarias orientadas al control social mediante la administración de justicia y las instituciones de salud mental que proteja los derechos y garantice los procesos de inclusión social en los pacientes con sufrimiento mental. Finalmente, aún cuando la promoción de los derechos sociales representa un gran avance, estos no pueden garantizarse sólo con dispositivos jurídicos, sino mediante una auténtica participación de los grupos implicados y a través de un compromiso de los agentes que integran la administración de justicia y las instituciones de salud mental, a fin de que dichos sectores trabajen conjuntamente por la inclusión social.

**Palabras clave:** salud mental, paradigma, modelo, derechos, redes

### Abstract

*The enactment of the National Mental Health Act is part of a process of political transformation and recent legislative innovations that have had an impact on the field of mental health in Argentina during the last decade. After an introduction to the concept of paradigm and its application in the field of mental health, an analysis is made of the fundamental dimensions that can characterize the replacement of the protective model by the current model, which focuses on the protection given to the rights of the patient and on achieving greater social inclusion. These dimensions are: a) the transition from an ethics centered beneficence to an ethical approach based on rights and a criterion of social equity; b) the shift from institutionalization to networking based on a community model of interdisciplinary care in mental health; c) the liaison between legal and health practices for the social control by means of the administration of justice and mental health institutions to protect the rights and ensure social inclusion processes in patients with mental suffering. Finally, we note that although the promotion of social rights represents a breakthrough, these cannot be guaranteed through legal devices alone, but through genuine participation and mobilization of the groups involved and through a full engagement of agents in justice and mental health institutions, so that these sectors can work together for social inclusion.*

**Key words:** mental health, paradigm, model, rights, networks

### El paradigma científico y social

El concepto *paradigma* ha sido ampliamente aceptado para describir las recientes transformaciones que se han operado en el campo de la salud mental en Argentina. Dicho concepto ha sido acuñado por Thomas Kuhn,<sup>1</sup> quien define paradigma como: “Las realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”. En los ejemplos planteados por dicho autor, centrados en la evolución del conocimiento en las ciencias naturales, el paradigma es sostenido por la comunidad científica, que acepta como normal el modo de formular los problemas y de hallar las respuestas que permitan el avance del conocimiento: en la medida en que se produce un agotamiento del paradigma y se incrementan las anomalías que no pueden ser comprendidas

en dicho modelo se generarían las condiciones propicias para la emergencia de una visión sustitutiva (el nuevo paradigma) que se proclamará entonces como la manera legítima de plantear los problemas y las soluciones necesarias.

Más tarde, Fritjof Capra propuso una generalización del concepto utilizando la noción de *paradigma social* de un modo que resulta más apropiado para identificar las preconcepciones en la población general (comprendiendo entonces a la comunidad científica) respecto de ciertos campos problemáticos de la vida en sociedad. Se trata de “una constelación de logros –conceptos, valores, percepciones y prácticas compartidos por una comunidad– que conforman una particular visión de la realidad que, a su vez, es la base del modo en que dicha comunidad se organiza”.<sup>2</sup>

De acuerdo con esta definición, el paradigma no se aplicaría solamente a dominios científicos circunscritos sino también a campos socialmente problematizados alrededor de una cuestión, tales como la salud mental, la maternidad en riesgo, la violencia de género o el trabajo infantil, y cuyo abordaje requiere el entrecruzamiento de disciplinas científicas, marcos ideológicos, principios ético-normativos, prácticas y procedimientos instituidos que adoptan los distintos actores participantes. Una cuestión importante que cabe señalar es el grado de tensión mediante el cual los actores experimentan los cambios y transformaciones asociados con la sustitución de un paradigma.

Tanto en el paradigma aplicado a un campo socialmente problematizado como en dominios circunscritos de investigación (aunque en menor medida para el caso de las ciencias naturales) el cuestionamiento estará centrado no solamente en fundamentos científicos sino también en principios axiológicos (p. ej.: respecto de los derechos humanos, propuesta de inclusión y participación social) a partir de los cuales se denuncian las distorsiones o aberraciones que el paradigma anterior manifiesta al momento de su aplicación y que por ello mismo resulta imperioso sustituir.

Por ejemplo, la relación terapéutica que dio origen y sustentó durante décadas el paradigma tutelar entró en profunda crisis al cabo del tiempo, entre otras cosas porque reflejó su incapacidad para adecuarse a los cambios que se plantearon en el contexto social, ideológico y científico posterior a su emergencia y consolidación.

De allí que el cuestionamiento y la tensión que formula el nuevo paradigma en salud mental, basado en un enfoque de derechos (liderado por sociedades civiles, asociaciones profesionales y organizaciones que representan a familiares y usuarios), respecto del que debe ser sustituido estén a menudo cargados de tensiones, ya que se ponen de manifiesto posiciones antagónicas respecto de cómo son concebidos los derechos de las personas y sus oportunidades de inclusión social.

Asimismo, en campos problematizados socialmente concurren actores muy heterogéneos: agencias estatales, sociedades científicas, asociaciones profesionales, empresas lucrativas, instituciones formadoras, organizaciones de derechos humanos que, sostenidas por distintas racionalidades, intentarán (con mayor o menor suerte) la persecución de sus intereses movilizándolo sus recursos y, de ser posible, tratando de lograr una cierta hegemonía por sobre los demás actores en la toma de decisiones relativas a dicho campo.<sup>3</sup>

### De la ética de la beneficencia al enfoque de derechos

Tradicionalmente, desde el modelo tutelar, la ética aplicada al campo de la salud estuvo sustentada en el principio de la beneficencia, basada en las acciones que generan el mayor bien en el paciente, y el principio de la no maleficencia, concebido como evitar el perjuicio o daño, que constituyeron dos principios normativos indisolubles de la práctica profesional.

Esta concepción paternalista, fuertemente impregnada por el asistencialismo y el tratamiento moral, estuvo encarnada en la figura del médico benefactor y en la acción filantrópica (sostenida hasta bastante avanzado el siglo XX por el papel ejercido por las damas de caridad) que dará legitimidad al modelo de reclusión en asilos, concebidos como instituciones de protección y cuidado. Se

introdujo además la clínica como método específico para el tratamiento, permitiendo evitar así los perjuicios del tratamiento por medio de la coerción física brutal que por entonces se aplicaba a los enfermos mentales. Tales antecedentes de humanización se profundizaron con los aportes de aquellos psiquiatras y pedagogos que formularon e implementaron estrategias de rehabilitación a través de la educación y del trabajo.<sup>4</sup>

Pero el modelo tutelar acabó por traicionar, al cabo del tiempo, los principios fundantes de la ética aplicada a la salud mental: la conducta de profesionales e instituciones terminó consolidando las situaciones más aberrantes (que, en ocasiones, violaron las reglas del juramento hipocrático en las cuales se consagraban los principios de la beneficencia y la no maleficencia), se vulneraron los principios del derecho fundados en la capacidad de decisión del sujeto y se aumentó la inequidad, pues la exclusión fue la respuesta habitual para las personas pobres, reflejando ello una profunda desigualdad en el acceso y la calidad de los servicios.

Asimismo, y en virtud de la importancia adquirida por el principio de la beneficencia como eje rector de la ética, centrado en las decisiones adoptadas por el profesional, ni la opinión del paciente ni la de sus familiares fueron consideradas al momento de compartir información necesaria para consentir decisiones relativas al tratamiento, aspecto que hoy se halla claramente enfatizado en las leyes vigentes.

Dado que la enorme mayoría de casos se han puesto bajo tutela judicial y eso ha implicado situaciones en las cuales se planteó la sustitución de derechos (las decisiones son adoptadas por un tercero, por ejemplo un curador de oficio), ello ha conspirado aún más para que no sean reconocidas las preferencias subjetivas de los sujetos con padecimiento mental relativas al acceso a la información, a la posibilidad de consultar la historia clínica personal, aceptar o rehusar la internación u otro tipo de intervenciones o garantizar la confidencialidad en el proceso de atención.

Basada en la revisión de tales antecedentes históricos, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en diciembre de 2010, promueve una jerarquización de los aspectos axiológicos, ya que formula principios que obligan a la comunidad de práctica profesional al respeto de los principios de la ética aplicada al considerar el derecho del paciente a brindar su consentimiento respecto de las prácticas que se administrarán, la elección del mejor tratamiento o bien la aceptación de la internación.

El respeto de los derechos fundamentales comprendidos en el actual marco normativo y que se expresa en la oportunidad de participar en decisiones respecto del tratamiento a recibir significan un importante avance en relación con el estadio anterior, en el cual tales derechos se veían vulnerados de forma casi absoluta. Precisamente una de las cuestiones a considerar entonces es que la aplicación de tales principios no represente sólo obligaciones formales que se traduzcan en la aplicación mecánica del consentimiento informado concebido como resguardo jurídico-legal de los profesionales,<sup>5</sup> sino una apuesta al empoderamiento de los agentes del sector salud y de los propios usuarios para la toma de decisiones. Asimismo promueve medidas de inclusión social que funda el camino para la formulación e implementación de políticas públicas con criterio de equidad, apoyándose en medidas que aseguren dar la atención necesaria a quienes más la necesitan.<sup>6</sup>

Una de las cuestiones que surge con claridad es que la ley nacional propone un modelo de trabajo interdisciplinario y una redistribución del poder en el seno del

equipo de salud, y de éste con la comunidad, a partir de lo cual cobra relieve la participación de actores no convencionales, tales como los usuarios, los familiares y las organizaciones no gubernamentales en los distintos momentos que configuran el ciclo de las políticas públicas, tales como: la inclusión en ámbitos de concertación cuyo objetivo es el establecimiento de agendas y la articulación de recursos e iniciativas institucionales que permitan la concreción de un nuevo paradigma; en los procesos de definición de políticas públicas, apoyando iniciativas de importancia tales como la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y otras importantes herramientas normativas; mediante la integración a los equipos de salud en el momento de la implementación, colaborando en tareas de fiscalización o control social, brindando aportes específicos, en nada sustituibles por la participación de los otros integrantes del equipo de salud.

### De la institucionalización al trabajo en red

El progresivo incremento en el número de pacientes institucionalizados en hospitales monovalentes ha estado vinculado históricamente con el hacinamiento, la violencia, el desposeimiento y el abandono de los cuidados mínimos que deben ser prodigados a las personas con trastornos mentales.

Ya avanzado el siglo XX, la labor inaugurada por Goffman,<sup>7</sup> en trabajos que describieron los efectos devastadores de la institucionalización en regímenes totales, ha permitido consolidar una corriente de pensamiento que cuestionará la existencia misma del asilo psiquiátrico por constituirse como ejemplo de distorsión de los fines sanitarios y escenario de violaciones sistemáticas a los derechos humanos. El nuevo paradigma se propone afrontar el problema que representa la desarticulación de las redes propia de las instituciones totales y proponer una reestructuración de los servicios, consistente en la inclusión o el fortalecimiento del componente de salud mental en el primer nivel de atención, la apertura y el fortalecimiento de los servicios de salud mental en los hospitales generales (con internación o sin ella) y la progresiva superación de las instituciones monovalentes.

Dado que las redes son el ámbito en el que los sujetos participan en la construcción de significados y en el intercambio de saberes y competencias para obrar en el mundo, se destacan especialmente aquellas redes informales que obran como apoyo y sostén afectivo, así como las redes institucionales de base territorial, pues permiten potenciar los recursos y la creación de alternativas novedosas para dar respuesta a necesidades y problemáticas compartidas. Finalmente, asegurar a los usuarios la integralidad y continuidad en los procesos asistenciales mediante la acción concertada de las redes de establecimientos y servicios de salud cuyo objetivo sea lograr una mayor coordinación de las acciones y una optimización de los recursos invertidos en el funcionamiento del sistema de atención.

### Administración de justicia y salud mental

La perspectiva aportada por el nuevo paradigma ha hecho aun más intolerable la situación de las personas judicializadas pero sometidas a condiciones aberrantes y cuyos derechos han sido conculcados con mucha mayor frecuencia que los de cualquier otro tipo de pacientes hospitalizados. Esta cuestión plantea la necesidad de articular el criterio que acompaña la decisión judicial (hallar una respuesta estatal al abandono familiar, a la falta de hogar y de satisfacción de las otras necesidades básicas) y el criterio que acompaña la decisión sanita-

ria de brindar la mejor asistencia posible con los medios disponibles.

A partir de su sanción se gestan las condiciones para producir una reestructuración de los procedimientos judiciales, ya que la nueva ley obliga a que, de manera previa a decidir la internación, debe procederse a una evaluación interdisciplinaria en la que consten con claridad los criterios que justificarían la internación, tales como hallarse la persona *"ante un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros"*.<sup>7</sup> Ésta es una de las vías más potentes para desterrar el concepto de peligrosidad, que ha resultado el fundamento de la mayor parte de las internaciones involuntarias (y a menudo de por vida) en las instituciones monovalentes.

Inspirada en los principios de protección a los enfermos mentales, la ley nacional considera la internación como *"Un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social"*,<sup>9</sup> y *"debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios"*.<sup>10</sup>

La ley señala taxativamente que toda internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de diez horas al juez competente y al órgano de revisión para que éste autorice, requiera más información y eventualmente deniegue dicha solicitud.<sup>11</sup> Por otra parte, y en el caso de que el juez autorice la internación involuntaria *"Debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a treinta días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida"*.<sup>12</sup> Añade asimismo otros controles necesarios ya que, en el caso de que una internación involuntaria se transforme en voluntaria, se le comunicará al juez esta novedad y que *"Los informes periódicos deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de las estrategias de atención, las distintas medidas implementadas por el equipo y las respuestas obtenidas, fundamentando adecuadamente la necesidad del mantenimiento de la medida de internación"*.<sup>13</sup>

La constatación de que el alcance y el tenor de las decisiones adoptadas por los profesionales sanitarios y por los agentes del Poder Judicial se oriente por el nuevo paradigma en salud mental permitiría que los postulados de la reforma vayan delineándose paulatinamente y se pueda cubrir la brecha entre los aspectos fácticos y normativos.

### Comentarios finales

El cuestionamiento al modelo tutelar desde el nuevo paradigma permite formular nuevas instancias para el tratamiento de las personas con padecimiento mental y para la protección de sus derechos, en particular mediante la constitución de órganos de revisión cuyo objetivo sea la fiscalización periódica de los pacientes internados.

Por ello resulta imperioso lograr una modificación de prácticas culturalmente arraigadas durante décadas: el libramiento de oficios judiciales que obligaban a la internación compulsiva, el escaso celo concedido a la evaluación de la condición en la que se encuentran los pacientes hospitalizados y a los procesos de externación asistida.

Aun cuando la promoción de los derechos sociales que deben ser garantizados representa un gran avance, estos no pueden garantizarse sólo mediante dispositivos jurídicos, ya que la experiencia histórica enseña que ello se consolida institucionalmente si se conjuga con un movimiento social que promueva una auténtica participación y movilización de los grupos implicados. Los avances propuestos

deberán promover los cambios institucionales necesarios a favor de una mayor protección de los derechos de los pacientes y por medio de un compromiso más pleno de

los agentes que integran la administración de justicia y las instituciones de salud mental, para que dichos sectores trabajen conjuntamente por la inclusión social.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014  
www.siicsalud.com

*El autor no manifiesta conflictos de interés.*

**Cómo citar este artículo**  
de Lellis M. Salud Mental: derechos de los pacientes, compromiso judicial y de las instituciones sanitarias. Epidemiología y Salud 2(1):11-4, Ago 2014.

**How to cite this article**  
de Lellis M. Mental health: patient rights, the commitments of legal and healthcare institutions. Epidemiología y Salud 2(1):11-4, Ago 2014.

### Autoevaluación del artículo

El nuevo paradigma en salud mental se sustenta en principios éticos que deben ser examinados en sus repercusiones prácticas, pues influyen sobre el accionar de las instituciones, los servicios y los profesionales que intervienen en el proceso de atención. De allí la importancia de diferenciar los fundamentos éticos que guiaron la práctica profesional desde hace siglos con enfoque renovados que se asientan en los avances de la bioética y la ética social.

#### ¿Cuál es la innovación que plantea el nuevo paradigma de la salud mental en el plano de la ética?

A, Responsabilidad profesional basada en el principio de beneficencia; B, Coordinación de acciones entre juristas y profesionales de salud; C, Se centra en la protección de los derechos del paciente; D, Incorporación de comités de ética a la práctica hospitalaria; E, Sanción de los casos de mala praxis profesional.

Verifique su respuesta en [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/141337](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/141337)

#### Bibliografía

1. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica, México, 1962.
2. Capra F. La trama de la vida. Anagrama, Barcelona, 1996.
3. Bourdieu P. Algunas propiedades de los campos. En: Campo de poder, campo intelectual. Montessori, Buenos Aires, 2002.
4. De Lellis M. Psicología y políticas públicas de salud. Paidós, Buenos Aires, 2006.
5. Garbus P, Solitario R, Stolkiner A. Aspectos éticos en investigaciones no clínicas en el campo de la salud. Algunas consideraciones acerca del consentimiento informado en personas declaradas incapaces. Anuario de Investigaciones. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Secretaría de Investigaciones, Volumen XVI, Tomo I, pp. 329-338, 2009.
6. Peter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad en salud. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Organización Panamericana de la Salud, 2002.
7. Goffman E. Internados. Amorrortu. Buenos Aires, 2007.
8. Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, Art. 20.
9. Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, Art. 14.
10. Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, Art. 21.
11. Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, Art. 24.
12. Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, Art. 24.
13. Decreto Reglamentario 603/13, Artículo 24.

### Curriculum Vitae abreviado del autor



**Martín de Lellis.** Profesor Titular Regular, Cátedra Salud Pública y Salud Mental I, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Magister en Administración Pública, UBA. Docente de grado y posgrados del área. Autor de libros, compilaciones y numerosas publicaciones especializadas. Director de proyectos de extensión e investigación (Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA, Ministerio de Educación de la Nación). Asesor en temas de salud de agencias internacionales (OIT, OPS). Actualmente se desempeña como funcionario de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación.

# Resultados del programa de intervención para disminuir la mortalidad materna en un hospital de segundo nivel

## *Obstetric outcomes of a medical training program to reduce maternal mortality*

Omar Calvo Aguilar

Médico, Especialista en Medicina Materno Fetal; Profesor adjunto, Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia, UABJO; adscrito a la División de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México.

Arturo Molina Sosa, Médico, Académico emérito Academia Mexicana de Cirugía; Especialista en Ginecología y Obstetricia; Consejero Presidente, Comisión Estatal de Arbitraje Médico, Oaxaca, México

Acceda a este artículo en  
siicsalud

Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)



[www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/128735](http://www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/128735)

Recepción: 18/9/2013 - Aprobación: 4/10/2013  
Primera edición, [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com); 7/11/2013  
Segunda edición, ampliada y corregida,  
[www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): 18/4/2014

Enviar correspondencia a: Omar Calvo  
Aguilar, Calzada Porfirio Díaz #400 col.  
Reforma, CP 68000 Oaxaca de Juárez, Oaxaca,  
México.  
[omarcalvoaguilar@hotmail.com](mailto:omarcalvoaguilar@hotmail.com)

+ Especialidades médicas relacionadas,  
producción bibliográfica y referencias  
profesionales de los autores.

### Resumen

**Introducción:** La mortalidad materna es un indicador de desarrollo humano. Se han realizado programas para disminuirla, enfocados en la tercera demora para disminuir las muertes maternas previsibles. **Materia**l y **método:** Estudio de tipo transversal con exposición natural de pacientes al manejo de los médicos del primer y segundo nivel de atención luego de llevar a cabo una intervención educativa. La intervención fue evaluada desde la perspectiva de conocimientos médicos adquiridos y del impacto en los resultados obstétricos, teniendo variables de proceso y de resultados. La comparación fue por medio de *chi* al cuadrado y se consideró significativa cuando el valor de *p* fue menor de 0.05. **Objetivo:** Evaluar el programa de intervención educativa para disminuir la mortalidad materna. **Resultados:** Se realizó la revisión del proceso de evaluación y se consideró que fue óptimo el aprendizaje al aprobar la capacitación más del 80% de los médicos. Luego, se revisaron 7 985 expedientes, que concluyeron con recién nacidos vivos durante la fase de evaluación, que fueron comparados con controles de dos años. Se encontraron como principales causas de morbilidad materna extrema la preeclampsia, la hemorragia obstétrica masiva (HOM) y la sepsis. Las variables de procesos que fueron tasas de letalidad general y específica disminuyeron en el año de intervención con respecto a los controles y alcanzaron significación estadística sólo para HOM. Las razones de mortalidad materna también disminuyeron durante el año de intervención sin alcanzar significación estadística. **Conclusión:** Los programas de intervención educativa generan disminución en los indicadores de procesos y resultados obstétricos.

**Palabras clave:** mortalidad materna, morbilidad, emergencias obstétricas, educación médica continua

### Abstract

**Background:** Maternal mortality is an indicator of human development. Programs have been implemented to reduce predictable maternal deaths by focusing on the third delay. **Methods:** Transversal study with natural exposure of patients to medical management of the first and second levels of care after carrying out an educational intervention. The intervention was evaluated from the perspective of medical knowledge acquired and the impact on obstetric outcome variables taking process and outcome into account. The comparison was made by the chi-square method and was considered significant when the value of *p* was less than 0.05. **Objective:** To evaluate the educational intervention program to reduce maternal mortality. **Results:** We performed a review of the evaluation process, and the learning process was considered optimal since more than 80% of medical trainees passed. Then a review was made of 7 985 cases that resulted in live births during the assessment phase. These were compared with two control years where it was found that the main cause of maternal morbidity was extreme preeclampsia, obstetric hemorrhage (HOM) and sepsis. The process variables, such as rates of general and specific mortality, decreased in the intervention year compared to controls and reached statistical significance only for HOM. Maternal mortality ratios also decreased during the intervention year without reaching statistical significance. **Conclusion:** The educational intervention programs generate a decline in indicators of processes and obstetric outcomes.

**Key words:** maternal mortality, morbidity, obstetric emergency, continuing medical education

### Introducción

La mortalidad materna es un indicador de desigualdad social, bajo índice de desarrollo humano e incumplimiento de diversos derechos de la mujer, y se considera un problema grave de salud pública en el ámbito mundial, nacional y local. El estado de Oaxaca, en México, es uno de los que presenta las razones de mortalidad materna más elevadas en el país. En 2009, se situaba como el estado con la razón de mortalidad materna más alta a nivel nacional, con 98 por cien mil recién nacidos vivos.<sup>1</sup> En 2011 se colocó en la tercera posición con una razón de mortalidad materna de 77 por cien mil nacimientos, cuando la razón nacional es de 56 por cien mil nacimientos.<sup>2</sup> Durante los últimos diez años, esta razón de mortalidad materna en el estado ha presentado pequeñas disminu-

ciones, sin lograr alcanzar a la razón nacional, e impidiendo contribuir con las metas del milenio para 2015, para cuando México se comprometió a disminuir la mortalidad materna en un 75%; esto es una razón de 22.3 por cien mil recién nacidos vivos.<sup>3</sup> El Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso de los Servicios de Salud de Oaxaca es el centro de referencia del todo el estado, con una razón de mortalidad materna de 183.5 por cada cien mil recién nacidos vivos en los últimos diez años, manteniendo un promedio de 11.8 muertes maternas por año. Las mujeres sin seguridad social son las principalmente afectadas. En Oaxaca se encuentra más del 50% de los municipios considerados de alta y muy alta marginación del país.<sup>4</sup>

La muerte materna se define, según el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10), como la muerte de una

mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.<sup>5</sup> Se considera que entre el 60% y 83% de las muertes maternas son debidas a retraso en recibir tratamiento<sup>6,7</sup> (tercera demora denominada retardo en recibir tratamiento adecuado, en este caso directamente relacionado con la calidad en la prestación de la atención médica), derivado de la deficiencia percibida por el grupo de Atención Inmediata a Defunciones Maternas (AIDeM) en los médicos en cuanto a fallo en el diagnóstico durante el trabajo de parto y control prenatal, mal manejo de las emergencias obstétricas, mala interpretación de estudios de laboratorio, deficiencia en las técnicas quirúrgicas y descuido en el período puerperal.<sup>8</sup> Todas estas deficiencias pueden abordarse y ser susceptibles de corrección mediante programas de educación continua.

De acuerdo con la definición de la OMS sobre educación continua que refiere que es el conjunto de actividades de enseñanza-aprendizaje dirigido al médico en ejercicio con el afán de mejorar e incrementar sus capacidades para la práctica de la medicina, este evento debe ser permanentemente sistematizado para obtener nuevos conocimientos y capacidades, valorar la vigencia de los adquiridos y complementar las carencias, de manera que los resultados de su ejercicio sean de máxima calidad.<sup>10</sup> Los programas de capacitación al personal médico a futuro tendrán valor administrativo y académico para las instituciones superiores de educación y salud, ya que, al aplicar en la vida real los conocimientos de un programa de esta índole, se tiene el efecto deseado al cambiar los patrones y conductas, manifestándose por reducción de los errores y disminuyendo los costos. Los programas de capacitación han demostrado diferencias significativas en la atención y conocimientos al realizar la comparación con personal no capacitado en cuanto a identificación del problema, reconocimiento de riesgos e identificación y aplicación de la terapia adecuada para el caso.

En este sentido, nuestro objetivo fue evaluar el impacto en los indicadores de atención obstétrica de un hospital de segundo nivel del programa de educación continua para mejorar resultados obstétricos y disminuir la mortalidad materna.

## Material y método

Estudio transversal, analítico, observacional con controles históricos, en el que se llevó a cabo una intervención educativa en los médicos del primer y segundo nivel de atención, tomando como grupo expuesto de forma natural al total de pacientes ingresadas durante 2010 al hospital de referencia para resolución del embarazo. Los controles históricos fueron el total de pacientes ingresadas en el año previo a la capacitación y en 2011, año en que se suspendió el programa.

El Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso contribuye de manera anual con el 15% al 20% de la mortalidad materna a nivel estatal. Las principales causas informadas de muerte materna son: preeclampsia, hemorragia obstétrica y sepsis, que ocupan el 85% del total de la institución. El hospital es centro de referencia del primer nivel de atención de la zona urbana. Este primer nivel de atención cuenta con centros encargados de la atención a embarazadas que conforman la red obstétrica metropolitana.

El diseño curricular del programa educativo fue enfocado en la atención y prevención de emergencias obsté-

tricas, con un modelo pedagógico que sustenta el diseño curricular del programa educativo por competencias profesionales, atacando las deficiencias mostradas en los médicos por el grupo AIDeM.

El curso se llevó a cabo en noviembre de 2009, con dos réplicas más en febrero y agosto de 2010 para reafirmar conocimientos, de manera simultánea en dos componentes. El primero fue diseñado para los médicos en segundo nivel e impartido por especialistas de tercer nivel de atención con enfoque a preeclampsia, sepsis y hemorragia obstétrica. Estuvo dividido en 15 subtemas, 5 para cada unidad, con la elaboración de instrucciones para manejo de las emergencias obstétricas escritas en diagramas de flujo, que estuvieron disponibles para todos los médicos en las áreas de urgencias, tococirugía y cuidados intensivos. El segundo componente fue enfocado para el primer nivel de atención en el que se incluyeron 16 temas elegidos a partir del criterio de mayor relevancia en la mortalidad materna, seleccionados por el comité *ad hoc* y llevados a cabo por médicos especialistas y subespecialistas en las diferentes áreas de Ginecología y Obstetricia. Los cursos tuvieron evaluaciones previas a la impartición del curso y posteriores a éste mediante exámenes escritos y un caso clínico para verificar si las destrezas habían sido adquiridas. Esta evaluación se llevó a cabo mediante la aplicación del examen para proveedores de salud de la Universidad de Columbia, Nueva York, disponible en su página web, y se consideraron aprobados con un porcentaje de aprovechamiento mayor del 80%. Este personal aprobado fue asignado en las áreas críticas (tococirugía y urgencias obstétricas) en el caso de los especialistas, mientras que los médicos de primer nivel fueron asignados a los centros que presentan mayor cantidad de atenciones obstétricas.

Se verificó que contaran con abastecimiento de los principales fármacos incluidos en los diagramas de flujo y que se contara con los medios para traslado de pacientes. El programa consistió en la capacitación y elaboración de normativas para manejo de las principales morbilidades en la adquisición de medicamentos y equipo incluido en los diagramas de flujo y, una vez efectuada la capacitación, se prepararon éstos para iniciar el proyecto en enero de 2010.

El proyecto fue diseñado para dos años, sin embargo, por política estatal se llevó a cabo en el período comprendido entre enero y diciembre de 2010. Dado que las condiciones éticas no permiten un ensayo clínico aleatorizado, se decidió evaluar la exposición natural de las pacientes al manejo instaurado por los médicos luego de haber llevado a cabo la capacitación.

Para verificar el impacto del programa se utilizaron como variables de proceso las tasas de letalidad general en obstetricia y las tasas de letalidad específicas para cada una de las afecciones que generan las defunciones y la morbilidad materna extrema. Como variables de resultados, se utilizaron la razón de mortalidad materna y la razón de mortalidad materna directa e indirecta para realizar la comparación del período de la capacitación con los controles. Para catalogar las entidades se empleó el Código de Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión. Para preeclampsia, se incluyeron los códigos 13, 14 y 15, con sus respectivos subcódigos. Se consideraron morbilidad materna extrema los códigos 141 y 15; para hemorragia obstétrica masiva, se consideraron los códigos 81, 441, 71 y 72. Para los casos de morbilidad extrema se consideró el código 72; para sepsis se consideraron los códigos 85X, 86 y 900. Para los re-

sultados se utilizó estadística descriptiva en cuanto a las principales morbilidades y causas de mortalidad materna. Con el fin de realizar la comparación entre el año de intervención y los controles, se utilizó el método de análisis de *chi* al cuadrado y se consideró significativo cuando el valor de *p* fue menor de 0.05. Todo fue efectuado en el paquete estadístico SPSS 20.

## Resultados

En 2010 se llevó a cabo el programa de intervención para capacitar a los médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso y médicos generales de la red obstétrica metropolitana en manejo de emergencias obstétricas. Este programa se integró por medio de talleres; el primero impartido por el grupo ALSO y dos más por el grupo de cuidados intensivos de INPerIER en el primer componente, mientras que, en el segundo componente, se llevaron a cabo dos capacitaciones realizadas por médicos especialistas y subespecialistas en el área.

Fueron incluidos un total de 86 médicos generales de los centros de atención primaria que integran la red obstétrica metropolitana y 21 médicos especialistas en ginecología y obstetricia que están adscritos al hospital general del estado; también 54 enfermeras de segundo nivel y 12 médicos residentes. El componente I del proceso de capacitación fue para segundo nivel. Un total de 17 especialistas, 50 enfermeras y 10 residentes aprobaron el curso y fueron distribuidos en las áreas de mayor relevancia del servicio, como tococirugía y urgencias en los diferentes turnos. El total de personal capacitado del segundo nivel en el componente I fue del 88.5%. En las evaluaciones subsecuentes en febrero y agosto fue aprobado el 98.8% del personal del segundo nivel. En el componente II, fue incluido un total de 86 médicos, de los cuales 50 fueron acreditados con más del 80% de conocimientos en el examen posterior a la capacitación. Cabe resaltar que ninguno de los médicos alcanzó más de 80% de conocimientos en el examen previo. El promedio obtenido en el examen previo fue del 67%, mientras que, en el posterior fue del 81%. En la segunda evaluación, aprobó el 81.3%, con lo que se consideró que ambos componentes de la capacitación estaban completos al haber aprobado más del 80% del personal incorporado a los cursos (Tabla 1).

Al inicio de 2012, se inició el proceso de evaluación del programa para verificar los resultados obtenidos. Fueron incluidos un total de 27 008 expedientes de mujeres que ingresaron a la institución de enero de 2009 a diciembre de 2011 por cursar con embarazo. De este grupo finalizaron con recién nacido vivo el 86.3%. El grupo de intervención quedó constituido por 7 985 expedientes correspondientes a 2010, mientras que el grupo control quedó conformado por 15 337 expedientes. La morbilidad general en el período de estudio fue 1 65%, mientras que por grupo se obtuvo el mismo valor en el grupo control y expuesto.

Se identificaron un total de 1 236 casos de preeclampsia y se obtuvo una prevalencia de 530 por diez mil (5.3%). La incidencia para el grupo de intervención fue de 57.2 por cada mil (5.7%); en el grupo control, la incidencia fue de 50 por cada mil (5%). Los casos considerados como morbilidad materna extrema para preeclampsia fueron un total de 739, distribuidos 189 en el grupo de intervención que correspondió al 25.6% y 550 en el control, con el 74.4%. La morbilidad materna extrema para preeclampsia fue de 23 por cada mil casos en el grupo de intervención; para los controles fue de 35 por mil casos. La morbilidad materna extrema en el período estudiado para preeclampsia fue de 31.8 por mil. El número de mujeres fallecidas por preeclampsia fue de 12 en el período de estudio, 6 sucedieron en el grupo de intervención y 6 en el grupo control. La tasa de letalidad por preeclampsia fue de 9.7 por cada mil casos. La tasa de letalidad en la comparación de grupos mostró, para el año de intervención, 1.3 por cien casos, mientras en el control fue de 0.77 por cien casos. La razón entre mortalidad y morbilidad materna extrema por preeclampsia fue de 1 muerte materna por 61.5 casos de morbilidad materna extrema; para el grupo de intervención, la relación fue 1 muerte materna por 31.5 casos, mientras que para el control fue de 1 por cada 91 casos de morbilidad materna extrema de preeclampsia.

Por su parte, para la hemorragia obstétrica masiva (HOM) se identificaron un total de 174 casos y se obtuvo una prevalencia de 74.8 por diez mil (0.74%). La incidencia para el grupo de intervención fue de 7.5 por cada mil (0.7%); en el grupo control, la incidencia fue de 7.4 por cada mil (0.7%). Los casos considerados como morbilidad materna extrema para HOM fueron un total de 60, de los cuales 15 fueron distribuidos en el grupo de intervención que correspondió al 25%, y 45 en el control, con el 75%. La morbilidad materna extrema para HOM fue de 1.8 por cada mil casos en el grupo de intervención; para los controles fue de 2.9 por mil casos. La morbilidad materna extrema en el período estudiado para HOM fue de 25.8 por diez mil. El número de mujeres fallecidas por HOM fue de 7 en el período de estudio; 6 sucedieron en el grupo control y sólo hubo un caso para el grupo de intervención. La tasa de letalidad por HOM fue de 4 por cada cien casos para el período de estudio; la tasa de letalidad en el comparativo de grupos mostró para el grupo control 5.2 por cien casos, mientras en el grupo de intervención fue de 1.6 por cien. La razón entre mortalidad y morbilidad materna extrema por HOM fue de una muerte materna por 8.5 casos de morbilidad materna extrema; para el grupo de intervención, la relación fue 1 muerte materna por 15 casos, mientras para el control fue de 1 por cada 7.5 casos de morbilidad materna extrema de HOM.

Finalmente, se identificaron un total de 82 casos de sepsis y se obtuvo una prevalencia de 35.2 por diez mil (0.35%). La incidencia para el grupo de intervención fue de 3.2 por cada mil (0.32%); en el grupo control la incidencia fue de 3.6 por cada mil (0.36%). Los casos considerados como morbilidad materna extrema para sepsis fueron un total de 10, distribuidos 3 en el grupo de intervención y 7 en el control. La morbilidad materna extrema para sepsis fue de 0.37 por cada mil casos en el grupo de intervención; para los controles fue de 0.45 por mil casos. La morbilidad materna extrema en el período estudiado para sepsis fue de 4.3 por diez mil. El número de mujeres fallecidas por sepsis fue de 5 en el período de estudio; 1 sucedió en el grupo de intervención y 4 en el grupo control. La tasa de letalidad por sepsis fue de 6 por cada cien casos; la tasa de letalidad

**Tabla 1.** Aprovechamiento en relación con el sexo en el examen previo y en el examen posterior para el componente II del primer nivel de atención.

Sexo n = 86	Preprueba % Aprovechamiento	Posprueba % Aprovechamiento	Valor de p	Aprobados %
Hombre (34)	65.8	79	< 0.05	52.9
Mujer (52)	67.8	82.3	< 0.05	61.5
Total	67	81	< 0.05	58.1

Fuente: Exámenes aplicados y calificados por los Servicios de Salud de Oaxaca Jurisdicción Sanitaria 01, Valles Centrales, Oaxaca, México.

**Tabla 2.** Variables de procesos comparadas por grupo.

Variable	Grupo intervención	Grupo control	Valor de p
Tasa de letalidad general (x 1 000)	12.8	17.9	> 0.05
Tasa de letalidad preeclampsia (x 1 000)	1.3	0.77	> 0.05
Tasa de letalidad HOM (x 100)	1.6	5.2	> 0.05
Tasa de letalidad sepsis	3.8	7.1	> 0.05
MOE (x 1 000)	35	39	> 0.05
MOE preeclampsia (x 1 000)	23	35	< 0.05
MOE HOM (x 1 000)	1.8	2.9	> 0.05
MOE sepsis (x 1 000)	0.37	0.45	> 0.05

Fuente: Departamento de Estadística Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México.  
HOM: hemorragia obstétrica masiva; MOE: morbilidad extrema.

en la comparación de grupos mostró, para el año de intervención, 3.8 por cien casos, mientras en el control fue de 7.1 por cien casos. La razón entre mortalidad y morbilidad materna extrema por sepsis fue de una muerte materna por 2 casos de morbilidad materna extrema. Para el grupo de intervención, la relación fue 1 muerte materna por 3 casos, mientras para el control fue de 1 por cada 1.75 casos de morbilidad materna extrema de sepsis (Tabla 2).

La mortalidad materna durante el período de estudio fue de 31 casos, 9 sucedidos en el grupo de intervención y 22 en el grupo control. Se catalogaron como directas 24, de las que 17 acontecieron en los controles y 7 en el grupo de intervención. Treinta de las muertes sucedidas fueron en el período puerperal y todas las pacientes fueron referidas de centros de atención primaria, a excepción de dos casos que fueron pacientes en control prenatal dentro de la misma institución. Las principales determinantes de la mortalidad materna directa fueron la preeclampsia con 12 casos, la HOM con 7 casos y la sepsis con 5. De las causas indirectas, la tromboembolia pulmonar tuvo dos casos; la cardiopatía presentó dos casos; el coriocarcinoma, el traumatismo craneoencefálico y la leucemia, un caso cada una. En el período de estudio, la razón de mortalidad materna (RMM) obtenida fue de 133 por cada cien mil recién nacidos vivos. Para el grupo de intervención, la RMM obtenida fue de 112.7 por cien mil, mientras que para el grupo control fue de 143.4 por cien mil. La razón de mortalidad materna directa (RMMD) fue de 103.3 por cien recién nacidos vivos durante el período de estudio. Para el grupo de intervención se obtuvo 87.6 por cien mil y para el grupo control fue de 110.8 por cien mil. La razón de morbilidad extrema (MOE) respecto de muertes maternas durante el período de estudio fue de una muerte por cada 26 casos graves (Tabla 3).

**Tabla 3.** Comparación por grupos variables de resultados.

Variables	Intervención	Controles	Valor de p
Razón de mortalidad materna	112.7	143.4	> 0.05
Razón de mortalidad materna directa	87.6	110.8	> 0.05
Razón MOE/MM	23	27.3	> 0.05
Razón MOEpre/MMpree	1/31.5	1/61.5	> 0.05
Razón MOEHOM/MMHOM	1/15	1/7.5	> 0.05
Razón MOEsep/MMsep	1/7	1/3.5	> 0.05

Fuente: Departamento de Estadística Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México.  
HOM: hemorragia obstétrica masiva; MM: mortalidad materna; MOE: morbilidad extrema; pree: preeclampsia; sep: sepsis.

## Discusión

La evaluación de los programas diseñados para disminuir la mortalidad materna pone énfasis en la capacitación e integración de equipos de atención a emergencias. Las diversas evaluaciones mencionadas sólo se reflejan en el grado de conocimientos obtenidos por el proceso de enseñanza-aprendizaje y con la satisfacción que representa para el médico haber adquirido conocimientos. Sin embargo, son pocos los programas que se han encargado del proceso de evaluar el impacto en los resultados obstétricos. El programa de Draycott *et al.*,<sup>11</sup> es el único en el que se menciona la evaluación de los resultados perinatales, mientras que en otros se mencionan los resultados sólo del programa de entrenamiento, como en el caso de Robertson *et al.*<sup>12</sup> Este tipo de evaluaciones a los programas de capacitación médica continua deben ser enfocados con mayor seriedad y verificar si el programa es de utilidad a la comunidad médica y, por supuesto, en el grupo de pacientes en el que se necesita que se note el cambio con la modificación a los indicadores de salud obstétrica. Si bien es cierto que este tipo de programas no va a resolver la problemática en su totalidad, debemos observar que, en los diferentes análisis de mortalidad materna, entre el 50% y 75% de las muertes maternas se pueden prevenir en su mayoría con acceso oportuno a la atención. Esta tercera demora depende de la actitud y conocimientos de los médicos, por lo que es importante generar este cambio con la capacitación, por medio de la cual se podría disminuir de manera relevante esta entidad clínica. El resto de la mortalidad materna que se origina por la primera y segunda demora tienen que ver con la accesibilidad y los medios, como disponer de los insumos necesarios y equipamiento, instalaciones adecuadas, personal suficiente y sin olvidar que el conjunto de estas con la capacitación hacen posible mejorar la calidad de la atención a las mujeres en el embarazo. Los programas diseñados para prevenir la muerte materna mediante el control prenatal no son del todo eficaces como lo es el entrenamiento en situaciones de emergencia.

La mortalidad materna observada en el período estudiado en el centro hospitalario se encuentra al doble de la estimada en 2011 en la misma entidad federativa. Esta razón de mortalidad es la que ha mantenido el hospital en los últimos diez años, sin conseguir la disminución. El promedio de muertes anuales es de 11 casos, las mismas que se presentaron en el grupo control. El año de intervención mostró una disminución que, si bien no alcanzó significación, fue una disminución relevante. De haberse podido continuar este programa, probablemente los resultados obtenidos hubieran sido de mayor relevancia, por lo que trabajar en las causas directas principales como son la preeclampsia, la sepsis y la hemorragia puede ser una herramienta muy útil, principalmente para disminuir los casos de muerte en relación con la gravedad. La asociación que guarda la muerte materna por sepsis con el número de casos es alta, considerando que la preeclampsia guarda una relación menos grave pero, por la gran cantidad de pacientes con esta afección, el número de muertes se incrementa de manera notoria y éste es el principal componente de la mortalidad.

La prevalencia de la preeclampsia es menor que la informada en otros países, pero la mortalidad derivada de ella es muy alta. Como se observa en las tasas de letalidad, la prevalencia de hemorragia obstétrica masiva es baja al compararla con los informes epidemiológicos, pero también la tasa de letalidad es muy elevada, con el

mismo caso para la sepsis. El manejo en los tres casos mostró una disminución de estos indicadores, aunque no fue estadísticamente significativo. La morbilidad materna extrema se ha incrementado con el paso del tiempo, lo que nos habla de que cada vez más los médicos están identificando y manejando adecuadamente las afecciones que la integran, como son los casos de la preeclampsia, la sepsis y la HOM. La relación de mortalidad materna por MOE fue menor en el grupo expuesto, con excepción de la preeclampsia en la que, en el grupo de intervención, la mortalidad se encontró más alta que en el grupo control.

La creación de programas de capacitación implica la evaluación del impacto en los resultados perinatales y obstétricos, no únicamente en la perspectiva personal de mejora en los conocimientos o el sentirse mejor porque se adquirieron éstos. Se debe tener presente el compromiso de mejorar la calidad de la atención a las mujeres. Todo programa de entrenamiento llevado a cabo debe ser evaluado y, con base en los resultados, decidir si es viable a corto o largo plazo, para generar nuevas propuestas, realizar la planeación y ejecutar nuevamente con las mejoras del proceso de retroalimentación. Hace falta crear nuevos programas para evaluación que tomen en cuenta los parámetros internacionales de entrenamiento, las características de la población, el nivel de conocimiento adquirido, la comunicación asertiva con sus compañeros y pacientes,

la distribución de insumos, materiales y equipos y la disponibilidad política, que es un factor indispensable para que estos programas funcionen. Mientras que las principales causas de mortalidad materna, como la pobreza, la falta de acceso a la educación, la marginalidad y el bajo índice de desarrollo, no se puedan modificar, la única alternativa con la que se cuenta para disminuir la mortalidad materna son los programas de capacitación médica.

## Conclusiones

El programa de capacitación diseñado especialmente para revertir las deficiencias que mostraron en la evaluación los médicos en contacto con las embarazadas mejoró notablemente el nivel de conocimientos de los involucrados con un porcentaje de aprovechamiento suficiente.

El programa de intervención mejoró las variables de proceso, como las tasas de letalidad, y fue significativo en el caso de la HOM. El programa obtuvo disminución de la mortalidad materna, tanto en la razón general como en la directa, sin que alcanzara significación estadística.

La evaluación de los programas de capacitación en emergencias debe ser un requisito indispensable para todos los grupos que trabajan en esta disciplina. Generar nuevos programas de entrenamiento debe acompañarse del programa respectivo de evaluación e impacto en los resultados obstétricos.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014  
www.siic.salud.com

*Los autores no manifiestan conflictos de interés.*

### Cómo citar este artículo

Calvo Aguilar O, Molina Sosa A. Resultados del programa de intervención para disminuir la mortalidad materna en un hospital de segundo nivel. *Epidemiología y Salud* 2(1):15-9, Ago 2014.

### How to cite this article

Calvo Aguilar O, Molina Sosa A. Obstetric outcomes of a medical training program to reduce maternal mortality. *Epidemiología y Salud* 2(1):15-9, Ago 2014.

## Autoevaluación del artículo

La educación médica continua es el método por el cual los profesionales incrementan capacidades y destrezas. Este recurso ayuda a disminuir la mortalidad materna al mejorar la atención médica.

**¿Cuál de estos procesos relacionados con la mortalidad materna puede mejorarse con la educación médica continua?**

A, La primera demora; B, La segunda demora; C, La tercera demora; D, La etapa puerperal precoz; E, La etapa puerperal tardía.

Verifique su respuesta en [www.siic.salud.com/dato/evaluaciones.php/128735](http://www.siic.salud.com/dato/evaluaciones.php/128735)

### Bibliografía

1. SSO. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna.
2. SSO: Archivo interno de vigilancia epidemiológica de la Mortalidad Materna.
3. ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio y Metas del Milenio. Declaración de la cumbre del Milenio Nairobi Kenia; 1987.
4. Comisión Económica para América Latina. CEPAL, Naciones Unidas. Objetivos del desarrollo del Milenio. <http://www.eclac.org>.
5. Berg C, Callaghan W, Syrverson C, et al. Pregnancy-related Mortality in the United States 1998-2005. *Obst & Gynecol* 116(6):1302-1309, 2010.
6. [http://www.sinais.salud.gob.mx/muertes\\_maternas/index.html](http://www.sinais.salud.gob.mx/muertes_maternas/index.html)
7. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 375:1609, 2010.
8. Díaz D, Castañeda M, Meneses S. Implicaciones del seguro popular en la reducción de la muerte materna: Perspectivas a nivel nacional en los estados de Chiapas y Oaxaca; 2010.
9. International statistical classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD 10). Geneva, Switzerland, World Health Organization; 1992.
10. Meriën AE, van de Ven J, Mol BW, Houterman S, Oei SG. Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: a systematic review. *Obstet Gynecol* 115:1021-1031, 2010.
11. Draycott T, Sibanda T, Owen L, et al. Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG* 113:177-82, 2006.
12. Robertson B, Schumacher L, Gosman G, Kanfer R, Kelley M, DeVita M. Simulation-based crisis team training for multidisciplinary obstetric providers. *Simul Health* 4:77-83, 2009.

## Curriculum Vitae abreviado del autor



**Omar Calvo Aguilar.** Especialista en Ginecología y Obstetricia, Especialista en Medicina Materno Fetal, Maestro en Ciencias Médicas. Médico adscrito al Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso. Director de Difusión e Investigación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca, Oaxaca, México.

# Infecciones de transmisión sexual por *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*

## *Sexually-transmitted infections in Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis*



**Claudio M. Zotta**

Técnico Químico, Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara; ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán, Mar del Plata, Argentina

**Diana Gómez**, Médica Veterinaria, Bacterióloga Clínica e Industria, Jefa de Servicio de Bacteriología, Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara; Mar del Plata, Argentina

**Silvina Lavayén**, Licenciada en Química, Servicio de Bacteriología, Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara; Mar del Plata, Argentina

**María Griselda Galeano**, Médica, Servicio de Infecciones de Transmisión Sexual, Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara; Mar del Plata, Argentina

Acceda a este artículo en  
siicsalud

Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)



[www.siicsalud.com/dato/arsic.php/134775](http://www.siicsalud.com/dato/arsic.php/134775)

Recepción: 28/3/2013 - Aprobación: 30/5/2013  
Primera edición, [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): 13/8/2013  
Segunda edición, ampliada y corregida,  
[www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): 3/12/2013

Enviar correspondencia a: Claudio Marcelo Zotta, Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara; ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán, 7600, Mar del Plata, Argentina  
[marcelozotta@hotmail.com](mailto:marcelozotta@hotmail.com)



Especialidades médicas relacionadas,  
producción bibliográfica y referencias  
profesionales de los autores.

### Resumen

*Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis* son bacterias anaerobias facultativas, que se asocian con la colonización e infección genital en los seres humanos adultos, aunque también pueden aislarse en individuos asintomáticos, lo que sugiere que pueden comportarse como patógenos oportunistas. El objetivo de este trabajo consistió en determinar la prevalencia de estos microorganismos en pacientes consultantes al Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida del Instituto Nacional de Epidemiología de la ciudad de Mar del Plata. Se realizó un estudio epidemiológico de tipo retrospectivo de 312 muestras de pacientes adultos de ambos sexos consultantes entre los años 2001 y 2006. La distribución por sexos fue 67.3% mujeres y 32.7% hombres, con edades comprendidas entre 15 y 71 años. La prevalencia de infección por *Ureaplasma urealyticum* fue de 51.9% y la de *Mycoplasma hominis* de 25.6%. La detección de estos microorganismos en forma simultánea para un mismo paciente fue de 30.2%. La doxiciclina fue el antibiótico que mayor sensibilidad presentó frente a estos aislamientos. *Candida albicans* resultó el microorganismo más asociado a la presencia concomitante de *U. urealyticum* y *M. hominis*. De acuerdo con los datos obtenidos resulta necesario intensificar la detección de estos microorganismos potencialmente patógenos para monitorizar su circulación en la población.

**Palabras clave:** micoplasma, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, prevalencia, enfermedad de transmisión sexual

### Abstract

*Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* are facultative anaerobic bacteria, which are associated with genital colonization and infection in human adults. Although they can also be isolated in asymptomatic individuals, suggesting they may behave as opportunistic pathogens. The aim of this study was to determine the prevalence of these microorganisms in patients that consult the service of Sexually Transmitted Diseases and AIDS from the National Institute of Epidemiology in the city of Mar del Plata. It consisted of an epidemiological-retrospective study of 312 samples of adult patients of both sexes that consulted between the years 2001-2006. Sex distribution was 67.3% for women and 32.7% for men, aged between 15 and 71 years. The prevalence of *Ureaplasma urealyticum* was 51.9% and of *Mycoplasma hominis* 25.6%. The detection of these microorganisms simultaneously for the same patient was 30.2%. Doxycycline was the most sensitive antibiotic to these isolations. *Candida albicans* was the organism most associated to the concomitant presence of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis*. According to the data obtained it is necessary to intensify the detection of these potentially pathogenic microorganisms so as to monitor their circulation among the population.

**Key words:** mycoplasma, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, prevalence, sexually transmitted disease

### Introducción

Los micoplasmas son bacterias anaerobias facultativas, excepto *Mycoplasma pneumoniae*, que es un aerobio estricto. Una característica típica que distingue el micoplasma de otras bacterias, es la falta de la pared celular. Los micoplasmas pertenecen a la clase Mollicutes, al orden Mycoplasmatales y a la familia Mycoplasmataceae. Ésta contiene dos géneros que pueden infectar seres humanos: *Mycoplasma* y *Ureaplasma*, denominados colectivamente como micoplasmas.<sup>1</sup>

Varias especies del género *Mycoplasma*: *M. pneumoniae*, *M. hominis*, *M. genitalium*, y dos especies del género *Ureaplasma*: *U. urealyticum* y *U. parvum*, se encuentran en muestras clínicas humanas.<sup>2,3</sup> Con excepción de *M. pneumoniae* (causa bien reconocida de neumonía atípica), el papel de los otros micoplasmas en las enferme-

dades humanas es un tema de controversia. *Mycoplasma hominis*, *U. urealyticum* y *U. parvum* se asocian con colonización e infección genital en los adultos, y colonización e infección respiratoria en los recién nacidos. Estas especies se asocian y están implicadas como agentes causales en una amplia variedad de cuadros patológicos. Sin embargo, estas mismas especies también pueden aislarse en individuos asintomáticos, lo que sugiere que pueden comportarse sobre todo como patógenos oportunistas. *Mycoplasma genitalium* ha sido aislado en los aparatos genital y respiratorio y en la actualidad se dilucida su papel como agente productor de uretritis no gonocócica y no clamidial y de otras infecciones del aparato genital.<sup>2</sup>

A *M. hominis* se lo ha asociado con pielonefritis, enfermedad inflamatoria pélvica y fiebre puerperal (fiebre puerperal), y a *U. urealyticum* se lo ha asociado con uretritis

no gonocócica,<sup>1,4</sup> aunque otro estudio proporcionó resultados que apoyan la evidencia que *M. genitalium* causa uretritis no gonocócica en los hombres.<sup>5</sup>

Si bien los micoplasmas patógenos del ser humano son capaces de causar enfermedades agudas, generalmente producen patologías de evolución silenciosa que tienden a la cronicidad, afectan múltiples sitios, con un amplio espectro de complicaciones, y también actúan como cofactores en diversas enfermedades.<sup>6</sup>

La colonización por *M. hominis* y *U. urealyticum* puede tener lugar durante el nacimiento pero en la mayoría de los casos la infección se autolimita. Sólo en un pequeño número de casos la colonización persiste. Sin embargo, las tasas de colonización se incrementan cuando los individuos comienzan a ser sexualmente activos. Aproximadamente el 15% son colonizados por *M. hominis* y entre un 45% y un 75%, por *U. urealyticum*. Se trata de portadores asintomáticos, aunque los microorganismos pueden ser patógenos oportunistas.<sup>1</sup>

En los Estados Unidos se encuentran especies de *Ureaplasma* en cultivos vaginales del 50% de las pacientes atendidas en el sector privado y en el 80% de las mujeres atendidas en el sector público de salud.<sup>7</sup>

Epidemiológicamente, estos microorganismos se transmiten fundamentalmente por vía sexual, las tasas de colonización del tracto genital tanto en los hombres como en las mujeres se relacionan con la actividad sexual y la probabilidad de colonización en individuos con múltiples parejas sexuales. También las tasas de aislamiento más bajas en las mujeres que utilizan anticonceptivos de barrera son otra prueba de la transmisión por vía sexual.

Factores tales como la edad, las costumbres y el número de parejas sexuales, los hábitos higiénicos y de vestido, así como las lesiones y alteraciones en la estructura del aparato genital debidas al uso de antisépticos e irrigaciones vaginales con diversos productos, el uso de toallas sanitarias y tampones, el consumo de anticonceptivos hormonales o de barrera y la administración de antibióticos sistémicos pueden modificar la flora bacteriana vaginal. También los cambios hormonales, metabólicos y en la respuesta inmunitaria pueden producir modificaciones en la flora bacteriana vaginal y la convierten en un huésped más vulnerable para la adquisición de algunas infecciones a ese nivel. Estos procesos tienen una particular importancia, ya que pueden favorecer problemas de esterilidad, infertilidad, embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, además de una amplia gama de riesgos ginecológicos.<sup>6</sup>

Un estudio cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de infección cervicovaginal por *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum* en la población no embarazada captada en la clínica de infecciones de transmisión sexual del Instituto Nacional de Perinatología, en México, arrojó que de 1 783 casos estudiados, se encontró un 3.9% (71 casos) de positividad general, correspondiendo a *M. hominis* el 64.7% de los aislamientos (46 casos) y a *U. urealyticum* el 35.3% (25 casos).<sup>6</sup>

En un estudio, *M. hominis* fue detectado significativamente con mayor frecuencia que otros micoplasmas en mujeres que presentaban vaginosis bacteriana y sus parejas, frente a aquellas que no presentaban tal patología en el estudio.<sup>8</sup>

En otra investigación se observó una prevalencia de 9% (14 muestras) para *M. hominis* y de 53% (83 muestras) para *U. urealyticum*, y 38% (59 muestras) de aislamientos mixtos.<sup>9</sup> Esto concuerda con lo comunicado por otros

autores, quienes describen una prevalencia de *U. urealyticum* que está por encima de la de *M. hominis* y también de los aislamientos mixtos.<sup>10-12</sup> La variabilidad hallada en la detección de estos microorganismos también se puede observar en otros trabajos, en los cuales la prevalencia informada de *U. urealyticum* fue de 37.6%, en China,<sup>13</sup> y de 48.4%, en Turquía,<sup>14</sup> lo que supera a la de *M. hominis* y también a la de ambos aislamientos asociados. Se considera que *M. hominis* tiene una prevalencia del 20% al 50% y que la de *U. urealyticum* es del 40% al 80%.<sup>10</sup>

En la Argentina, según datos oficiales de notificación, se informaron, en 2005, 11 543 casos de supuraciones genitales no gonocócicas y sin especificar, y en 2006, 12 476 casos.<sup>15</sup>

El objetivo del presente trabajo consistió en determinar la prevalencia de *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis* en pacientes adultos de ambos sexos consultantes al Servicio de Infecciones Transmitidas Sexualmente del Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud, Dr. Carlos G. Malbrán.

## Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio epidemiológico de tipo retrospectivo a partir de 312 muestras de pacientes adultos de ambos sexos consultantes entre 2001 y 2006, en el Servicio de Infecciones Transmitidas Sexualmente y Sida del Instituto Nacional de Epidemiología de la ciudad de Mar del Plata.

En el Laboratorio de Diagnóstico, Investigación y Referencia de esta institución se tomaron muestras de hisopados endocervicales a las mujeres consultantes e hisopados uretrales a los varones para el diagnóstico bacteriológico de microorganismos de transmisión sexual y patógenos oportunistas. Las muestras obtenidas fueron procesadas en el Servicio de Bacteriología, realizándose frotis coloreados por la técnica de Gram y preparaciones en fresco para la observación microscópica de *Trichomonas vaginalis*. Además, las muestras fueron sembradas en placas de agar Thayer-Martin modificado y agar chocolate, e incubadas durante 48 horas a 36°C en atmósfera enriquecida con 5% de dióxido de carbono, en agar sangre (agar base Columbia con agregado de 5% de sangre ovina) e incubadas durante 24-48 horas a 36°C en atmósfera enriquecida con 5% de dióxido de carbono y en agar glucosado sabouraud e incubadas durante 24-48 horas a 36°C. La identificación bioquímica se realizó según técnicas y protocolos de rutina.<sup>16-19</sup>

Para la detección y estimación del perfil de sensibilidad de *U. urealyticum* y *M. hominis* se utilizó un kit comercial (Mycofast® Evolution 2, Internacional Microbio), método "todo líquido", basado en la capacidad de estos microorganismos de metabolizar respectivamente la urea y la arginina. El material contenido en el hisopo de toma de muestra genital se sembró en un medio de transporte de micoplasmas, trasvasándose posteriormente a un medio de crecimiento liofilizado y sembrándose en pocillos contenidos en una galería (todos estos reactivos y la galería fueron provistos por el kit) junto con el suplemento activador del crecimiento de *M. hominis* (kit) y vaselina, recubriendo los pocillos con ayuda de una película adhesiva, y se incubó a 37°C ± 1°C durante 24-48 horas para la lectura e interpretación de los resultados.

El crecimiento de micoplasmas visualizado de esta forma permitió la numeración basada en la velocidad de hidrólisis de los sustratos, proporcional a la cantidad de

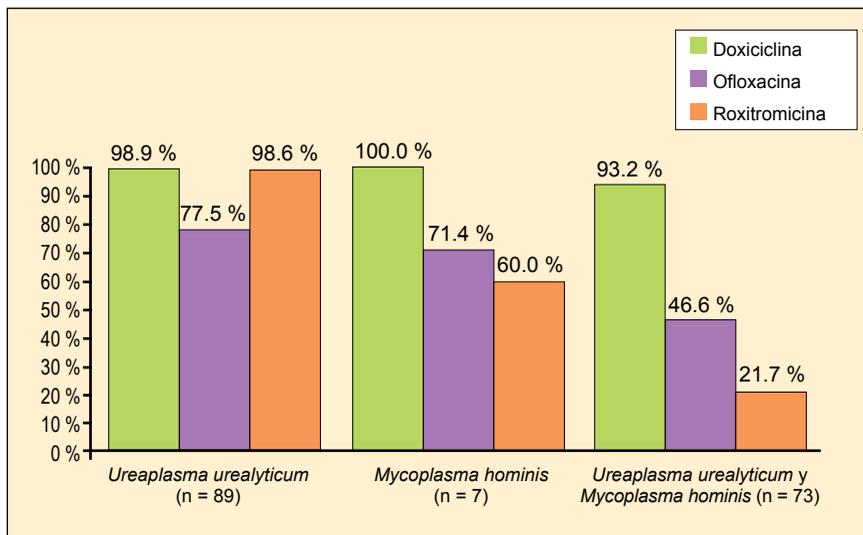


Figura 1. Sensibilidad de *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*. INE Dr. Juan H. Jara, Mar del Plata, años 2001-2006 (n = 169).

gérmenes contenidos en la muestra (cinética enzimática - patentes: europea N° 0311541, EE.UU. N° 5.091.307), la identificación basada en la sensibilidad o no del germen frente a tres antibióticos (Identibiotique®), la posibilidad de detección simultánea de ambos microorganismos y la detección de la resistencia a tres antibióticos: doxiciclina (8 µg/ml), roxitromicina (4 µg/ml) y ofloxacina 4 (µg/ml).

Se realizó el análisis descriptivo de variables en estudio y el cálculo de las medidas de tendencia central mediante el uso del paquete Epi Info™ 3.5.4, y la asociación estadística de variables con el programa Epi Dat 3.1.

## Resultados

El 67.3% (n = 210) de los pacientes consultantes eran de sexo femenino, mientras que el 32.7% (n = 102) eran varones. Los consultantes estaban comprendidos en un rango de edad de 15 a 71 años, con un promedio de edad de 34.3 años; una mediana de 34.0 y una desviación estándar de 11.7 años.

La prevalencia de *U. urealyticum* fue de 51.9% (n = 162) en el total de las muestras procesadas; las tasas de detección de *U. urealyticum* distribuidas de acuerdo con el sexo de los consultantes fueron 63.3% en las mujeres y 28.4% en los hombres.

*Mycoplasma hominis* presentó una prevalencia de 25.6% (n = 80) en el total de las muestras procesadas, lo que resulta en tasas de detección de *M. hominis*, de acuerdo con el sexo de los consultantes, de 31.4% en las mujeres y de 13.7% entre los varones.

La concomitancia de *U. urealyticum* y *M. hominis* con otros microorganismos fue del 36.4%, los gérmenes hallados fueron: *Candida albicans* (21.9%), *Trichomonas vaginalis* (4.1%), *Gardnerella vaginalis* (2.9%), *Neisseria gonorrhoeae* (2.1%), asociación de *Candida albicans* con *Gardnerella vaginalis* (1.7%), *Streptococcus* beta-hemolítico serogrupo C (1.7%), *Streptococcus pyogenes* (0.8%), *Streptococcus agalactiae* (0.8%) y *Enterococcus faecalis* (0.4%).

La detección de *U. urealyticum* y *M. hominis* en forma simultánea para un mismo paciente se presentó en el 30.2% (n = 73) de las muestras positivas para ambos microorganismos.

Para la estimación del antibiotipo de *U. urealyticum*, en primer término se agruparon los resultados de detección de acuerdo con si la presencia de estos microor-

ganismos fue detectada en forma única o en forma concomitante entre ambos y luego se estableció el perfil de sensibilidad frente a los tres antibióticos ensayados. Para *U. urealyticum* (n = 89) la sensibilidad a la doxiciclina resultó del 98.9%; del 77.5% ante ofloxacina, y de 98.6% para roxitromicina. *Mycoplasma hominis* (n = 7) presentó una sensibilidad del 100.0% para doxiciclina, del 71.4% ante ofloxacina, y del 60.0% frente a roxitromicina. La presencia de *U. urealyticum* y *M. hominis* en forma concomitante (n = 73) mostró una sensibilidad del 93.2% frente a doxiciclina, del 46.6% ante ofloxacina, del 21.7% a roxitromicina (Figura 1).

El resultado negativo para la detección de estos microorganismos no excluyó además el aislamiento de otros agentes, tanto de transmisión sexual como de otros gérmenes oportunistas.

## Conclusión

*Ureaplasma urealyticum* fue detectado más frecuentemente que *M. hominis* a partir de muestras clínicas de pacientes consultantes a un servicio específico de atención de enfermedades de transmisión sexual y sida.

Estos resultados de frecuencia de aislamientos concuerdan con lo comunicado por otros autores en distintos trabajos, en los cuales la prevalencia de *U. urealyticum* está por encima de la de *M. hominis* y también de los aislamientos simultáneos.<sup>9-13</sup>

Tanto la presencia de *U. urealyticum* como la de *M. hominis* resultaron superior en los pacientes de sexo femenino. *Candida albicans* resultó el microorganismo más asociado con la presencia tanto de *U. urealyticum* como de *M. hominis*.

En cuanto a la estimación de la sensibilidad a los antimicrobianos ensayados, los dos microorganismos estudiados, tanto en presentaciones monomicrobianas como asociadas, mostraron mayor sensibilidad a la doxiciclina.

Cabe aclarar que como la detección de *M. hominis* sin la presencia asociada con *U. urealyticum* presentó un valor de prevalencia muy bajo, la distribución de la sensibilidad-resistencia a los tres antibióticos ensayados resultó estadísticamente no significativa (p = 0.16), a diferencia de *U. urealyticum*, que tanto en presentaciones monomicrobianas como asociadas a *M. hominis* mostró distribuciones estadísticamente significativas (p < 0.0001). En el caso de *U. urealyticum*, la doxiciclina y la roxitromicina, no mostraron diferencias significativas entre sí, pero fueron superiores a la ofloxacina (p < 0.001).

La tendencia de estos resultados de sensibilidad antibiótica se asemeja, aunque con algunas disparidades, con lo informado por otros trabajos,<sup>9,10</sup> en los que la mayor sensibilidad se encontró frente a doxiciclina, tanto para *U. urealyticum* como para *M. hominis*, y también ante aislamientos simultáneos.

En este trabajo no se estudiaron posibles factores de riesgo como las enfermedades inmunosupresoras (p. ej.: infección por el virus de la inmunodeficiencia humana),

la relación de pareja (estable, ocasional o conducta sexual promiscua) o el uso de dispositivos intrauterinos asociados a la detección de *U. urealyticum* y *M. hominis*. Ante los

datos obtenidos resulta necesaria la intensificación de la detección de estos microorganismos potencialmente patógenos para monitorizar su circulación en la población.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014  
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Cómo citar este artículo	How to cite this article
Zotta CM, Gómez D, Lavayén S, Galeano MG. Infecciones de transmisión sexual por <i>Ureaplasma urealyticum</i> y <i>Mycoplasma hominis</i> . Epidemiología y Salud 2(1):20-3, Ago 2014.	Zotta CM, Gómez D, Lavayén S, Galeano MG. Sexually-transmitted infections in <i>Ureaplasma urealyticum</i> and <i>Mycoplasma hominis</i> . Epidemiología y Salud 2(1):20-3, Ago 2014.

### Autoevaluación del artículo

Existen muchas especies de micoplasmas, pero sólo cuatro se reconocen como patógenos de seres humanos: *M. pneumoniae*, *M. hominis*, *M. genitalium* y *Ureaplasma urealyticum*. Aunque son capaces de causar enfermedades agudas, generalmente producen padecimientos de evolución silenciosa que tienden a la cronicidad.

¿Cuál de los siguientes micoplasmas se caracteriza por mayor prevalencia en los seres humanos?

A, *Ureaplasma urealyticum*; B, *Mycoplasma hominis*; C, *Mycoplasma genitalium*; D, La prevalencia es comparable para las 3 especies.

Verifique su respuesta en [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/134775](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/134775)

### Bibliografía

- Mayer G. *Mycoplasma* y *Ureaplasma*. University of South Carolina School of Medicine. Microbiology and Immunology. Bacteriology. Chapt 19. Disponible en: <http://pathmicro.med.sc.edu/mayer/myco.htm>. Acceso: 4 de diciembre de 2012.
- Winn W, Allen S, Janda W, Koneman E, Procop G, Schreckenberger P, Woods G. Koneman's color atlas and textbook of diagnostic microbiology. Sixth Edition. Baltimore-Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 18:1023-1026, 2006.
- Taylor-Robinson D, Ainsworth JG, McCormack WM. Genital micoplasmas. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh P-A, et al. Sexually transmitted diseases. McGraw-Hill, Nueva York, pp. 533-548, 2004.
- Kilic D, Basar MM, Kaygusuz S, Yilmaz E, Basar H, Batislam E. Prevalence and treatment of Chlamydia trachomatis, *Ureaplasma urealyticum*, and *Mycoplasma hominis* in patients with non-gonococcal urethritis. Jpn J Infect Dis 57(1):17-20, 2004.
- Horner P, Thomas B, Gilroy CB, Egger M, Taylor-Robinson D. Role of *Mycoplasma genitalium* and *Ureaplasma urealyticum* in Acute and Chronic Non-gonococcal Urethritis. Clinical Infectious Diseases 32:995-1003, 2001.
- Ramírez Isarraraz C, Casanova Román G, Menocal Tobias G, Ortiz Ibarra FJ, Ahued Ahued R. Prevalencia de la infección cervicovaginal por *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum* en pacientes ginecológicas del Instituto Nacional de Perinatología. Enf Inf y Microbiología 24(1), 2004.
- Eymin G, Fich F. Enfermedades de transmisión sexual. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/TemasMedicinaIntern/pdf/EnfTransmisionSexual.pdf>, 2003. Último acceso, 4 de diciembre de 2012.
- Keane FE, Thomas BJ, Gilroy CB, Renton A, Taylor-Robinson D. The association of *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma genitalium* with bacterial vaginosis: observations on heterosexual women and their male partners. Int J STD AIDS 11(6):356-60, 2000.
- Solis Martínez R, Vázquez Castillo T, Celis S, Hernández Callejas L. Susceptibilidad de *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum* ante diferentes antibióticos. Revista Médica de la Universidad Veracruzana 6(2), 2006.
- Fagundo R, Sánchez A, Jáuregui J. Comportamiento antimicrobiano de aislamientos clínicos de *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum* así como la evolución de su resistencia en un periodo de cinco años. Labciencia 14(2), 2006.
- Guo X, Ye Z, Deng R. Male urogenital tract mycoplasma infection and drug-resistance evolution. Zhonghua Nan Ke Xue 10(2): 122-4, 2004.
- Rivera JA, Centeno TM, Santellan OM, Rodríguez PN. Prevalencia de *Ureaplasma urealyticum* en mujeres. Rev Mex Patol Clin 51(1):33-36, 2004.
- Zuo CX, Huang JH, Chen J, Lu JY, Xiang YP. Female urogenital mycoplasma infection and drug sensitivity status in Changsha. Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao 26(6):831-2, 836, 2006.
- Karabay O, Topcuoglu A, Kocoglu E, Gurel S, Gurel H, Ince NK. Prevalence and antibiotic susceptibility of genital *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in a university hospital in Turkey. Clin Exp Obstet Gynecol 33(1):36-8, 2006.
- Boletín de Patologías de la Vigilancia intensificada. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. 2006. Disponible en: [http://msal.gov.ar/html/site/sala\\_situacion/PANELES/boletines/Boletin\\_Patologias-Vigilancia.xls](http://msal.gov.ar/html/site/sala_situacion/PANELES/boletines/Boletin_Patologias-Vigilancia.xls). Último acceso, 4 de diciembre de 2012.
- Galarza P. IV Curso "Enfermedades de Transmisión Sexual: Diagnóstico de Laboratorio de las Infecciones Genitales". Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas-Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud, Argentina, 2002.
- Manual de Procedimientos Diagnósticos de Laboratorio y Pruebas de Sensibilidad Antimicrobiana de Neisseria gonorrhoeae. II Curso de Actualización en Diagnóstico y Sensibilidad Antimicrobiana de Neisseria gonorrhoeae. I Taller de Evaluación del Programa de Control de Calidad. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas-Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud. Argentina, 2003. Disponible en: [http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/gss/publications/documents/Argentina-Levell/Manual\\_procedimientos.pdf](http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/gss/publications/documents/Argentina-Levell/Manual_procedimientos.pdf). Último acceso, 4 de diciembre de 2012.
- Lennette EH, Balows A, Hausler WJ, Truant JP. Microbiología Clínica. 3ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 16:201-225, 1982.
- Winn W, Allen S, Janda W, Koneman E, Procop G, Schreckenberger P, Woods G. Koneman's color atlas and textbook of diagnostic microbiology. Sixth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore-Philadelphia, 13:672-745, 2006.

# Revisión integradora en higiene cotidiana infantil: boca, cabello y manos

## *Integrative review of daily child hygiene: mouth, hair and hands*

**Francisco José Moreno Martínez**

Enfermero, Centro para Personas con Discapacidad El Palmar, Instituto Murciano de Acción Social, El Palmar, España

**Carmen Isabel Gómez García**, Enfermera, Licenciada en Antropología Social, Profesora adjunta, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Espinardo, España

**Ana María Hernández Susarte**, Enfermera, Diplomada universitaria en Fisioterapia, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, España

**María Ruzafa Martínez**, Enfermera, Licenciada en Antropología Social, Profesora adjunta, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Espinardo, España

**Antonio Jesús Ramos Morcillo**, Enfermero, Profesor asociado, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Espinardo, España

**Acceda a este artículo en  
siicsalud**

**Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)**



[www.siicsalud.com/dato/arsic.php/137920](http://www.siicsalud.com/dato/arsic.php/137920)

Recepción: 29/5/2013 - Aprobación: 18/10/2013  
Primera edición, [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): 21/12/2013  
Segunda edición, ampliada y corregida,  
[www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): 2/6/2014

Enviar correspondencia a: Francisco José Moreno-Martínez, Instituto Murciano de Acción Social, 30012, Patiño, España  
[frandocfisio@hotmail.com](mailto:frandocfisio@hotmail.com)

 Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

### Resumen

La higiene corporal supone uno de los pilares de la salud pública. No obstante, existe poco consenso o simplemente desconocimiento hacia las prácticas higiénicas cotidianas correctas. Los objetivos del estudio fueron describir los conocimientos y hábitos en la higiene cotidiana infantil de la boca, el cabello y las manos, detallados en la literatura científica internacional, y determinar las consecuencias sociosanitarias del déficit higiénico en la población infantil. Se revisaron las bases de datos Medline/Pubmed, Scielo, Scopus y Lilacs desde enero de 1992 hasta mayo de 2012 en idiomas castellano e inglés. Se excluyeron aquellos artículos enfocados exclusivamente a la práctica clínico-asistencial, a recomendaciones técnicas o intervenciones educativas en higiene infantil cotidiana. Se hallaron 1 124 documentos, de los que fueron adecuados para su análisis 29 estudios. Se pone de manifiesto un déficit importante de hábitos higiénicos entre la población infantil, fomentados por la baja percepción social, los estigmas sociales y la poca implicación de los profesionales de la salud en su educación e investigación. Entre las consecuencias de la inadecuada higiene infantil en estas áreas encontramos: sanitarias (numerosas enfermedades situadas entre las de mayor prevalencia en la infancia), rechazo social, psicológicas y escolares. Se debería generar mayor conocimiento científico en este ámbito y desarrollar estrategias educativas orientadas a la aplicación de las recomendaciones actuales y a la modificación conductual en aquellos casos de higiene infantil cotidiana deficitaria, fomentando, por tanto, hábitos higiénicos saludables en la infancia.

**Palabras clave:** higiene personal, cuidado del niño, boca, cabello, manos

### Abstract

*Personal hygiene is one of the cornerstones of public health. However there is little consensus or a lack of knowledge concerning correct hygienic practices. The objectives of this study were to describe the knowledge as well as the mouth, hair and hand hygiene habits in childhood as described in the international scientific literature, and to determine the social and public health effects of poor personal hygiene on the child population. Papers published from 1992 to 2012 in both Spanish and English and indexed in the MEDLINE / PubMed, Scielo, SCOPUS and LILACS data bases were searched. We excluded articles focused exclusively on clinical practice, technical recommendations or hygiene education interventions in childhood. A total of 1 124 documents were found, of which 29 studies were suitable for analysis. The data show an important lack of hygiene habits among children, fomented by low social perception, social stigma, and the lack of involvement of health professionals in education and research. Many diseases associated with inadequate hygiene are among the most prevalent in childhood. The consequences of poor hygiene in these areas include: health problems (many diseases most prevalent in childhood), social exclusion, psychological disorders and problems at school. Increased scientific knowledge should be generated in this field, with the development of educational strategies oriented towards the application of the current recommendations together with behavioral modification in cases of poor hygiene, thus promoting healthy hygiene habits in childhood.*

**Key words:** personal hygiene, child care, mouth, hair, hands

### Introducción

La infancia, como grupo social, se caracteriza por una especial vulnerabilidad; los padres o tutores legales son quienes deben vigilar el estado de salud de sus hijos, procurarles la atención sanitaria debida y atender, en general, todas las necesidades físicas y de salud. Los padres desempeñan igualmente un papel muy importante a la hora de instaurar enseñanzas en cuanto a higiene personal, pues la influencia que ejercen en sus hijos a estas edades "aun está por encima de la que ejercerán posteriormente la sociedad y su entorno".<sup>1</sup> La infancia es, además, la etapa de mayor facilidad para la instauración de hábitos que perduren en la vida adulta. En el marco familiar, la higiene está dirigida a asegurar y mantener la salud dentro del grupo doméstico.<sup>2</sup>

La desatención de la higiene personal predispone, a nivel sanitario de la comunidad, a múltiples enfermedades, fundamentalmente infecciosas, inflamatorias y parasitarias, que pueden conllevar importantes consecuencias para la salud e incluso la muerte en los casos más extremos. A nivel del déficit higiénico de la boca y del cabello, encontramos enfermedades que están entre las de mayor prevalencia entre la población infantil, como la caries dental,<sup>3-5</sup> la gingivitis,<sup>6</sup> y la pediculosis.<sup>7,8</sup> En el caso de la higiene de manos, su déficit higiénico supone incluso un problema de salud pública mundial por los millones de muertes que ocasionan las enfermedades diarreicas que acarrea.

Además de las repercusiones estrictamente sanitarias, la desatención de la higiene personal en la infancia con-

lleva consecuencias psicológicas, de rechazo social,<sup>9</sup> escolares y deterioro de la calidad de vida.<sup>9,10</sup>

Los profesionales de la salud tienen una importante interacción con la población y, por lo tanto, desempeñan un papel primordial en la educación en higiene personal, fundamentalmente desde la atención a la comunidad. Sin embargo, existen importantes aspectos sobre las recomendaciones de las prácticas higiénicas cotidianas en la infancia sobre los que hay poco consenso o simplemente desconocimiento.

Por todo ello, la presente revisión tiene como objetivos: describir los conocimientos y hábitos en la higiene infantil cotidiana (HIC) de la boca, el cabello y las manos, detallados en la literatura científica internacional, y determinar las consecuencias sociosanitarias del déficit higiénico en la población infantil.

## Metodología

Se realizó una revisión integradora rigurosa de la literatura científica con las siguientes etapas: identificación de la hipótesis, objetivos de la revisión y establecimiento de criterios de inclusión y exclusión de artículos; etapa de búsqueda exhaustiva de literatura; evaluación de la calidad de las fuentes primarias; análisis de los resultados y presentación de los resultados principales.<sup>11</sup>

Las preguntas orientadoras adoptadas fueron: ¿cuáles son los conocimientos y hábitos en higiene cotidiana de la boca, el cabello y las manos que tiene la población infantil?, ¿cuáles son las repercusiones sociales y sanitarias de su déficit higiénico?

Para la selección de los artículos nos servimos de las siguientes bases de datos: Medline/Pubmed, Scielo, Scopus y Lilacs. Los criterios de inclusión fueron publicaciones comprendidas entre enero de 1992 y abril de 2012, en inglés o en castellano, estar disponible electrónicamente y presentar el trabajo de investigación completo. Se excluyeron aquellos artículos enfocados exclusivamente a la práctica clínico-asistencial, a recomendaciones técnicas o intervenciones educativas en HIC o cuyos resultados no fueran de interés por alejarse de los objetivos planteados.

La búsqueda fue realizada en junio de 2012. El proceso de búsqueda de bibliografía se realizó mediante el siguiente proceso: en primer lugar, el establecimiento de las palabras clave: "higiene personal" and "cuidado del niño" and "boca" or "cabello" or "manos"; en segundo término, la selección de los documentos considerados de interés, mediante lectura del título y resumen; en tercer lugar, las publicaciones dudosas fueron evaluadas al menos por dos miembros distintos del equipo; cuarto, la lectura del texto completo de los artículos, extrayendo los resultados que respondían a los objetivos del estudio; en quinto término, la discusión de los resultados; en sexto lugar, la presentación de los resultados, y por último, la presentación y divulgación de la revisión.

Se hallaron en total 1 124 documentos: 279 en la base de datos Medline/Pubmed, 10 en la base de referencias Scielo, 556 en Scopus y 279 en la base de datos Lilacs.

**Tabla 1.** Distribución de referencias bibliográficas sobre la HIC de la boca, cabello y manos.

	Autores	Base de datos	Año	HCI
1.	Moreno C <sup>8</sup>	Medline/Pubmed	2011	C
2.	Sim S, Lee WJ, Yu JR, y col. <sup>16</sup>	Medline/Pubmed	2011	C
3.	Curtis VA, Danquah LO, Aunger RV <sup>24</sup>	Medline/Pubmed	2009	M
4.	Hallas D, Shelley D <sup>23</sup>	Medline/Pubmed	2009	B
5.	Mouradian WE, Slayton RL, Maas WR, y col. <sup>4</sup>	Medline/Pubmed	2009	B
6.	Satcher D <sup>22</sup>	Medline/Pubmed	2009	B
7.	Sidoti E, Bonura F, Paolini G, Tringali G <sup>25</sup>	Medline/Pubmed	2009	C
8.	Szilagyi P <sup>5</sup>	Medline/Pubmed	2009	B
9.	Tinanoff N, Reisine, S <sup>10</sup>	Medline/Pubmed	2009	B
10.	Al-Maktari MT <sup>17</sup>	Medline/Pubmed	2008	C
11.	Ejemot-Nwadiaro RI, Ehiri JE, Meremikwu MM, Critchley JA <sup>19</sup>	Medline/Pubmed	2008	M
12.	Esteva E <sup>14</sup>	Scopus	2008	B
13.	Rebollo N, López-Barcenas AP, Arenas R <sup>15</sup>	Medline/Pubmed	2008	C
14.	Ríos S, Fernández JA, Rivas F, Sáenz ML, Moncada L <sup>9</sup>	Medline/Pubmed	2008	C
15.	Varela PI, Graña MA, Varela A <sup>1</sup>	Medline/Pubmed	2008	B
16.	Bosh A <sup>28</sup>	Scopus	2007	B
17.	Ciftci I, Karaca S, Dogru O, Cetinkaya Z, Kulac M <sup>7</sup>	Medline/Pubmed	2006	C
18.	Gómez-Ayala AE <sup>12</sup>	Scopus	2006	B
19.	Más MC, Rodríguez G, Rabesa Y <sup>6</sup>	Lilacs	2006	B
20.	Caldés S, Cea N, Crespo P, y col. <sup>3</sup>	SciELO	2005	B
21.	Casals-Peidro E <sup>29</sup>	SciELO	2005	B
22.	Jumaa PA <sup>18</sup>	Medline/Pubmed	2005	M
23.	Luby SP, Agboatwalla M, Feikin DR, y col. <sup>21</sup>	Medline/Pubmed	2005	M
24.	Túñez F, Fernández JA, Machín AJ <sup>27</sup>	Medline/Pubmed	2005	B
25.	Calderón-Arguedas O, Solano ME, Sánchez C <sup>26</sup>	Lilacs	2003	C
26.	Arteagoitia-Calvo I, Díez-García MA <sup>13</sup>	Scopus	2002	B
27.	Lafuente PJ, Gómez FJ, Aguirre B, Zabala J, Irurzun E, Gorritxo B <sup>30</sup>	Scopus	2002	B
28.	Martín V, Molina MR, Fernández J, Moreno AM, Lucas JC <sup>31</sup>	Medline/Pubmed	1996	B,M,C
29.	Sánchez A, Barco V, Castillo P, Sánchez V, Cánovas J, Marset P <sup>32</sup>	Medline/Pubmed	1992	B,M,C

B, boca; C, cabello; M, manos.

Tras la lectura del resumen de la muestra inicial, y siguiendo nuestros criterios de inclusión y exclusión, fueron seleccionados 29 trabajos para realizar el análisis final.

## Resultados

De los 29 artículos finalmente seleccionados para la revisión, 15 hacen referencia a la higiene bucal, ocho a la higiene del cabello, cuatro a la higiene de manos y dos artículos hacen referencia a las tres áreas.

Según la base de datos utilizada para la búsqueda, se obtuvo mayor número de documentos en Medline/Pubmed (n = 20), seguido de las bases de datos Scopus (n = 5), Lilacs (n = 2) y Scielo (n = 2). Por otra parte, el año de publicación con mayor número de estudios fue 2009 (n = 7), seguido de 2008 (n = 6) y 2005 (n = 5). El resto de los años estudiados presenta frecuencias inferiores.

En los 29 estudios analizados participaron en total 99 autores. De éstos, 15 publicaron sobre HIC de manos, 43 sobre HIC de higiene bucal, 31 sobre HIC del cabello y 11 autores publicaron un artículo que estudió las tres áreas contempladas.

Los artículos obtenidos se presentan en la Tabla 1. Se identifican los autores, las bases de datos de donde han sido obtenidos, el año de publicación y el área de HIC que estudiaron.

A continuación se muestran los datos de mayor relevancia en respuesta a los objetivos planteados. En primer lugar, se presentan los principales problemas de salud pública en la infancia asociados con la desatención en la higiene, los problemas sociales derivados y, finalmente, los conocimientos y hábitos en HIC de la boca, el cabello y las manos, detectados en la presente revisión.

### Repercusiones sanitarias del déficit en HIC

Las consecuencias sanitarias o para la salud pública de prácticas inadecuadas en HIC bucal destacan la caries y la enfermedad periodontal como las enfermedades bucales de mayor prevalencia, cuyo factor etiológico principal es la placa dental.<sup>12,13</sup> Incluso diversos estudios coinciden en que la caries dental en la infancia llega a catalogarse como la enfermedad crónica infecciosa pediátrica más común.<sup>3-5</sup> La prevalencia de la caries dental puede llegar a afectar, en términos generales, al 80% de la población infantil,<sup>12</sup> y hasta a un 60.7% de los jóvenes de 15 años.<sup>14</sup> Pero las consecuencias para la salud son mayores, ya que las caries graves pueden generar odontalgia grave que provoca insomnio o problemas para comer,<sup>10</sup> puede llegar a producir una infección sistémica e, incluso, la muerte, debido a abscesos de origen dental.<sup>4</sup> Un estudio reciente mostró cifras alarmantes de gingivitis en la población escolar, de hasta un 80%, asociadas con la higiene bucal deficitaria.<sup>6</sup>

En cuanto a las repercusiones sanitarias del déficit en HIC del cabello, queda patente que la higiene insuficiente del cabello y el cuero cabelludo es un factor de riesgo para la aparición de distintas enfermedades. Las más comunes son las dermatomicosis, destacando la tiña de la cabeza o *tinea capitis*, por su elevada frecuencia en niños,<sup>15</sup> y las ectoparasitosis; la pediculosis (*P. humanus var capitis*) es la más habitual.<sup>7,8</sup> La investigación sobre la relación entre pediculosis y la HIC del cabello muestra una asociación negativa entre este problema de salud y la frecuencia del lavado de la cabeza.<sup>9,16,17</sup> También destaca el aumento del riesgo de pediculosis con factores como compartir utensilios de aseo (RP = 1.31; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0.38-4.46), tener una longitud del cabello mayor de 11.5 cm (RP = 2,0; IC 95%: 0.82-4.8) y convivir más de cinco personas en la misma casa (RP = 2.04; IC 95%: 0.8-5.06).<sup>9</sup>

Con relación a la higiene de manos, está considerada "la medida más eficaz para interrumpir la transmisión de microorganismos que causan infección".<sup>18</sup> No higienizar las manos correctamente, sobre todo después de defecar o tocar heces y antes de manipular alimentos, supone un factor de riesgo para la aparición de diarrea,<sup>19</sup> lo que supone un problema grave de salud pública mundial que llega a causar más de 2.2 millones de muertes al año, según la Organización Mundial de la Salud.<sup>20</sup>

El efecto del lavado de manos con jabón en la incidencia de diarrea e infecciones respiratorias agudas fue investigado mediante ensayos controlados y aleatorizados en 36 barrios de una ciudad en Pakistán. Entre los hallazgos se destaca que los niños que recibieron el estímulo del lavado de manos con jabón común tenían, en relación con los niños de los barrios de control, más de un 50% de menor incidencia de tos o disnea y de congestión o catarro; los menores de 5 años tenían un 50% de incidencia más baja de neumonía y los menores de 15 años, un 53% menos de incidencia de diarrea.<sup>21</sup>

### Repercusiones sociales de la HIC inadecuada

Es escasa la documentación encontrada que analice los aspectos sociales relacionados con la higiene cotidiana. Sin embargo, el estudio de Satcher destaca la relación entre el ambiente físico y el social en el que se desarrolla el niño, considerándolo un factor determinante en su comportamiento saludable.<sup>22</sup> En este sentido, algunos estudios recientes en los Estados Unidos afirmaron que los niños pobres y pertenecientes a minorías llegan a tener

una tasa de caries casi tres veces mayor, en comparación con aquellos con ingresos elevados, en parte porque los niños de familias con bajos ingresos tienen un índice menor de acceso al cuidado dental.<sup>5,23</sup> "La evidencia consistente apoya una fuerte asociación entre los ingresos familiares y la incidencia de caries. Los niños *de familias de bajos ingresos tienen una mayor probabilidad de padecer caries*".<sup>10</sup>

Uno de los estudios que trata esta cuestión desde la HIC bucal revela que las caries graves tienen un impacto sustancial sobre la calidad de vida de los niños, se identifican problemas lúdicos, de irritabilidad e informes negativos de la escuela.<sup>10</sup>

La importancia del proceso de socialización en la higiene cotidiana también se señala en una revisión sobre investigaciones formativas en el lavado de manos con jabón, llevada a cabo en 11 países, que concluyó que el lavado de manos, incluso en momentos clave como después de ir al inodoro, es un acto infrecuente; consecuentemente, la baja percepción social de su importancia no favorece su práctica.<sup>24</sup>

En cuanto a la HIC del cabello y sus implicaciones sociales encontradas, son varios los estudios que identifican la pediculosis como estigma social, por el hecho de que las personas lo asocian con malas condiciones higiénicas.<sup>9,16,25,26</sup> Esto supone que la infestación no se notifique por temor a ser discriminado y, por lo tanto, dificulta su control.<sup>9</sup>

### Conocimientos y hábitos de la población infantil en la higiene cotidiana de la boca, el cabello y las manos

Los hábitos en HIC bucal se reflejan de forma gráfica en un estudio realizado con niños en edad escolar de entre 9 y 16 años en un área rural de España, donde a pesar de que los padres han enseñado a lavarse los dientes al 90.7% de los menores encuestados, se observa que "tan sólo una mínima parte de la población escolar tiene hábitos globalmente correctos".<sup>27</sup> Esto se debe a que "la higiene oral es compleja y engloba distintos tipos de autocuidados básicos y generales y otros específicos personales".<sup>28</sup>

En otro de los estudios se determinó el nivel de conocimientos sobre HIC bucal en 60 niños en edad escolar de 6 a 8 años de un municipio de Cuba. El estudio constató que sólo el 10% de los menores se cepillaban los dientes correctamente. Según los autores, el cepillado dental deficiente de los niños está asociado con la poca educación en salud bucal, así como con la falta de motivación existente hacia las prácticas de higiene bucal.<sup>6</sup>

La frecuencia diaria de cepillado dental se contempla en un estudio llevado a cabo con 60 menores en edad escolar de 12 años, que reveló que el 65% de los encuestados se cepillaba los dientes dos veces al día, un 21.7% se cepillaba tres veces o más al día, y tan sólo un 13.3% lo hacía una vez al día.<sup>3</sup> Por otra parte, en un estudio realizado en España, el cepillado lingual sólo se producía en un 21.9% de los menores escolarizados.<sup>27</sup>

Por último, en relación con la frecuencia de cambio de cepillo y el uso de seda dental y colutorios bucales, un estudio mostró que sólo una quinta parte de los menores estudiados reemplazaba el cepillo en el momento idóneo de tres meses. Además, el uso de colutorios bucales, sin prescripción facultativa, es escasa: únicamente el 4.8% de la población estudiada lo utilizaba a diario y un 88.1% no lo había utilizado nunca. En cuanto a la higiene interproximal, sólo entre un 3.3% y un 5% hacía uso regular de la seda.<sup>29,30</sup>

En cuanto al estudio de los hábitos de HIC del cabello, una investigación descriptiva realizada con estudiantes de 13 y 16 años obtuvo que la periodicidad habitual de lavado del cabello es cada tres días en el 72.63% de los estudiantes de 13 años y del 65% en los de 16 años.<sup>31</sup>

En relación con el estudio del hábito higiénico cotidiano de manos, una revisión sobre investigaciones formativas en el lavado de manos con jabón realizada en once países concluyó que la motivación principal para el lavado de manos es sentir repugnancia, siendo más común al tocar heces, pescado, orina, fluidos corporales o material putrefacto.<sup>24</sup> Según un trabajo descriptivo sobre los hábitos de higiene personal llevado a cabo con estudiantes de 13 y 16 años, el 10.2% (13 años) y 15.75% (16 años) no se lava las manos antes de cada comida y el 30.9% y 18.5%, respectivamente, no lo hacen después de ir al baño.<sup>31</sup>

Respecto de los hábitos en HIC según la edad de los menores, se observa una mejoría en los hábitos al incrementarse la edad, tanto en la HIC bucal,<sup>31,32</sup> como en la HIC del cabello.<sup>32</sup> En el estudio de la relación entre hábitos en HIC y el sexo de los menores se observó que en HIC bucal los varones tienen hábitos más deficientes que las niñas ( $p < 0.001$ ).<sup>31</sup> Además, las niñas se cepillan los dientes tras cada comida con mayor frecuencia ( $p < 0.01$ ) y se lavan en más ocasiones las manos después de ir al baño ( $p < 0.01$ ). Sin embargo, respecto del hábito de lavado de pelo no se encontraron diferencias significativas entre sexos. También se ha hallado una asociación positiva en el cepillado dental en niños que crecen en zonas urbanas, en comparación con los criados en zonas rurales ( $p < 0.01$ ).<sup>32</sup>

## Discusión

A pesar de que la higiene supone para las profesiones de la salud un área esencial en el trabajo en la comunidad, y de ser considerada una necesidad básica para mantener la salud de las personas, este estudio demostró una escasa producción científica en la investigación en HIC bucodental, de cabello y manos. En general, el concepto de higiene es un término que ha sido deslustrado en el último siglo,<sup>33</sup> y esto puede haberse visto reflejado en los resultados de nuestro estudio.

El haber sumado al concepto de higiene el componente de cotidianidad, supone apartarnos del ámbito clínico y estudiar la parcela comunitaria de las profesiones de la salud, contemplando la HIC como medio para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los niños. Sin embargo, la correcta utilización de este proceso por el sector sanitario sigue siendo muy discutida. Los profesionales sanitarios siguen atendiendo prioritariamente problemas de salud antes que prestar una atención integral, lo que implicaría educar en salud.<sup>34</sup>

Las repercusiones de una HIC deficitaria no sólo se contemplan como relevantes en el plano sanitario, sino que en estrecha relación con éste también se ponen de manifiesto importantes consecuencias en las áreas psicológica, social y escolar. Algunos estudios destacan el rechazo social ante el déficit higiénico,<sup>9</sup> situación que guarda relación con otros hallazgos que hablan del déficit higiénico como estigma social.<sup>16,25,26</sup> Sin embargo, estas afirmaciones son contrapuestas a otros datos que señalan la baja percepción social de ciertas conductas poco higiénicas, como el acto infrecuente del lavado de manos, incluso en situaciones básicas como después de utilizar el baño.<sup>24</sup>

En cuanto a los conocimientos y los hábitos de los niños en la higiene cotidiana, los datos existentes muestran una baja prevalencia en hábitos correctos en HIC bucal, del cabello y las manos. Consideramos fundamental la investigación en este ámbito, de forma que permita hacer un diagnóstico más exhaustivo del aprendizaje de los niños en esta materia y de los factores asociados.

## Consideraciones finales

A partir de los trabajos analizados destacamos que, a pesar de la relevancia en el ámbito de la salud pública de la HIC bucal, del cabello y las manos, se percibe una importante falta de hábitos correctos entre la población infantil en esta materia.

La revisión de la literatura llevada a cabo mostró la necesidad de fomentar la investigación en HIC, fundamentalmente por parte de los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito comunitario y de la salud pública, ya que es parte integrante de los pilares básicos de los cuidados de la salud. Se debería generar mayor conocimiento científico en este ámbito, desarrollando estrategias educativas orientadas a la aplicación de las recomendaciones actuales y a la modificación conductual en aquellos casos de HIC deficitaria, fomentando por tanto hábitos higiénicos saludables en la infancia.

Igualmente, consideramos de interés estudiar los conocimientos y hábitos en HIC en familias socialmente desestructuradas y con desigualdades sociales, para averiguar de qué modo influye el estado higiénico personal en la socialización de los niños.

Como apreciación final, detectamos escasos estudios que relacionen al menos dos de las áreas estudiadas en higiene. En su gran mayoría se centran sólo en un área y son escasos los estudios que analicen el conjunto de conocimientos y prácticas higiénicas que los menores llevan a cabo en su ámbito cotidiano; de este modo, la HIC se entiende como acopio de conocimientos y hábitos higiénicos adquiridos en la infancia que repercutirá en su salud de adultos.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014  
www.siic.salud.com

*Los autores no manifiestan conflictos de interés.*

### Cómo citar este artículo

Moreno Martínez FJ, Ruzafa Martínez M, Gómez García CI, Hernández Susarte AM, Ramos Morcillo AJ. Revisión integradora en higiene cotidiana infantil: boca, cabello y manos. *Epidemiología y Salud* 2(1):24-8, Ago 2014.

### How to cite this article

Moreno Martínez FJ, Ruzafa Martínez M, Gómez García CI, Hernández Susarte AM, Ramos Morcillo AJ. Integrative review of daily child hygiene: mouth, hair and hands. *Epidemiología y Salud* 2(1):24-8, Ago 2014.

**Autoevaluación del artículo**

La higiene cotidiana en la población pediátrica es un factor relevante en términos de la salud pública.

**Indique cuál de las siguientes afirmaciones es correcta, en relación con la higiene infantil.**

A, Existe alta prevalencia de hábitos correctos en higiene infantil de boca, cabello y manos; B, La higiene de manos no influye en la incidencia de diarrea; C, El control de la pediculosis se dificulta por considerarse un estigma social; D, Los niños se cepillan los dientes con mayor frecuencia que las niñas; E, Todas las respuestas anteriores son falsas.

Verifique su respuesta en [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/137920](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/137920)

**Bibliografía**

- Varela-Centelles PI, Graña-Iglesias MA, Varela-Centelles A. El cepillado de dientes: cómo potenciar habilidades en los niños. *Rev ROL Enferm* 31(2):103-106, 2008.
- Martorell MA, Comelles JM, Bernal, M. Antropología y enfermería. Tarragona: Publicacions URV 18, 2010.
- Caldés-Ruisánchez S, Cea-Sánchez N, Crespo-Aliseda P y col. ¿Una intervención educativa en niños de doce años de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco-dental? *Av Odontostomatol* 21(3):149-157, 2005.
- Mouradian WE, Slayton RL, Maas WR y col. Progress in children's oral Elath since the surgeon general's report on oral Elath. *Academic Pediatrics* 9(6):374-379, 2009.
- Szilagyi P. Oral health in children: a pediatric Elath priority. *Acad Pediatr* 9:372-373, 2009.
- Más-Sarabia MC, Rodríguez-Gutiérrez G, Rabesa-Olazábal Y. Factores de riesgo en las periodoncias de escolares. *Rev AMC* 10(5), 2006.
- Ciftci I, Karaca S, Dogru O, Cetinkaya Z, Kulac M. Prevalence of pediculosis and scabies in preschool nursery children of Afyon, Turkey. *Korean J Parasitol* 44(1):95-98, 2006.
- Moreno C. Ectoparasitosis de importancia en Chile. *Epidemiología y terapia. Rev Chil Infect* 28(5):435-439, 2011.
- Ríos-Milena S, Fernández JA, Rivas F, Sáenz ML, Moncada LI. Prevalencia y factores asociados a la pediculosis en niños de un jardín infantil de Bogotá. *Rev Biomed* 28:245-251, 2008.
- Tinanoff N, Reisine S. Update on early childhood caries since the surgeon general's report. *Acad Pediatr* 9(6):396-403, 2009.
- Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 52(5):546-553, 2005.
- Gómez-Ayala AE. Higiene bucodental. *Novedades. Farmacia Profesional* 20(11):38-43, 2006.
- Arteagoitia-Calvo I, Díez-García MA. Cepillos y accesorios. *Limpieza bucal. Farmacia Profesional* 16(5):65-71, 2002.
- Esteva-Espinosa E. Higiene bucodental. Prevención de la caries y la enfermedad periodontal. *Offarm* 27(7):46-51, 2008.
- Rebollo N, López-Barcenás AP, Arenas R. Tiña de la cabeza. *Actas Dermosifiliogr* 99:91-100, 2008.
- Sim S, Lee WJ, Yu JR, y col. Risk factors associated with head louse infestation in Korea. *Korean J Parasitol* 49(1):95-98, 2011.
- Al-Maktari MT. Head louse infestations in Yemen: prevalence and risk factors determination among primary schoolchildren, Al-Mahweet Governorate, Yemen. *J Egypt Soc Parasitol* 38(3):741-748, 2008.
- Jumaa PA. Hand hygiene: simple and complex. *Int J Infect Dis* 9:3-14, 2005.
- Ejemot-Nwadiaro RI, Ehiri JE, Meremikwu MM, Critchley JA. Hand washing for preventing diarrhea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1-39, 2008. Disponible en: [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004265.pub2/pdf/standard](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004265.pub2/pdf/standard). Consultado: noviembre 8, 2013.
- WHO. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 164, 2000.
- Luby SP, Agboatwalla M, Feikin DR y col. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. *Lancet* 366:225-233, 2005.
- Satcher D. Children's oral health: the time for change is now. *Acad Pediatr* 9:380-382, 2009.
- Hallas D, Shelley D. Role of pediatric nurse practitioners in oral health care. *Acad Pediatr* 9(6):462-466, 2009.
- Curtis VA, Danquah LO, Anger RV. Planner, motivated and habitual hygiene behavior: an eleven country review. *Health Educ Res* 24(4):655-673, 2009.
- Sidoti E, Bonura F, Paolini G, Tringali G. A survey on knowledge and perceptions regarding head lice a sample of teachers and students in primary schools of north and south of Italy. *J Prev Med Hyg* 50:141-151, 2009.
- Calderón-Arguedas O, Solano ME, Sánchez C. El problema de la pediculosis capitis en escolares del área metropolitana de San José, Costa Rica. *Parasitol Latinoam* 58:177-180, 2003.
- Túñez-Bastida F, Fernández-Camiñas JA, Machín-Fernández AJ. Conocimientos, hábitos y percepción de salud bucodental en escolares de un área rural de Lugo. *Aten Primaria* 36(6):126-127, 2005.
- Bosh A. Higiene bucodental. Productos utilizados y recomendaciones básicas. *Offarm* 26(10):64-67, 2007.
- Casals-Peidro E. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. *RCOE* 10(4):389-401, 2005.
- Lafuente PJ, Gómez-Pérez de Mendiola FJ, Aguirre B, Zabala-Galán J, Irurzun-Zuazabal E, Gorritxo-Gil B. Estilos de vida determinantes de la salud oral en adolescentes de Vitoria-Gasteiz: evaluación. *Aten Primaria* 29(4):213-217, 2002.
- Martín-Moreno V, Molina-Cabrero MR, Fernández-Rodríguez J, Moreno-Fernández AM, Lucas-Valbuena JC. Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. *Rev Esp Salud Pública* 70:331-343, 1996.
- Sánchez-Moreno A, Barco-Fernández V, Castillo-Vicente P, Sánchez-Estévez V, Cánovas-Valverde J, Marsset-Campos P. Conocer los hábitos higiénicos de los escolares: cauce de colaboración ciudadana en salud. *Aten Primaria* 9(1):24-28, 1992.
- Criado-Rodríguez E. Reflexiones coloquiales sobre la vieja higiene y la moderna salud pública I (aplicadas al origen de la educación para la salud). *A Tu Salud* 45:1, 2004.
- Marqués-Mollas F. Promoción y educación para la salud, ¿serán la solución? *Aten Primaria* 41(7):355-357, 2009.

**Curriculum Vitae abreviado del autor**

**Francisco José Moreno Martínez.** Diplomado en Enfermería, Universidad de Murcia, Espinardo, España, 2005. Diplomado en Fisioterapia. Master Universitario en Sociedad y Cultura: parentesco, migración y salud/cuidados. Doctorando en Enfermería. Enfermero, Centro para Personas con Discapacidad El Palmar, El Palmar, España.

# Encuentro para la Red de Salud Mental y Adicciones de la Región XI.

## Disertación sobre redes

*Presentación realizada y revisada por el autor, celebrada en el marco del Encuentro para la Red de Salud Mental y Adicciones organizado por el Equipo de Redes de la Región Sanitaria XI, el 4 de diciembre de 2013 en la sede de El Dique, Ensenada, Provincia de Buenos Aires.*

### Doctor Mario Rovere

Decano Organizador del Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de La Matanza, Provincia de Buenos Aires, Argentina

*"Como postes en una cerca, sólo permanecemos de pie porque estamos ligados unos con otros."*

Cándido Portinari

### Introducción

Nos solidarizamos con las cosas que están pasando en nuestro país. Con las cosas que se están haciendo y también preocupados eventualmente con las que no se están haciendo.

El doctor Nery Fures señaló que hay un tema realmente auspicioso. Estamos ante una nueva problemática que ha acercado a los ministerios de Salud con las Universidades, que es esta situación paradójica de ser hoy un país al que le sobran médicos, y al que, al mismo tiempo, le faltan médicos. Un hecho que ha encendido una luz de alarma en el tablero de todas las jurisdicciones. Es decir, nos ha acercado a las Universidades con los ministerios de Salud de la Nación, de la Provincia, de la Ciudad de Buenos Aires y de las otras provincias del país para discutir este tema.

Un tema que, al mismo tiempo, está indicando que las Universidades públicas no estamos formando personas que toman en cuenta el sentido de lo público para sus opciones profesionales. Es una cosa bastante paradójica pensar en el dinero que se invierte, que invierte la Nación, en la formación de profesionales universitarios, en este caso profesionales de la salud, para tener ese resultado.

Podemos remarcar al mismo tiempo que es un resultado desalentador si consideramos que la inversión en educación del Gobierno Nacional en los últimos diez años es sustancialmente mayor que la inversión en salud. De tal manera que el hecho de que la inversión en educación no revierta en bienes públicos es un tema que naturalmente el Ministerio de Educación está revisando.

Nosotros, desde la UNLaM, participamos de un Foro de Facultades públicas de Medicina a instancias de los ministerios de Educación y de Salud de la Nación y nos resulta doloroso el hecho de que la única Universidad que no asiste a ese Foro es la Universidad Nacional de La Plata.

Ahora también, en relación con el tema que planteaba Gabriel Uriarte, responsable de Redes de la Región Sanitaria XI de la Provincia de Buenos Aires, y lo que sé que han estado trabajando en la Región XI, porque tuve la oportunidad, antes de venir para acá, de revisar el documento presentado por el Equipo de Redes, que tiene justamente muchísima riqueza. Lo primero que podría decir es que quizás las cosas importantes que había que decir hoy, ya están dichas.

Quizás lo que se podría hacer hoy, más interesante, es hacer una pequeña reconstrucción histórica de cómo estos conceptos llegan al campo de la salud mental. Por una serie de circunstancias que son totalmente fortuitas, pero que tienen que ver con mi trabajo en el campo de la salud pública, y a pesar de provenir de la pediatría, desde la recuperación de la democracia, trabajé mucho con el tema de la salud mental.

### Referencias históricas

La primera vez que tuve una convocatoria para trabajar en algo relacionado con la salud mental fue por parte de Vicente Galli, y la primera cosa que le aclaré es: *"Yo soy pediatra; algo debe estar mal acá; alguien te informó mal"*. Y su respuesta fue, justamente, algo así como: *"Tu valor consiste en que no provenis del campo de la salud mental"*. Cosa que tardé en entender. Por supuesto, que él fundamentalmente señalaba algo que desde el primer momento tuvo que ver, casi como una especie de palabra que en cierta manera es una palabrota, con este término de redes. Porque en buena medida cuando uno dice "desmanicomialización", queda muy claro cuál es el punto de partida. Lo que no queda muy claro es cuál es el punto de llegada. Y lo curioso es que cada vez más la bibliografía remite a que el punto de llegada son las redes, lo cual no solamente significa que las redes tengan alguna potencia que va incluso más allá de los servicios, sino que además es una palabra con potencialidad para ser recreada. Es decir, para poder generar articulaciones, algunas de las cuales conocemos y otras que aún no se nos ocurren.

Hay algo que hemos comentado en reuniones técnicas y en reuniones políticas, algo que es bastante fuerte para mí, que en la historia de la salud en la Argentina, al recuperarse la democracia, hubo una propuesta débil y una propuesta fuerte. La propuesta débil se llamaba Salud Pública, y la propuesta fuerte se llamaba Salud Mental.

Cuando uno recorría esos primeros momentos, estoy hablando concretamente de dos referentes: Aldo Neri y Vicente Galli, no sabía cuál de los dos era el ministro. Y no era un problema de personalidades, porque son dos personas con una trayectoria muy importante, sino porque me parece que los dos tenían alimentaciones diferentes. Y la alimentación diferente tiene que ver con el tratamiento que la dictadura le dio a la Salud Pública y el que le dio a la Salud Mental.

Lamentablemente, la Salud Pública en este país, en un análisis vinculado con el tema de su compromiso con la democracia o su lucha contra la dictadura, está flojita de

papeles. Y la Salud Mental no. No sabemos si por mérito de la salud mental o porque a los dictadores no les gusta la salud mental. Por algún motivo, los autoritarios son particularmente adversos al tema de la salud mental. Y no solamente los dictadores, sino que podemos recordar quizás una de las experiencias más dolorosas luego de la recuperación de la democracia, que es la de la provincia de Córdoba.

Además, mencionarla hoy tiene un sentido adicional, al recordar que quien fue gobernador de la provincia en la década de 1990, un odontólogo famoso cuyo hijo es ahora el intendente de la ciudad de Córdoba, hizo algo que nunca antes se había hecho: cerrar y liquidar contratos de residencias ya adjudicadas en el campo de la salud mental. Es decir que directamente su conocido autoritarismo (en la época se hablaba en Córdoba del “menestrismo”), su agresividad, hizo que la primera idea de reducción del gasto público que le vino a la cabeza fuera cerrar residencias de salud mental. Después, cuando uno ve la trayectoria política del entonces gobernador Mestre, entiende de alguna manera por qué la salud mental, como a otros famosos personajes de la política argentina, los agrade tanto.

También podemos recordar algún ministro de Salud de la Nación, pero vamos a tratar de no meternos en líos el día de hoy.

### Papel de la democracia

La recuperación de la democracia le trajo a la salud mental una energía extra que viene principalmente –ustedes tienen más elementos que yo para entender– de algo así como la energía de lo reprimido. Es decir que vuelve con una fuerza enorme. Y cuando lo hace, vuelve de la mano, de haber discutido lo que había pasado en la salud mental en Italia –ya fue mencionado de cierta manera acá–, esa experiencia que tiene más duración que la nuestra, desde 1978.

Vale la pena recordar que ahí hay una mezcla de progresismo y de antifascismo. Recordemos que el Partido Comunista italiano es el primero que se desalinea de la Unión Soviética, y que la idea de lo antiautoritario es un elemento fundamental para atacar el manicomio. Pero no para atacar el manicomio como un problema sólo del debate interno de la salud mental, sino que el problema fundamental por entender es que la forma en que la sociedad trata la problemática de la salud mental es algo que habla de la sociedad misma.

De tal manera que la actual ley de salud mental, que capitaliza 30 años de idas y vueltas, de luchas y retrocesos, coloca como discursos oficiales una serie de palabras que hasta hace muy poco tiempo eran palabras marginales, palabras de resistencia, y que ahora pasan a ser discurso oficial. Naturalmente, hace que los discursos oficiales anteriores pasen a la clandestinidad, podríamos expresarlo de esta manera. Lo cual no quiere decir automáticamente que desaparezcan, porque nadie hace desaparecer por arte de magia ni por obra de una ley una institucionalidad enclavada en la cultura que ojalá fuera solamente un problema de paredes.

La verdad es que “el manicomio está en la cabeza de los autoritarios”. Casi siempre que se habla de golpe institucional, hay una especie de tautología, porque las instituciones suelen ser muchas veces reservorio de autoritarismos, que se reservan ese espacio con la secreta esperanza de volver a extenderse a toda una sociedad cuando hay condiciones críticas o de ingobernabilidad. Los cordobeses

están ahora –en ocasión del acuartelamiento policial en reclamo de mejoras salariales y de condiciones de trabajo en la madrugada del 3 de diciembre de 2013– pidiendo “que alguien haga algo”, que manden la Gendarmería, o que se resuelva de alguna manera ya, hoy mismo, en este momento y en este instante, a lo que dé lugar. Este tipo de demanda de gobierno es muy usado por los autoritarios que adoran las crisis. Y cuando no las tienen, las producen.

En el fondo, el secreto es que las crisis legitiman altas concentraciones de poder. Y de eso sabemos los argentinos, y en particular quienes militamos por otra salud mental, porque justamente un gran dispositivo es preparar a la gente y prepararnos para las crisis. Porque si la gente se prepara para las crisis, entonces la demanda de gobierno es menor. Se cae menos en estas trampas de la rápida deslegitimidad. Hoy hay comunicadores sociales que incluso pondríamos en la franja del progresismo, que se agarran de diez o doce fotos de Córdoba para demandar “que esto es muy peligroso”, “que podría desbordar más allá de Córdoba”. Y que en vez de estar haciendo prevención, en realidad están instalando un clima de inestabilidad, de inseguridad.

Entonces vale la pena revisar esto, porque cuando se habla de salud mental se habla de mucho más que de un componente del sistema de salud. Y yo creo que ahí arrancamos un poco sobre la responsabilidad social del tema en el que nos estamos metiendo.

### Participación de las redes

Ahora, lo de *redes* fue una *emergencia*, literalmente. Un emergente importante en la recuperación de la democracia, que al mismo tiempo reivindicaba la recuperación de la experiencia histórica de la Salud Mental en la Argentina, la experiencia de Lanús; acaecida hace más de veinte años bajo la conducción de Mauricio Goldenberg, donde se proponía una transformación integral de la asistencia en salud mental, incluyendo la reforma de los grandes asilos psiquiátricos. Ustedes saben que era como que todos fueron reprimidos, pero lo de Lanús parecía particularmente reprimido. Lo curioso es que cuando se revisa la bibliografía de Lanús, no aparece en ella particularmente el concepto de redes. Pero al mismo tiempo, casi todos quienes participaron de esa experiencia, reciclados por distintos tipos de experiencias y de situaciones, empiezan a hablar de redes en un tiempo posterior.

Uno de ellos, con quien hemos tenido el privilegio de conversar y de compartir, es Carlos Slutzki –Profesor e Investigador del Colegio de Servicios de Salud y Recursos Humanos y del Instituto para el Análisis y la Resolución de Conflictos, ambos en la Universidad George Mason, en Fairfax y Arlington, Virginia (EE.UU.); Profesor Clínico de Psiquiatría, de la Escuela de Medicina de la Universidad George Washington, en Washington D.C. (EE.UU.); médico del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús desde 1960 hasta 1971, y director del Centro de Investigaciones Psiquiátricas, sector de investigaciones de dicho servicio, desde 1964 hasta 1971– quien menciona algo que a lo mejor nos puede resultar útil. Porque es una experiencia vital por parte de él y porque tuve una experiencia parecida. Él me ayudó a pensar qué podría haber sacado de esa experiencia, que es el tema de pensar qué pasa en el exilio, qué pasa en la migración, qué pasa entre los refugiados, qué es esto de vivir afuera, bien lejos de nuestro lugar. Y digo esto porque acá ponemos mucho énfasis en el tema de las redes locales. Pero en lo que

estos autores reflexionan, podríamos decir así, en lo que la dictadura les ayudó a reflexionar, es en el tema de las redes “deslocalizadas”.

Lo que empieza a pasar en la emigración es que las personas, en situaciones que se han, forzosamente o no, desgajado de sus propias familias, crean familias. Es decir crean neofamilias. Al punto incluso de que con frecuencia se habla de primarización de los vínculos. Generan una forma nueva de vinculación, incluso entre los compañeros de trabajo, en situaciones particulares –he vivido, he practicado medicina en un hospital del interior, en un pueblito de 18 000 habitantes y he vivido varios años en el extranjero–, y llega un momento dado en que los que vivíamos allí éramos como una familia. Sobre todo los chicos, a los que les faltan sus abuelos, así que cada abuelo que llega es el abuelo de todos. Uno ve a todos los chicos detrás del abuelo que llega a visitar a uno de ellos. Los chicos adoptan abuelos y los compañeros de trabajo somos tíos.

Es decir que inmediatamente aparece este fenómeno de la primarización de los vínculos, que además complica enormemente la gestión institucional. Porque todo el mundo sabe que con vínculos primarizados es más complicado gestionar. Sobre todo cuando uno afecta, sin proponérselo, a toda una red. Inmediatamente uno se da cuenta de que la cosa es mucho más complicada de lo que parece.

Por algún motivo Sutzki dice: “Nos empezó a caer la ficha de que el tema de las redes era un tema centralísimo”. Y apelo a una frase que he usado bastante. Se trata del hallazgo en un dibujo, literalmente hablando; pero claro, el dibujo había sido hecho por el principal muralista brasileño, Cândido Portinari, quien además de pintar murales, también hacía trabajos con témperas y dibujos.

Lo curioso es que este dibujo, además, tenía una frase que a mí me costó bastante traducir, porque tenía una palabra muy complicada. La frase es algo así como: “*Somos como postes en una cerca, sólo –y retengan esta palabra: sólo– permanecemos de pie porque estamos ligados unos con otros*”.

Verdaderamente creo que hay que ser un muralista para poder tener esa percepción. Mucho antes de las redes. Mucho antes de que este concepto estuviera dando vueltas. Utilizando la palabra *sólo*, por lo menos me produce a mí un vacío, para decir, literalmente hablando: ¿qué te levanta a la mañana? Y al mismo tiempo, ahí se empieza a reflexionar sobre la depresión, la crisis, la pérdida de trabajo, etcétera; donde el primer síntoma es que ¡no te puedes levantar! Hasta me llevó a reflexionar por qué los primeros hijos tardan tanto en caminar respecto de los otros. Los siguientes caminan mucho más rápido, en defensa propia diría, porque si no, ¡se los llevan puestos!

Hasta una especulación más salvaje: ¿Andaríamos en dos pies, si viviéramos solos? Es decir *sólo* permanecemos de pie porque estamos ligados unos con otros.

Con lo cual, lo que quiero señalar, es que si bien hablamos de redes en salud mental, podríamos decir, e ir quizás a una especie de núcleo epistemológico, con perdón de la grosería, que es llevarnos a esta idea de: el sujeto se produce por *desindividuación*. Es decir, que si nosotros vamos al núcleo de este concepto, de que el sujeto se produce por *desindividuación*, ésta es una especie de paradoja. Algo así como que ninguno de nosotros sería quien es si no fuera por la interacción con los otros.

Es cierto que el concepto de redes está en las formas organizativas, cuando hablamos de redes institucionales. Pero al mismo tiempo, puede ser que esté en la esencia

de nuestra existencia y en el centro de nuestro trabajo en un sentido terapéutico. En buena medida podríamos decir que es posible que un número muy importante de padecimientos psíquicos tengan en realidad que ver con privación en las redes, con perversión en las redes, con vínculos que de alguna manera tiran para abajo, y que, en determinados momentos, generan las cosas que generan.

Es difícil decir: operaciones de salud mental. Pero me recuerda un poco a Tonucci cuando hablaba, por ejemplo, de la ciudad de los niños, en esa militancia sobre el tema de que los niños puedan llegar a la escuela caminando. En otras palabras, cree que es un derecho de los niños que puedan llegar a su escuela caminando. Y sabe, por supuesto, no es un ingenuo, que hay problemas de inseguridad. Pero, ¿qué piensa? Tiene una propuesta vinculada con crear redes en el camino de los chicos de la escuela a su casa. Entonces empieza a trabajar con los comerciantes del camino, incluso comerciantes que abren los baños para que los chicos puedan ir al baño o que tengan a quien recurrir si tienen algún problema, etcétera. Y empieza a reconstruir algo que ya sucedía antes, ya que se iba a la escuela caminando. O sea, no es un derecho nuevo por conquistar, sino que es un derecho por recuperar: que no tengan que tener sistema de seguridad, alarma y guardaespalda para ir al colegio.

Ese tipo de situaciones tiene que ver con el tema de las redes. Y me parece que tiene que ver con algo que Gabriel Uriarte también señalaba: “*Cuando las redes adquieran volumen*”. Y yo agregaría: Cuando las redes adquieran *espesor*. Me parece que el concepto de espesor surge cuando las redes institucionales de salud mental se articulan con las redes sociales, y obviamente no estoy hablando de Facebook. Estoy hablando de redes sociales en el sentido de las herramientas concretas a través de las cuáles las personas se organizan.

## Ancianidad

Empecé por un extremo de la vida, si quieren me voy al otro extremo de la vida. Uno podría decir: bueno, hay muchos ancianos que... Lo primero que tenemos que decir es: hay muchos ancianos. Primero que nada, cada vez más la longevidad –para poner la palabra quizá menos peyorativa–, lo que nos está diciendo es: prepárense, o preparémonos para trabajar en una sociedad con una proporción cada vez mayor de ancianos. Para nosotros como Universidad esto se traduce en llevar el tema del envejecimiento a las asignaturas de grado. La última cosa que deberíamos hacer es formar médicos que sean un clon de nosotros mismos. Los desafíos que van a tener los médicos que están estudiando ahora son los que se van a dar en la salud en los próximos 40 años. Si uno no sabe de longevidad, va a graduarse “desequipado” para una problemática creciente de la sociedad y de la salud.

Pero cuando empezamos a bucear en el tema de la longevidad, encontramos episodios traumáticos a partir de los cuales a veces el anciano se derrumba. Entra en una especie de círculo, una cosa lo va llevando a la otra, y así sucesivamente. En este momento uno piensa en ciertas enfermedades: en un accidente cerebrovascular, un infarto. Uno de los elementos frecuentes del derrumbe de los ancianos es la violencia intrafamiliar o el robo violento. Se habla de esto último porque el anciano, al mismo tiempo, es una presa selectiva del delito, y el robo violento puede ser el comienzo de una debacle, del derrumbe psicológico de una persona, que luego va a ser atendida traumatólogamente: se le van a atender los hematomas, las heridas,

las lastimaduras. Pero nadie va a detectar que ha comenzado un ciclo de derrumbe psíquico como consecuencia de la caída súbita en conciencia de la vulnerabilidad de las personas, particularmente los hombres, que hasta ese momento se consideran adultos, con todo el poder que ello implica, porque nadie les avisó que pasaron a una etapa de vulnerabilidad en la cual tampoco quieren estar.

Entonces, cuando uno empieza a pensar cuáles son las instituciones, comienzan a aparecer reflexiones nuevas para pensar exactamente: ¿de qué se trata el campo de la salud mental? Ya la traslación de enfermedad mental a padecimiento psíquico nos ofrece un salto gigantesco. Pero cuando además hablamos de prevención en salud mental, probablemente no exista en el campo de la salud alguna cosa que tenga la penetración que tiene el campo de la salud mental.

### Salud pública y salud mental

Al respecto me surge el recuerdo de un comentario del doctor Levab, que publicó con el apellido Lubchanski y formaba parte del movimiento de Lanús. Levab nos decía cosas como éstas: *"Mire, yo vengo del campo de la salud pública también. Y los desafío a que ustedes busquen en la Salud Pública, otros problemas de la salud pública que se midan en porcentaje"*. Cada vez que uno dice que un problema de salud se mide en porcentaje, hablamos de una barbaridad, enorme, gigantesca.

La mayor parte de los daños que nos preocupan en la Salud Pública se miden por cada mil o por diez mil personas; la mortalidad materna se mide por cada 10 000, la mortalidad infantil por cada 1 000. Es decir que, obviamente, hablamos de problemas preocupantes. Pero en lo referente a padecimiento psíquico hablamos de unos volúmenes que, a veces, no se reflejan, porque la Salud Pública todavía tiene aquel viejo paradigma de que las prioridades tienen que ver con la mortalidad por causa.

Entonces, cuando llega el momento de medir la salud mental se lo termina haciendo sólo con la tasa de suicidios. Como si el suicidio fuera el único problema de salud mental y la salud mental no pudiera estar incluso por detrás de muchas de las principales causas de muerte. Un buen ejemplo es cuando se afirma que hay dos pronósticos después de implantar un *stent*, o después de ejecutar un *bypass*, que depende de ser un paciente con apoyo psicológico o un paciente sin dicho apoyo. Después, la mortalidad por esta causa no se va a medir como un problema de salud mental. Pero de repente ya era un problema de salud mental o de padecimiento psíquico o su pronóstico depende de ello.

Aquí hay algo que me parece interesante para señalar, que es el tema de que la salud mental levanta un mensaje para la sociedad y al mismo tiempo recoge en buena medida las consecuencias de la cultura que se genera en una sociedad.

Para matizar un poco esto cuento una anécdota, un caso real. Teníamos la idea de discutir temas de salud mental y ciudadanía en la ciudad de San Rafael, en la provincia de Mendoza. Un psiquiatra muy involucrado en el movimiento de salud mental nos invita. Nos manda un póster para que lo revisemos a ver si estaba bien, si estábamos de acuerdo, etcétera. Miramos el póster, estaba todo bien y lo mandamos. Pero claro, una cosa es el póster cuando se lo ve pequeño en la computadora y otra cosa es un *banner* de cuatro metros de altura. El tema era que el software tiene una tendencia a corregir solo. Y por algún motivo no le gustó ciudadanía. Como no le gustó ciuda-

danía cambió la palabra por *cuidadania*. Y en principio, claro, apareció *cuidadania*, en tremendas letrotas. Entonces, estuvimos ante el dilema si corregirlo o dejarlo así. En ese momento pensamos y nos hicimos cargo. Porque la verdad es que el concepto de *cuidadania* es muy interesante. Porque en el fondo, la circulación entre ciudadanía y *cuidadania* podía hacer referencia, de alguna manera, a una sociedad del cuidado. Una sociedad del cuidado significa, en buena medida, la idea fundamental de que estás en una sociedad donde no sobra nadie.

Éste es un concepto que construye salud mental, definitivamente, y que además redefine las alianzas. Porque en términos generales, no sería extraño que nosotros estuviéramos en cierta forma mirando: cómo estamos nosotros dentro de la salud. Y estemos discutiendo si disputamos o no un recurso más o menos, en relación con el tema del quirófano, de los cuidados intensivos, cosas que permiten hacer series de televisión muy prestigiosas. Difícilmente se haga una serie de TV con nuestro trabajo. Sin embargo, en buena medida esto forma parte del prestigio, y mucha gente que elige una especialidad en la medicina es por el prestigio. Claro, el prestigio se construye; se construye socialmente.

Quiero decir que la red de salud mental no solamente tiene que ver con la forma en que la salud mental se relaciona con la salud. Tiene que ver con cómo se relaciona con la sociedad. También tiene que ver con cómo se vincula con todas las áreas del Estado, especialmente aquellas que se ocupan del cuidado. Tenemos que recordar que, como consecuencia, en buena medida, de la década de los '90, hemos sido separados de nuestro hermano siamés, que era Desarrollo Social. Esa fue una operación política de la década mencionada, justamente, porque los bancos querían financiar el desarrollo social selectivo o focalizado, las víctimas de las políticas económicas que ellos mismos propiciaban.

A partir de eso, impulsaron separar la salud del desarrollo social porque salud era demasiado universal. Era poco selectivo, focalizaba poco. No obstante, en este momento concretamente tenemos aliados potenciales en una sociedad que piensa en *cuidadania*, también en el área de desarrollo social. Sobre todo si uno va a trabajar a nivel local como está planteado en este momento en la propuesta de redes. Entonces, me parece que puede resultar interesante saber quiénes son los aliados cuando uno llega al lugar, al espacio específico en el que va a trabajar.

Después, por supuesto, aparecen cosas que tienen que ver con elementos que ustedes también compartieron, con respecto al tema de por qué las redes van más allá de la referencia y la contrarreferencia. En buena medida es porque lo aprendimos del campo de la salud mental.

De esta forma se acompaña casi en forma intensiva los primeros años de la reforma de la salud mental de la Nación, pero más selectivamente todavía en la provincia de Córdoba, que fue en esa época una especie de provincia laboratorio de la Nación. Para darles una idea, más del 50% de las camas públicas de Córdoba eran de salud mental. De tal manera que la Dirección Provincial de Salud Mental era muy importante y había un ex Lanús a cargo de Salud Mental, el doctor Rapella. Todo ese cambio de la salud mental de Córdoba fue tremendamente significativo. Ellos llamaban para recibir aportes de planificación estratégica, de programación; y, un poco como una travesura, por arriba de todos los cursos que hacíamos, ponían: *"Hacia la construcción de una red de salud mental"*. Toda la papelería decía eso. Ahora, esto es parecido al día en

que nace la inquietud por saber el origen de tu apellido. Nadie explicaba qué era eso. Simplemente ahí estaba, como una especie de lema. Como decir el año sanmartiniano, o el año de la Asamblea del año XIII. Ponían "*Hacia la construcción de redes en salud mental*", y pasaba el tiempo y nadie lo explicaba.

Sin embargo, la verdad es que ese concepto era el gran constructor de lo nuevo que estaba generándose allí. Entonces, esas redes de salud mental no lograron cerrar manicomios, por ejemplo, pero redefinieron el funcionamiento de éstos. Al mismo tiempo había equipos de salud mental comunitaria que estaban trabajando en los barrios de la ciudad de Córdoba. Existían talleres protegidos que estaban dejando de ser tales porque empezaban a ser empresas sociales. Había también reconversión del hospital psiquiátrico y de los servicios de psiquiatría en los hospitales generales. Y todo ese cambio se encuadraba en esa frase: "*Hacia la construcción de redes en salud mental*". *Hacia*, no *hasta*. *Hacia* lo que alguna vez será; pero evidentemente era una formulación de movimiento.

Creo que a partir de allí empezamos a entender algunas cosas. Lo primero es que, a diferencia de las redes que preexistían, de las redes de emergencia, la verdad es que la red de salud mental no tiene como esencia llevar pacientes de un lado a otro. Porque además, en buena medida, ¿cómo se define el nivel de complejidad? ¿Por qué tener un paciente internado con un chaleco químico sería más complejo que la reinserción comunitaria de los enfermos? ¿En qué lugar se define qué es complejidad en salud mental?

### Unidad y diversidad

Lo interesante del tema es que, finalmente, en salud mental más que en ningún otro lado, lo que aparecía muy claro es que el problema fundamental era poner de acuerdo a la gente de la salud mental. En realidad de eso se trataba la etapa fundante de las redes. El desafío de las redes era: ¿de qué manera sentar, hacer circular, fertilizar, el conjunto de profesiones, de ideas, de especialidades, de teorías, de dispositivos que recorren el campo de la salud mental? Eso terminaba siendo más importante que definir una secuencia de atención de pacientes que definiera niveles de complejidad, y quién deriva a quién, quién hace referencia, quién hace contrarreferencia; todo ello pasaba después a ser secundario si las personas se conocían, se articulaban, si cooperaban en la resolución de problemas comunes.

Por eso es que aparece este concepto de las redes como redes de personas. Fundamentalmente, porque si no sería muy fácil. Uno toma todos los decisores y dice: hay seis directores, hay cuatro jefes de equipo, ¡que se pongan de acuerdo! Se hacen las reuniones en un ascensor y se soluciona el problema. El problema es que se debe incidir en la cultura de la institución, y trabajar adentro de la cultura de la salud mental es muy complicado. Porque las fuentes no tienen, de alguna manera, monopolio discursivo. Es decir, que es un campo construido por escuelas; es un campo construido por profesiones; es un campo construido por miradas, por perspectivas, por historias, por trayectorias.

Es decir que hay subjetividad intensificada en el campo de la salud mental. Y uno podría decir: ¡qué pena! ¡Qué envidia de los cirujanos! No sé si envidiar a los cirujanos, porque también está el tema de que cuando nosotros hablamos del pensamiento médico, no por casualidad circula la palabra hegemónico. En muchos otros campos del

conocimiento dentro de la medicina, lo que ocurre con frecuencia es que un discurso aplastó a todos los otros. Entonces esa tranquilizadora apariencia de homogeneidad que hay en algunos ámbitos de conocimientos no tiene que ver con que justamente se logró un consenso, sino que muchas veces lo que se logró fue por medio del ejercicio de la violencia simbólica, aplastar cualquier otro conocimiento en el juego.

Hoy leemos que la homeopatía en España haya adquirido patente de igualdad y que todos los productos homeopáticos circulan por las redes públicas y privadas en igualdad de condiciones con los medicamentos alopáticos, y decimos: ¡pobres españoles! ¡Qué ganas de complicarse la vida! De alguna manera, hasta incluso la propia expresión: medicinas alternativas, es peyorativa ¿Quién quiere ser alternativo?

Esa construcción nos está poniendo en este momento en desafíos nuevos. Porque empieza a aparecer y, afortunadamente, se empiezan a diversificar discursos. Quiero señalar que digo afortunadamente porque en vez de la salud mental copiar a los otros campos de la medicina, o a los otros campos de la salud, lo que empieza a pasar es que algunos campos de la salud están comenzando a copiar a la salud mental. Entonces hoy, cuando uno incursiona en el campo de la tocoginecología articulado con el tema de salud sexual y reproductiva, empieza a ver complejidades, discursos, discusiones, asperezas, roces, debates, etcétera, que ya no son las tranquilas reuniones quirúrgicas acerca de los estadios del cáncer de cuello. Comenzamos a meternos en el tema de la píldora, de la anticoncepción, del aborto, y se complicó todo ese campo, de igual manera que ya se había complicado antes el ámbito mismo de la pediatría. También la pediatría social genera una fuerte presión a la pediatría; lo mismo pasa con la medicina general y aun con la medicina familiar, todos campos en los que los debates incorporan dimensiones que complejizan, que desestructuran.

De tal manera que, afortunadamente, la salud mental ha dejado de estar sola: ha dejado de estar sola en su carácter de campo polifónico. Me parece que polifónico es una característica del campo de la salud mental que también llama a redes. Porque cuando decimos: dispositivos tendientes a transformar la heterogeneidad en una fortaleza, un dispositivo que logre eso le da fuerza a la salud mental. Justamente porque la heterogeneidad está en su naturaleza.

Así, me parece que el tema de: somos diferentes pero podemos ir juntos, unidad en la diversidad, tiene que ver básicamente con la construcción de consensos mínimos. O sea, aquellos consensos que son fundamentales para poder avanzar. En definitiva, porque el campo de la salud mental no se organiza para la satisfacción de los trabajadores de la salud mental. Se organiza principalmente para construir *cuidadania* y para apoyar fuertemente a las personas que están en situación de padecimiento psíquico.

### Discusión

En un auditorio como éste, uno casi desearía decir: levante la mano aquel que en el último año no ha tenido algún padecimiento psíquico. Es decir que redefine; quienes están en atención directa del paciente saben que hay gradaciones de padecimiento psíquico; uno conoce las pérdidas que pueden tener que ver con un cambio de empleo, con la pérdida de un familiar directo, con una mudanza, con una serie de cosas que de repente desestructuran fuertemente.

Ahí hay algo que me parece interesante, que es discutir, también podríamos complejizar quizá, si llamamos a las redes de atención". Quizá, podría decir, si solamente las vamos a considerar redes de atención. De repente son redes de contención. Porque justamente cuando uno dice: el dispositivo para reemplazar el manicomio es la atención en crisis, bueno, en cierta manera, es el tema de la contención. Casi nunca un paciente está bien contenido por una sola persona. Salvo que empecemos a buscar fisicoculturistas para trabajar en salud mental, la contención a veces literal depende de un comportamiento en equipo, en red.

Cuando analizamos a la policía, nos podemos preguntar: ¿cuáles son las sofisticadas armas de la policía en los países centrales? El arma principal es la radio, es la comunicación. Porque cada vez que aparece una situación crítica, aparecen cincuenta policías. Disuaden a cualquiera. El problema es cuando uno tiene un paciente agitado o uno en crisis que debe ser contenido. Ese sujeto necesita un equipo que lo contenga. Si la primera reacción del personal de salud es: ¡salgamos porque hay un paciente en crisis!, todo el personal de guardia dice: ¡llamen al psicólogo! Y si además es un niño... Entonces, evidentemente, la idea de crisis reclama contención, que frente a la situación crítica se empiece a disuadir.

No hace mucho tiempo, una mujer se emborrachó en el aeropuerto de Ezeiza. Se constató la incapacidad del personal de la aeroestación para manejar una situación previsible: una persona alcoholizada. Se supone que están preparados para enfrentar terrorismo, pero al ver cómo abordaban a una persona alcoholizada...

Me parece que estas referencias nos ayudan un poco a esclarecer la tarea que tenemos por delante cuando decimos estas palabras, que parecen palabras técnicamente fáciles de circular, pero que tienen que ver justamente con el tema de contención en crisis, algo central para pensar alternativas terapéuticas más allá del manicomio.

La contención es un tema institucional. Empieza con el personal de la ambulancia, con la persona de seguridad de la puerta, con la gente que está como primer contacto, aquel que avisa: "No lo puede dejar una hora en la guardia esperando". Ese tipo de reflejos me parece que son fundamentales.

Agrego un punto que quisiera revisar con ustedes, porque es un dato para mí reciente y, si es realmente así, es fantástico. Se trata de un tema que ya ha generado cierta paranoia adicional del sector salud, que es el de la violencia en los hospitales. Me parece que es un tema de salud mental, obviamente, en el cual la salud mental podría opinar sobre la salud y sobre la forma en cómo la gente lo define, e incluso decide trabajar o no en ciertos lugares en función de si hay o no mucha violencia.

Este dato lo escuché circunstancialmente en una reunión que se hizo en La Matanza, con funcionarios de la provincia que empezaron a describir la situación en las Unidades de Pronta Atención (UPA). Qué estaba pasando con estas UPA. El primer gran impacto fue escuchar en qué lugares están construidas, zonas calientes de la provincia y del conurbano; además, por el volumen que manejan, atienden casi igual cantidad de emergencias que los hospitales generales. Entonces, lo primero para reflexionar es que no estamos hablando de pequeños centros, sino de estructuras que son captadoras de situaciones críticas en gran escala. Lo más impactante de todo es que los lugares en los que están asentados no son los mejores. Además, la historia de las UPA de acuerdo con el

registro actual que se tiene en el Ministerio de Salud de la Provincia, es que no hay violencia en ellas.

Uno empieza entonces a preguntarse: ¿Cómo que no hay violencia en las UPA? Si están en los peores lugares, si atienden igual que en la guardia de los hospitales generales. Lo que comienza a decirse, insisto en esto, lo pongo a propósito sobre la mesa, no como una afirmación, sino como una reflexión sobre lo escuchado, es que: el personal no está atendiendo detrás de una ventanilla con barrotes, o la gente no llega y se encuentra con una puerta cerrada que dice: "Espere". Hay orientadores que están adentro de la sala de espera, que definen la expectativa que se tiene de espera. Y a partir de esos dispositivos es cuando se reduce la violencia.

Pero, si esto es verdad, la hipótesis que tenemos que evaluar, lo que está mostrando esta experiencia es que nos pusimos a buscar dónde está el responsable de la violencia, y podría ser que los responsables de la violencia en los hospitales seamos, al menos en parte, nosotros mismos.

Éste es un tema central vinculado con la salud mental que tiene que ver con la violencia. Pero que tiene que ver con la violencia que viven los servicios de salud, en buena medida por la propia organización de éstos.

Esta sensación es un tema donde aparece también, quizá como una reflexión más amplia, para poder dar origen a intercambios y demás, el tema de: ¿qué es exactamente la salud mental? Es tal vez una pregunta imposible de contestar. Nadie la va a responder en el día de hoy, por las dudas de que se haya creado una expectativa. Pero, lo que sí me parece importante señalar es que por lo menos hay una dualidad.

La dualidad es que yo pueda pensar que el campo de la salud mental es un recorte de la morbilidad. Ésta es una posibilidad, la salud mental como un recorte de la morbilidad. Otra posibilidad, no excluyente, es que la salud mental sea una perspectiva de análisis sobre la salud. La que se llama a sí misma mental y la que no se llama a sí misma mental.

Eso redefine en buena medida este tema de decir: bueno, cómo convencemos al director del hospital de que saque el servicio de salud mental de al lado de la morgue, para empezar a pensar otra cosa. Quizás es que en el campo de la salud mental se debe estar discutiendo sobre los temas que vayan emergiendo, algunos de los cuales que aparentemente no son de salud mental, pero que con una mirada de salud mental son iluminados de otra manera.

Creo que ahí también hay toda una potencialidad para decir: ¿salud mental como perspectiva de análisis, o como un recorte de la morbilidad?

Probablemente las dos son ciertas y ambas puedan alimentarse recíprocamente, pero se habilita otro campo vinculado con el tema de la relación con esto que es muy difícil definir. ¿Cómo se llama lo que no es salud mental en salud? ¿Qué será? ¿Salud corporal? ¿Será una forma de persistencia de la división de alma y cuerpo? Entonces aparece como simplemente salud. Toda aquella salud que no es salud mental, ¿qué es?

Es complicado poder llegar a esa definición. Lo menciono a propósito porque hay quizás una esencia que hemos ido aprendiendo a partir del tema: el dispositivo está adentro del dispositivo de la construcción de redes. Porque lo que puedo ver de las redes es: hacer análisis de redes. Recuerden que en la sociología hay una escuela poderosísima española-británica que se llama análisis de redes.

Pero otra cosa es construir redes, y yo creo que la salud mental tiene más fuerza por esta capacidad: la de construir redes.

En el campo de la construcción de redes encontramos muchas cosas. Por ejemplo, los niveles que se mencionaron. En el proceso de construcción de una red existen diferentes niveles cuyo conocimiento sirve para organizarlos y para monitorizar sus grados de profundidad. Estos niveles pueden ser denominados como: *reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación*. Cada uno sirve de apoyo al siguiente (Rovere M. Redes en Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lázarte, Rosario, Argentina [1999]. [www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/biblio/pdf\\_tsocial/Redes\\_salud\\_mario\\_rovere.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/biblio/pdf_tsocial/Redes_salud_mario_rovere.pdf)).

También, más gente en la red no necesariamente es mejor. Pero sí puede tener más espesor por la densidad de vínculos. O sea, hay todo un camino desde que las personas se reconocen como parte de una red hasta que, de alguna manera, la hacen funcionar. Hay todo un recorrido que afortunadamente es cualitativo, y que es casi una caricatura ponerlo solamente en estos cinco niveles de vínculo, porque son niveles muy subjetivos. Pero dan la idea de que se recorre un camino en la construcción de redes, y que la presencia de mejores vínculos en la red implica que la red avanza, aunque no tenga nuevos socios.

Pero en el marco de la reflexión acerca de las redes, aparece una palabra clave, justamente por el tema de lo local, que es el uso controvertido de la palabra territorio. Me parece que esto puede finalmente ayudarnos para entender. Creo que, entendiendo este concepto, de alguna manera, uno se puede poner a hacer redes, las que ya sabemos que se pueden hacer y otras que no sabemos que se pueden hacer y que, de repente, uno las descubre.

La palabra territorio tiene un sufijo (*torio*) que tiene que ver con lugar, hay muchas palabras que se arman así: auditorio, consultorio, locutorio. Pero cuando hablamos de *territorio*, justamente la primera imagen que nos viene a la cabeza es: algo así como un lugar en la tierra. Casi parece una palabra redundante. *Territorio* aparece con esa sensación de tierra. Pero si fuera así, la palabra sería *terratorio*. La verdad es que *terri* viene de *territus*. Es decir, que *territus* seguido de *torio* significa un lugar que uno debe defender por la disuasión, por la fuerza o por el terror incluso.

De tal manera que esta tranquila palabra empieza a dejar de serlo para mencionar que territorio es un concepto geopolítico, que puede extenderse, además, a los territorios simbólicos. Eso puede, por ejemplo, remitirnos al tema de las incumbencias profesionales en salud mental, y éste es un tema verdaderamente fortísimo, porque uno podría decir: también las cátedras son territorios; también las profesiones son territorios; también las especialidades

son territorios. Así, de alguna manera se prevén también los mecanismos para sancionar al que osara atravesar esos territorios.

Sin embargo, quizás muchos de esos territorios son autorreferenciales; es decir, que no necesariamente los otros respetan esos territorios que uno imagina que le son propios.

Podríamos decir: por problemas de territorio vamos a las guerras. No es un tema menor. El filósofo francés Roland Barthes tiene una frase entre poética y geopolítica: *Las fronteras son las cicatrices de la historia*. O sea que está diciendo: Los límites tienen memoria, la violencia que los origina deja huella, deja cicatriz. Y cada uno de nosotros, desde una profesión, nos constituimos en nuestra profesión y además conocemos colegas de otros lugares, sabemos que en otros sitios la profesión tiene otros territorios. Porque no es lo mismo decir psicólogo en La Plata que en Buenos Aires, en Formosa o en Perú. La palabra es la misma, pero los territorios son otros.

Es curioso que provenga del campo de las redes un trabajo muy importante que se hace en Córdoba, donde en dicho ámbito se menciona una frase que viene de la sabiduría popular, y que tiene algo que es conmocionante para este concepto de armado en salud mental. Además, porque viene de parte de un psiquiatra que trabaja redes en salud mental. Dice: *"No importa quién lo haga. Lo importante es que se haga"*. Esta frase pone la piel de gallina cuando uno sabe que el problema por el cual ha luchado por años es por la definición de la competencia profesional específica en el monopolio de esta práctica por parte de mi especialidad. Y de repente la población denuncia semejante "grosería" como: No importa quién lo haga. Lo importante es que se haga.

Entonces, cuando uno empieza a pensar que ésa es la representación de la población, y bueno, si uno va a un hospital en crisis, el que nos contiene, nos contiene. Yo no voy a distinguir quién es el que lo hace. El que me contiene, me contiene. Yo estoy agradecido con él. Puede ser un camillero; puede ser el farmacéutico, el primero que me vio en la sala de guardia. Para la población, no importa quién lo haga, lo que importa es que se haga. Esto quiere decir, en cierta manera, y acá el motivo de esta especie de rulo final, que: no hay redes sin desterritorialización.

## Conclusión

Las redes son estructuralmente un dispositivo de desterritorialización, y si son tales, ¿qué hay que desterritorializar para construir redes? Es algo que yo no les puedo decir. Cada uno de ustedes sabe y sabrá, descubrirá qué es lo que hay que desterritorializar para establecer nuevas conexiones, nuevos vínculos, nuevas alianzas, con quienes de alguna manera compartimos la posibilidad de generar una sociedad en la que no sobre nadie. Una sociedad con *cuidadania*.

## Red Científica Iberoamericana (RedCIbe)

RedCIbe difunde avances médicos y sanitarios de América Latina, España y Portugal, mediante la edición de informes territoriales o especializados, entrevistas y novedades para la salud, que contribuyen a la comunicación responsable de acontecimientos que fomentan el progreso de las ciencias médicas de la región.

### Informes

Informes observacionales redactados por profesionales de la salud con el objetivo de comunicar sus experiencias o reflexiones científicas.

## Los aportes de la antropología a la medicina. La mirada sobre la familia y su lugar en el proceso de salud-enfermedad-atención

*The contributions to medicine made by  
anthropology: the family and its place in the  
health-illness-care process*

Mónica García Barthe

Psicóloga, Antropóloga social, Hospital de Niños Ricardo  
Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud	
	Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)
	 + Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.

El artículo\* intenta establecer puentes entre las ciencias sociales y la medicina. Desarrolla los pilares básicos del abordaje de los fenómenos desde la antropología vinculándolos con el cuidado de la salud en el proceso de salud-enfermedad-atención. En un primer momento se establece la especificidad disciplinaria de la antropología social desde lo conceptual y desde lo metodológico, para luego analizar la relación médico-paciente desde esta perspectiva. Recorriendo la historia de la disciplina, se destacan momentos fundacionales y se recorren sus características propias, que surgen del encuentro del conquistador europeo con pueblos y sociedades diferentes. Desde lo conceptual, la mirada antropológica tiene como característica la inclusión del punto de vista del *otro*, así como su voz. Desde lo metodológico, el enfoque etnográfico permite conocer a un determinado grupo social desde su interior mismo, registrando sus costumbres, mitos, creencias, historia, etc., relatados



por sus protagonistas. En este marco, la antropología obliga a un trabajo de reflexión permanente de acercamiento y alejamiento de su objeto.

La antropología, entonces, aborda la diversidad humana desde el punto de vista de esa diversidad misma, rescatando las marcas de identidad cultural que la definen. Para las ciencias médicas, sobre todo para la pediatría, la consideración del contexto familiar y social del paciente es ineludible a la hora de pensar los procesos del cuidado de la salud, entendida como producción social más allá de sus determinantes biológicos. Comprender cómo cada grupo social entiende la salud, la enfermedad, los cuidados y la posición ante la muerte permite al médico situarse desde otro punto de vista y establecer puentes de comunicación con los pacientes y sus familias. Los modelos y representaciones de salud y enfermedad que analiza la antropología en distintos grupos sociales y momentos históricos nos demuestran la variabilidad de enfoques sobre estos fenómenos. Se analizan también distintas modalidades de acercamiento al problema de la *diferencia cultural*, oponiendo el enfoque clásico del antropólogo como intérprete o traductor al enfoque crítico que se centra en la salud en su dimensión política, como bien colectivo de interés público.

Así, se analizan los procesos históricos y sociales que contribuyen a conformar y producir las nociones de salud y enfermedad y por lo tanto los procesos de atención y cuidado de la salud, entendiendo estos últimos como un conjunto complejo donde intervienen diversos factores y variables. Un aspecto

to importante a considerar es la concepción de cultura, no considerar las diferencias culturales como un obstáculo sino como diferencia y las relaciones entre el ámbito público y privado en su particular interrelación que, en definitiva, no deja de ser una relación política.

Hechas las consideraciones anteriores, el artículo intenta establecer una nueva concepción de los procesos de salud-enfermedad-atención en sus dimensiones social y política, más allá de lo biológico y lo individual. Se mencionan algunos ejemplos clásicos donde estos aspectos se hacen manifiestos, como las enfermedades mentales o el síndrome de maltrato infantil en su construcción social e histórica. En un breve recorrido sobre las concepciones de niño y de violencia en distintos momentos históricos se pone de manifiesto cómo el uso de la violencia física hacia los niños con fines disciplinares y educativos pasó del ámbito de la vida privada a convertirse en objeto de la medicina y un tema de salud pública.

Finalmente, se aborda el lugar de la familia en el cuidado de la salud y el papel de los agentes y las instituciones sanitarias, entendiendo que son parte de una red de relaciones complejas donde las variables culturales, sociales y biológicas se imbrican en un todo imposible de disociar. El artículo aborda la niñez como categoría que, más allá de su entidad biológica sujeta a invariantes de crecimiento y maduración, está determinada por el contexto social, cultural e histórico, que da lugar a una pluralidad de infancias posibles.

A modo de conclusión, se destaca la vigencia y la validez del pensamiento del Dr. Florencio Escardó, quien hace más de cincuenta años ya recordaba a los pediatras que el niño es un ser social y cultural antes que biológico, y reconocía la variabilidad de organizaciones familiares dentro de las cuales la experiencia humana se produce, tema de gran actualidad y que ya había sido vislumbrado por este maestro de la pediatría.

*La autora no manifiesta conflictos de interés.*

**\*Nota de la redacción:** La autora hace referencia al trabajo publicado en *Revista del Hospital de Niños* 54(247):211-14, Dic 2012. Los lectores que precisen el artículo completo pueden solicitarlo gratuitamente a la Biblioteca Biomédica (BB) SIIC de la Fundación SIIC para la promoción de la Ciencia y la Cultura.

#### Cómo citar este artículo

García Barthe M. Los aportes de la antropología a la medicina. La mirada sobre la familia y su lugar en el proceso de salud-enfermedad-atención. *Epidemiología y Salud* 2(1):36-7, Ago 2014.

#### How to cite this article

García Barthe M. The contributions to medicine made by anthropology: the family and its place in the health-illness-care process. *Epidemiología y Salud* 2(1):36-7, Ago 2014.

#### Bibliografía sugerida

Lévi-Strauss C. Antropología estructural. Eudeba, Buenos Aires, 1984.  
Lévi-Strauss C. Op. cit. Cap. IX: El hechicero y su magia.  
Fassin D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una

antropología de la salud. En: *Revista Colombiana de Antropología* 40:283-318, 2004.  
Escardó F. Qué es la pediatría. FUNDASAP Ediciones, Buenos Aires, 2007.

## Entrevistas

Reportajes a prestigiosos profesionales de la Argentina, América Latina y el mundo entrevistados por los directores médicos de SIIC y los miembros de los Comités Editorial y Científico de Epidemiología y Salud.

# Medios de comunicación, salud mental y ataques con armas de fuego

## *The mass media, mental health and shooting rampages*

*“El cirujano no puede garantizar el resultado porque pueden presentarse complicaciones; lo mismo puede pasar con las armas de fuego, que pueden ser usadas indebidamente por personas que no deberían tenerlas. Los políticos no deben utilizar las tragedias debido a tiroteos callejeros como pretexto para dictar leyes que restrinjan la libertad a los ciudadanos que respetan las leyes, son responsables y saben que la libertad va junto con sus derechos constitucionales y responsabilidades civiles.”*

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a

**Miguel A. Faria Jr**

Mercer University School of Medicine, Macon, Georgia, EE.UU.

Acceda a este artículo en [siicsalud](#)



Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

Georgia, EE.UU. (especial para SIIC)

**SIIC:** *Se ha reiniciado el debate acerca de la tenencia de armas de fuego en la sociedad civil a raíz del evento ocurrido en Newtown (Connecticut) en diciembre de 2012. ¿Podría resumir las características de ese episodio?*

MF: En el episodio de los asesinatos masivos en Newtown (Connecticut) del 14 de diciembre de 2012, un joven con problemas mentales evidentes utilizó un arma de fuego. El tirador disparó a sangre fría a 26 personas, incluidos 20 niños inocentes. Esta tragedia sin sentido fue un acontecimiento brutal y terrible en la historia de la sociedad civil estadounidense, e inició nuevamente un debate que continúa en los Estados Unidos y el mundo. Este debate debe dirigirse a discutir el fracaso y la negligencia en el tratamiento propio de las enfermedades mentales y el problema de la prensa que informa con extremo sensacionalismo la violencia en las calles y los barrios de los EE.UU., como si fuera un programa de entretenimiento y diversión. Esto sucede en la prensa electrónica, la radio y la televisión porque existe un asunto prioritario, cuya verdadera intención es restringir la posesión legítima de armas de fuego a los ciudadanos de ese país, en contravención a la Constitución norteamericana. Sobre este problema he escrito muchas cartas, editoriales, artículos y estudios, tanto en la literatura médica como de las ciencias sociales. Por ejemplo, los artículos *America, guns, and freedom. Part I: A recapitulation of liberty* y *Part II: An international perspective*, publicados en *Surgical Neurology International* a fines de 2012.<sup>1,2</sup>

**Se postula que los hechos de estas características son una consecuencia, entre otros factores, de fallas en el sistema de salud mental. ¿Cuál es la información**

**científica disponible en la actualidad para fundamentar esa asociación?**

Estudios sociales e investigaciones en salud pública han demostrado que más de la mitad de los atacantes en estos tiroteos públicos o episodios de asesinatos masivos presentan enfermedades mentales o trastornos de la personalidad graves, que no han sido tratados en forma adecuada o no han sido tratados del todo. En otras palabras, estas personas trastornadas han pasado inadvertidos por el sistema público de la salud mental, sin que se les brindara tratamiento alguno. En mis artículos, publicados en *Surgical Neurology International*, cito varias referencias<sup>3,4</sup> que apoyan mis aserciones acerca de la información científica disponible sobre este tema. En estos individuos desequilibrados y mal adaptados, un evento poco afortunado puede empujarlos hacia el precipicio de la locura y la conducta de manía y violencia.

**¿Cree que estas circunstancias son exclusivas de la sociedad estadounidense? ¿Por qué?**

No, estas circunstancias no son exclusivas de la sociedad estadounidense. Episodios trágicos de tiroteos han ocurrido también en México, Israel, Rusia, Brasil, Noruega, Alemania, Suiza, Australia, Gran Bretaña y muchos otros países. Bombas, aviones, fuego (como en Nigeria) y hasta gases tóxicos y venenosos (Japón) y cuchillos (como en China, recientemente) han sido utilizados por personas trastornadas o terroristas en actos de violencia. En la década de 1990, en Ruanda tuvo lugar un terrible genocidio, en el que no se utilizaron armas de fuego sino machetes. Miembros de la tribu mayoritaria hutu asesinaron a miles de personas de la minoría tutsi. Debemos también recordar y tener en mente que las más sanguinarias y terribles masacres cometidas en el siglo XX fueron perpetradas por varios gobiernos contra sus propios pueblos o contra las minorías de esos países; por ejemplo, los estados totalitarios como la Unión Soviética, China comunista, la Alemania nazi, etcétera. En el siglo XXI, no son sólo los ciudadanos estadounidenses o las personas desequilibradas quienes están cometiendo las mayores masacres y las más sanguinarias. Se debe reconocer que las masacres más sangrientas fueron perpetradas, primero, por los gobiernos de estados totalitarios o dictaduras, como Siria, Sudán y Corea del Norte; segundo, por los participantes violentos en los disturbios recientemente ocurridos en países musulmanes, como Egipto y Libia; tercero, por los terroristas internacionales, que aho-

ra compiten con gobiernos y tiranos por el primer lugar en perpetrar masacres inhumanas.

***Pese a que el número de estos eventos se ha incrementado en los últimos años, se reconoce un menor índice de delitos violentos y homicidios durante el mismo periodo. ¿Cuáles son los motivos que podrían explicar esta aparente discrepancia?***

Si bien estos eventos se informan de manera más intensa y la frecuencia con que los medios cubren esos hechos también parece aumentada, lo que da la apariencia de que su número se ha incrementado en los últimos años, no estoy seguro de que esto sea cierto, ya que existen discrepancias en la incidencia de esos informes. Debemos reconocer que la incidencia de tiroteos sangrientos es muy baja, incluso en los EE.UU. John Fund, un famoso periodista del *Wall Street Journal* y de la revista *National Review Online*, ha escrito correctamente que la probabilidad de morir en un tiroteo público es más o menos igual que la de morir alcanzado por un rayo. Con esta comparación pretendo ilustrar estadísticamente y en forma práctica lo que estamos postulando en teoría. A pesar de las restricciones a las armas de fuego en Europa, los tres más grandes tiroteos sangrientos en escuelas primarias sucedieron en Gran Bretaña y Alemania, antes del hecho de Newtown. La posesión de un mayor número de armas de fuego por parte de la población civil de los EE.UU. (con un aumento de 200 millones en 1995 a 300 millones en 2012, es decir, un arma para cada uno de los ciudadanos estadounidenses) no ha resultado en más crímenes y homicidios. Así, el problema reside en varios otros aspectos, por ejemplo, en las enfermedades mentales, el informe sensacionalista de los medios de comunicación masiva y la búsqueda de fama y celebridad, mórbida y fúnebre.

***Se admite que la portación de armas por parte de civiles permitió evitar episodios de asesinatos masivos. ¿Qué eventos se destacan en este sentido?***

Ésta también es una buena pregunta que la prensa popular y los medios de comunicación masiva deberían plantearse. ¿Por qué? Como les dije anteriormente, porque la prensa es tendenciosa hacia la política de la izquierda y a segmentos del gobierno estadounidense en el Partido Demócrata, cuya verdadera intención es seguir los pasos para restringir la posesión y portación de armas por parte de la población civil. Las discrepancias en la forma de informar fueron demostradas repetidamente. Consideremos los incidentes, casi gemelos, que ocurrieron en Aurora, Colorado, en la primavera y el verano de 2012. Un caso de asesinatos masivos fue informado intensamente; el otro episodio, en el que un ciudadano evitó una matanza (que hubiera sido similar) con un arma de fuego y salvó vidas, apenas fue informado. Permítaseme describir algunos otros casos, de los cuales hay muchos.

En noviembre de 1990, un hombre al que yo más tarde entrevisté personalmente en Washington D.C., el señor BR y su amigo TS fueron a acampar al bosque *Oconee National Forest* (Georgia). Fueron atacados a balazos por dos sujetos violentos que habían ingerido cocaína, y mataron a TS. El señor BR respondió instantáneamente con su propio fusil semiautomático que tenía para defensa personal. Esto le salvó la vida. Los republicanos querían que BR atestiguará en el Congreso estadounidense, pero los demócratas, en control del gobierno en ese tiempo, no se lo permitieron porque en ese momento estaban implementando una campaña contra las armas de asalto.

Pocos días después del incidente en Newtown que mencionamos anteriormente, otro ciudadano evitó un episodio de asesinato masivo en un teatro en San Antonio, Texas, al

disparar y matar a un tirador antes de que éste matara a alguna persona inocente. Este incidente recordó el tiroteo del teatro en Aurora, Colorado.

***¿Cuál es el papel del abordaje sensacionalista de la violencia en los medios de comunicación masiva en la mayor cantidad de eventos de asesinatos masivos por armas de fuego? ¿Cree que Internet en general y las redes sociales en particular desempeñan un papel similar al de los medios de comunicación? ¿Por qué?***

El problema de la información intensa asociada con el sensacionalismo de la violencia en los medios de comunicación masiva está inextricablemente entrelazado con problemas psicológicos y de la escasa cultura popular, lo cual está debilitando y destruyendo nuestra antigua (pero todavía vital y esencial) cultura occidental. Éste es un problema más difícil y, en el espíritu de nuestro tiempo, aparentemente irresoluble. El sensacionalismo de la violencia ha llegado al punto donde la búsqueda por fama y celebridad ya ha alcanzado la cumbre de la patología mórbida. Esto se puede entender, quizás, en personas al borde del desequilibrio mental, pero las trazas de la enfermedad ya se pueden reconocer en personas aparentemente sanas, pero preocupadas en la búsqueda de sus quince minutos de fama a cualquier precio. Internet es un factor, y se puede postular que las redes sociales también están contribuyendo al problema, ya que brindan a las personas trastornadas un sentido exagerado de importancia que en realidad no tienen. O bien lo opuesto, crean en ellos un complejo de relativa inferioridad y entonces atacan por frustración. La prensa, y aun más la televisión, son los factores más importantes. Consideren los programas de *reality*, que están de moda y son extremadamente populares en televisión. Las personas hacen cualquier cosa para aparecer en los medios. No es difícil relacionar el reportaje intensivo con la búsqueda de la fama hasta el punto de cometer asesinatos masivos y precipitar también la propia muerte del asaltante. La visión repetida de violencia en el cine y la televisión por personas al borde de la inestabilidad es también un factor que contribuye a la violencia y el crimen actual en las calles.<sup>3,5,6</sup>

Deben analizarse otros factores, no sólo en los EE.UU. sino también en otros países. Me refiero al sistema de justicia, que es muy permisivo con los malhechores y criminales, la declinación del sistema de educación pública, el acogimiento a la cultura de dependencia socioeconómica por el gobierno (que sustituye a los padres) en las últimas décadas, la secularización de la sociedad con niños que crecen sin padres en hogares de madres solteras y familias desbaratadas, niños que crecen sin dirección moral o cívica. Todo esto, junto con un sistema de salud mental con interrelaciones rotas, son factores que contribuyen al problema.

***Organizaciones como la National Rifle Association (NRA) de los EE.UU. han propuesto la vigilancia de las escuelas con guardias armados. ¿Podría esta estrategia reducir la incidencia de estos episodios violentos?***

Sí, estoy de acuerdo, en parte, con la NRA en esa propuesta. En el corto plazo es una buena idea. La NRA propuso contratar guardias armados. Se podría comenzar contratando guardias y policías, pero se estaría sacando personal policial de las calles, donde realmente son más necesarios. Contratar guardias también cuesta dinero. Los presupuestos municipales están muy ajustados y ligados a la economía todavía caída en los EE.UU.

Sería mejor emplear ciudadanos voluntarios, personas que hayan sido evaluadas psicológicamente y entrenadas en el uso y la seguridad de las armas de fuego. Estos ciudadanos,

que pueden incluir a los propios maestros, actuarían como centinelas voluntarios de las escuelas. Un estudio apoya indirectamente esta propuesta. Entre 2005 y 2007, investigadores de la *University of Wisconsin* y la *Bowling Green State University* encontraron que la policía comete errores en el uso de armas de fuego con una incidencia del 0.002% anual, similar a lo verificado en los ciudadanos civiles que portaban armas legalmente. Estudios efectuados por el profesor de Criminología Gary Kleck y el abogado especialista en leyes constitucionales Don B. Kates indican que las armas de fuego son utilizadas más frecuentemente por ciudadanos que respetan la ley para protegerse de los malhechores, que por los criminales para perpetrar asesinatos.<sup>1-3</sup> La implementación de estas recomendaciones reducirá sin duda estos episodios violentos.

**La menor tendencia a la internación de los pacientes con alteraciones de la salud mental y la tendencia forzada a la emancipación precoz de los menores podrían considerarse factores relacionados con estos eventos. ¿Cuál es la información actual en este sentido?**

En los EE.UU., las leyes de privacidad junto con la tendencia forzada a la emancipación precoz de los menores aumentan el problema. Estas leyes educacionales y de seguros médicos protegen excesivamente la privacidad entre los padres y sus hijos adolescentes; así, los padres pueden no saber acerca de la condición médica y mental de sus hijos porque los registros de salud de los menores están cerrados para los padres y familiares. Esto sucede también con adultos jóvenes, aun cuando los padres pagan por la cobertura de seguro y la educación en las universidades. Estos problemas en las leyes necesitan corregirse para que los progenitores puedan ejercer más control sobre sus hijos y ayudarlos cuando se registren problemas mentales en los archivos educacionales o médicos. También las leyes deben ser más laxas, de manera que un vecino o un miembro de la familia puedan informar a las autoridades policiales o las instituciones de salud mental sobre un adolescente con problemas mentales y tendencia a la violencia, sin tener temor de posibles repercusiones legales. Además, deben eliminarse los impedimentos para la internación de los pacientes con alteraciones graves de la salud mental. Muchos pacientes mentales permanecen en las calles cometiendo delitos o están siendo abusados por criminales. Otros reciben un tratamiento insuficiente como pacientes mentales externos, cuando en realidad deberían estar hospitalizados y sometidos a un tratamiento más intensivo.

**De acuerdo con su experiencia, ¿pueden trazarse paralelos en América Latina, en especial ante la presencia de fenómenos sociales como las maras?**

Creo que hay muchas similitudes, pero también diferencias culturales en la forma en que el crimen y la violencia se desarrollan en pueblos distintos. En los EE.UU. hay pandillas y bandas que cometen delitos en las grandes ciudades, como Nueva York, Chicago y Los Ángeles. Algunas de estas bandas recuerdan a las maras que se vuelcan de América Central, el Caribe, México y otras minorías latinas a los EE.UU. Esas pandillas tienen raíces, me parece, en problemas socioeconómicos o políticos, mientras que el problema del que hemos estado hablando —el tiroteo público al azar— tiene causas asociadas con problemas sociales y psicopatológicos mentales. Los asesinatos masivos en América Latina están más frecuentemente relacionados con la política o con sujetos involucrados con drogas y otros crímenes. En el interior de las ciudades estadounidenses también hay bandas que, en su mayoría, están encabezadas por afroamericanos y otras minorías étnicas involucrados también con drogas y robo, lo que resulta en episodios de asaltos agravados y tiroteos.<sup>6,7</sup>

**Por favor, a modo de conclusión, sugiera sus recomendaciones para la práctica cotidiana.**

En conclusión, en la práctica de la medicina, el cirujano no puede garantizar el resultado porque pueden presentarse complicaciones; lo mismo puede pasar con las armas de fuego, que pueden ser usadas indebidamente por personas que no deberían tenerlas. Los políticos no deben utilizar las tragedias debido a tiroteos callejeros como pretexto para dictar leyes que restrinjan la libertad a los ciudadanos que respetan las leyes, son responsables y saben que la libertad va junto con sus derechos constitucionales y responsabilidades civiles. Cuando se prohíbe el uso de armas a los ciudadanos, éstos se convierten en víctimas desarmadas. Los gobiernos que no permiten a los ciudadanos defenderse y tener armas de fuego tienden a ser tiránicos y despóticos. Han muerto más personas en manos de su propio gobierno que en todos los tiroteos callejeros del mundo. La portación de armas de fuego por parte de ciudadanos responsables reduce el crimen, previene homicidios por criminales y hasta masacres por sus propios gobiernos. Antes de continuar el asalto político a la posesión de armas por los civiles, debemos empezar por encarcelar a los verdaderos criminales y a atender a los pacientes mentales que necesitan nuestro diagnóstico y tratamiento médico con verdadera compasión y dignidad.<sup>1,2</sup>

*El autor no manifiesta conflictos de interés.*

#### Cómo citar este artículo

Faria MA Jr. Medios de comunicación, salud mental y ataques con armas de fuego. *Epidemiología y Salud* 2(1):38-40, Ago 2014.

#### How to cite this article

Faria MA Jr. The mass media, mental health and shooting rampages. *Epidemiología y Salud* 2(1):38-40, Ago 2014.

#### Autoevaluación del artículo

Estudios sociales e investigaciones en salud pública han demostrado que más de la mitad de los atacantes en tiroteos públicos o episodios de asesinatos masivos presentan enfermedades mentales o trastornos de la personalidad graves, que no han sido tratados en forma adecuada o no han sido tratados del todo.

**¿Cuál de estos factores parece vincularse en forma destacada con el sensacionalismo de la violencia en los medios de comunicación?**

- A, La escasa cultura de la población; B, La presencia de problemas psicológicos; C, La intensificación de la información; D, Todas son correctas; E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/138154](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/138154)

#### Bibliografía

1. Faria MA. America, guns, and freedom. Part I: A recapitulation of liberty. *Surg Neurol Int* 3:133, 2012. Disponible en: [www.surgicalneurologyint.com/text.asp?2012/3/1/133/102951](http://www.surgicalneurologyint.com/text.asp?2012/3/1/133/102951).
2. Faria MA. America, guns and freedom: Part II: An international perspective. *Surg Neurol Int* 3:135, 2012. Disponible en: [www.surgicalneurologyint.com/text.asp?2012/3/1/135/103542](http://www.surgicalneurologyint.com/text.asp?2012/3/1/135/103542).
3. Faria MA. Shooting rampages, mental health, and the sensationalization of violence. *Surg Neurol Int* 4:16, 2013. Disponible en: [www.surgicalneurologyint.com/text.asp?2013/4/1/16/106578](http://www.surgicalneurologyint.com/text.asp?2013/4/1/16/106578).

# Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA)

La Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) creó y desarrolló el Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA) con el objetivo de facilitar la publicación de artículos científicos en colecciones periódicas de calidad. La utilización del SSEA es únicamente autorizada a los autores que presenten artículos para su evaluación y posterior publicación. Estos autores acceden a SSEA mediante la dirección de correo electrónico del autor, el número de ICE provisto en la carta de invitación y una clave de ingreso creada por el autor la primera vez que accede.

## Solicitud de presentación

Los autores interesados en presentar un artículo para su evaluación y posterior edición en las publicaciones de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) deberán acceder a

[www.siic.org/presentacionpreliminar.php](http://www.siic.org/presentacionpreliminar.php) donde completarán un formulario llamado **Presentación Preliminar**.

Inmediatamente luego de completar y enviar el formulario recibirán una **Carta de Invitación**.

## Procesos de la edición

### Proceso 1 – Aceptación de la invitación

El autor acepta la invitación para presentar un artículo sobre el tema de su interés. Este proceso de una sola etapa solicita unos pocos datos profesionales y otros relacionados con el artículo que el autor se compromete concluir en una fecha determinada.

Estos datos permitirán difundir anticipadamente el trabajo y su probable fecha de publicación. Se le aclara al autor que ello ocurrirá al obtener su aprobación.

### Proceso 2- Remisión del artículo

Los autores remitirán sus artículos en línea en [www.siic.info/ssea](http://www.siic.info/ssea)

**Proceso de Remisión** Usted ha ingresado al **Proceso de Remisión** de su artículo.

**Importante:** Usted puede completar este formulario en una vez o guardarlo y completarlo en etapas durante 7 días contados desde la fecha en que concluyó la Etapa 1. En ese lapso puede corregir los campos que considere necesario.

Recomendamos **Guardar** la información de cada paso para evitar reescribirla en caso de interrupciones involuntarias o previstas.

Si desea realizar consultas o solicitar ayuda hágalo mediante Mensajes a SIIC ([www.siic.org/main/sugerencia.php](http://www.siic.org/main/sugerencia.php)).

### Etapa 1 – Identificación

**1A.** Al entrar al sistema por primera vez escribirá su Nombre de Usuario (dirección de correo electrónico del autor) y su Número de Referencia ICE que figura en la invitación recibida como columnista experto. Luego pulse el botón **"Acceso a SSEA"**. Si no posee un Número de Referencia ICE, contáctese con Mensajes a SIIC.

La siguiente pantalla contiene la Introducción al Sistema SSEA y sus pasos. Léala atentamente. Luego pulse **"Ingreso"** Escriba sus datos y siga las sencillas indicaciones del sistema y de estas Instrucciones.

**1B.** El autor designará a la persona que asumirá el seguimiento del proceso. Esta persona, Responsable del Proceso

(RP), garantizará la comunicación con SIIC y viceversa, centralizará el vínculo con los eventuales coautores y facilitará la fluidez del vínculo con los supervisores que iniciarán su labor al concluirse la Remisión del Artículo. Durante los procesos Remisión del Artículo y Evaluación del Artículo, el/la RP se relacionará con el Coordinador Editorial de SIIC y con los supervisores que corresponda según el tema en análisis: normas de edición, científico, inglés biomédico, estilo literario, imágenes, informática y referatos externos. Aconsejamos mantener el/la RP mientras el artículo se encuentre en evaluación.

La tarea editorial culmina con la publicación del artículo aprobado o cuando se notifica al autor su desaprobación.

### Etapa 2 – De los autores

#### 2.A. Datos Personales

##### Autor/es

Incluya los datos completos del autor principal (nombre completo, dirección postal y electrónica, título académico, la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente, etc.).

##### Breve CV

Redacte un breve CV de alrededor de 100 palabras donde conste su nombre, título académico, posición actual, especialidad y los temas de investigación que le interesan.

#### 2.B. Complementos

##### Fotografía personal

Agregue su fotografía personal digitalizada en por lo menos 300 dpi ("dots per inch") en archivo JPG o TIFF.

Comuniquenos si le interesaría participar como revisor externo.

#### 2.C. Coautores

De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. Pueden incluirse hasta diez autores.

#### 2.D. Artículos Editados

##### Artículos registrados en SIIC

Si ya es Columnista Experto de SIIC nuestra base de datos registra artículos suyos editados anteriormente en SIIC o en otras publicaciones. Si precisa corregir alguna cita puede hacerlo en ella.

##### Otros artículos de su autoría

Registre aquí y en los subsiguientes sectores de *Artículos editados* las citas de cada uno de los trabajos del autor principal que mejor expresen su especialización. Puede indicar hasta 10 artículos editados. Recomendamos que sean lo más recientes posible.

Esta información, como la recogida en otras partes de SSEA, contribuirá a que el lector profundice el conocimiento del autor principal. Los trabajos editados en las

colecciones virtuales de SIIC enlazan a las páginas de sus respectivos autores, elaboradas sin cargo alguno para ellos por el Departamento editorial de la institución.

## 2.E. Carta de presentación

Podrá presentar el artículo mediante una carta amena, escrita en tono coloquial, en la que tendrá la posibilidad de sintetizar las principales conclusiones del estudio y describir brevemente situaciones especiales acontecidas durante la investigación.

Si el autor lo desea, incluirá el nombre de los coautores y los reconocimientos que considere adecuados. Por favor, diríjela a *Director Editorial de SIIC*.

## Etapa 3 – Del artículo

### Tipos de Artículos

El autor elegirá el formato apropiado para el contenido que intenta difundir. Los artículos de publicaciones científicas se distribuyen en los siguientes tipos principales (**Artículos originales, artículos de revisión y metanálisis, informes de opinión**, artículos descriptivos [casos clínicos, estudios observacionales, informes breves, comunicaciones especiales, etc.], artículos de consenso y normas clínicas prácticas, correspondencia, reseñas de libros o de artículos publicados en otras fuentes).

En estas Instrucciones consideramos los dos primeros.

### Artículo Original

Los artículos que describen los resultados de investigaciones originales, por ejemplo estudios aleatorizados y controlados, estudios de casos y controles, estudios observacionales, series de casos (clínico o preclínico [*in vitro*, *in vivo*, *ex vivo*, *in silico*]), deben constar de Resumen, Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones. La Introducción es una breve referencia a las generalidades del tema por abordar y a su importancia. La última frase de la Introducción debe estar referida a lo que los autores van a presentar o describir.

Materiales y Métodos describirá la muestra (que será de tamaño variable), el origen de los datos analizados, si es retrospectivo o prospectivo, los métodos estadísticos utilizados y la consideración de la significación estadística, en caso que corresponda.

...

Instrucciones completas en:

[www.siic.info/ssea/instrucciones\\_sic\\_web.php](http://www.siic.info/ssea/instrucciones_sic_web.php)

Ante cualquier inquietud, comuníquese por medio de Mensajes a SIIC: [www.siic.org/main/sugerencia.php](mailto:www.siic.org/main/sugerencia.php), al teléfono 0054-11-4342-4901 o por Fax: 0054-11-4331-3305. (Versión SSEA, n0613)

SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (SIIC)

## Instruções para os autores

### Pedido de apresentação

Os autores interessados em apresentar um artigo para avaliação e posterior edição nas publicações da Sociedade Iberoamericana de Informação Científica (SIIC) deverão acessar [www.siic.org/presentacionpreliminar.php](http://www.siic.org/presentacionpreliminar.php) onde preencherão um formulário chamado **Apresentação Preliminar**.

Imediatamente após o preenchimento e envio do formulário receberão uma **Carta-Convite**.

### Processos da edição

#### Processo 1 - Aceitação do convite

O autor aceita o convite para apresentar um artigo sobre o tema de seu interesse. Este processo de uma só etapa pede alguns poucos dados profissionais e outros relacionados ao artigo que o autor se compromete a concluir em uma determinada data. Estes dados irão difundir antecipadamente o trabalho e a provável data de sua publicação. Esclareça-se ao autor que isso acontece quando obtiver a aprovação.

#### Processo 2- Envio do artigo

Os autores enviarão seus artigos on line em [www.siic.info/ssea](http://www.siic.info/ssea)

#### Processo de Envio

Você entrou no **Processo de Envio** de seu artigo.

**Importante:** Você pode preencher o formulário de uma vez ou salvá-lo e concluí-lo em etapas ao longo de 7 dias a partir da data de conclusão da Fase 1. Nesse lapso de tempo pode editar os campos conforme necessário.

Recomendamos **Salvar** a informação a cada passo para evitar ter que reescrever no caso de interrupções involuntárias ou previstas.

Se você tiver dúvidas ou quiser pedir ajuda faça-o por meio de Mensajes a SIIC ([www.siic.org/main/sugerencia.php](http://www.siic.org/main/sugerencia.php)).

#### Etapa 1 - Identificação

**1A.** Ao entrar no sistema por primeira vez escreva o seu Nome de Usuário (e-mail do autor) e o número de referência ICE que está no convite recebido como columnista especialista. Em seguida, pressione o botão **"Acceso a SSEA"**. Se não possuir um Número de Referência ICE, entre em contato com Mensajes a SIIC.

A próxima tela contém a Introdução ao Sistema SSEA e seus passos. Leia atentamente. Em seguida, pressione "Entrada". Introduza os seus dados e siga as indicações simples do sistema e das Instruções.

...

Instruções completas na:

[www.siic.org/instruccoes\\_sic\\_web.htm](http://www.siic.org/instruccoes_sic_web.htm)

Caso surja qualquer dúvida, comuníque-se com [expertos.siic@siic.org](mailto:expertos.siic@siic.org), ou por telefone 0054-11-4342-4901; Fax: 0054-11-4331-3305

(Versão SSEA, n0613).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

## Guidelines for authors

### Presentation requirement

Those authors who wish to submit an article for evaluation and publication in the Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) should access

[www.siic.org/presentacionpreliminar.php](http://www.siic.org/presentacionpreliminar.php) and fill in the form called **Preliminary**

### Presentation.

Immediately after completing and sending the form, you will receive an **Invitation Letter**

### Editing Processes

#### Process 1 – Invitation Acceptance

The author accepts the invitation to write an article about a subject of his/her interest.

This one-stage process requires certain professional details and others related to the articles that the author pledges to provide by a stipulated date.

These details will allow the paper to be disseminated in advance with its probable date of publication, while ensuring the reader that that will only occur upon obtaining approval.

#### Process 2 - Submission of the Article

Authors will submit their articles on line at [www.siic.info/ssea](http://www.siic.info/ssea)

#### Submission Process

You have accessed the **Submission Process** for your article

#### Important:

You can complete this form at a time or you can save it and complete it at different moments over 7 days. This period starts when the author finishes Stage 1. During this period you can make those corrections you consider necessary.

We recommend that you Save the information at each stage to avoid having to enter it again in case of involuntary interruptions.

If you wish to ask for help or you have any questions, please write to Mensajes a SIIC ([www.siic.org/main/sugerencia.php](http://www.siic.org/main/sugerencia.php)).

#### Stage 1 – Identification

**1A.** When you first access the System you will write your User Name (email address of the author) and your Reference ICE Number that appears in the invitation received as expert columnist. Then, please click the button **"Acceso a SSEA"**. If you do not have a Reference ICE Number, contact Mensajes a SIIC

The next page contains the Introduction to the SSEA System and its stages. Read it carefully. Then click **"Enter"**. Write your personal data and follow the easy instructions given by the system and these Guidelines

....

Complete guidelines in:

[www.siic.org/guidelines\\_sic\\_web.htm](http://www.siic.org/guidelines_sic_web.htm)

For further information or inquiries, please contact [expertos.siic@siic.org](mailto:expertos.siic@siic.org) or call to telephone number (0054 11) 4342-4901; Fax: (0054 11) 4331-3305.

(SSEA version, n0613).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).

## Congresos

Los acontecimientos científicos recomendados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) se destacan por la utilidad para la actualización de los profesionales de la Argentina e Iberoamérica.

- **12° Congreso Latinoamericano de Neuropsiquiatría Multidisciplinaridad en Neuropsiquiatría**  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
20 al 22 de agosto de 2014  
[www.neuropsiquiatria.org.ar/espanol/actividad.asp](http://www.neuropsiquiatria.org.ar/espanol/actividad.asp)
- **XIII Congreso Argentino de Micología**  
Asociación Micológica Carlos Spegazzini  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
24 al 27 de agosto de 2014  
[info@tlorganizacion.com.ar](mailto:info@tlorganizacion.com.ar)  
[www.tlorganizacion.com.ar/congreso-micologia.php](http://www.tlorganizacion.com.ar/congreso-micologia.php)
- **XIV Congreso Argentino de Obesidad y Trastornos Alimentarios, III Jornada de Obesidad Infantil Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA)**  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
2 al 5 de septiembre de 2014  
[info@saota.org.ar](mailto:info@saota.org.ar)  
[www.saota.org.ar/?q=node/35](http://www.saota.org.ar/?q=node/35)
- **29° Congreso de Cirugía de Córdoba 2014**  
Asociación de Cirugía de Córdoba  
Córdoba, Argentina  
3 al 5 de septiembre de 2014  
[cirugia@grupobinomio.com.ar](mailto:cirugia@grupobinomio.com.ar)  
[www.grupobinomio.com.ar/website/2013/08/21/29-congreso-de-cirugia](http://www.grupobinomio.com.ar/website/2013/08/21/29-congreso-de-cirugia)
- **Congreso Argentino de Osteoporosis**  
Sociedad Argentina de Osteoporosis (SAO)  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
4 al 6 de septiembre de 2014  
[osteoporosis@fibertel.com.ar](mailto:osteoporosis@fibertel.com.ar)  
[www.osteoporosis.org.ar/cao-2014.html](http://www.osteoporosis.org.ar/cao-2014.html)
- **8° Congreso Latinoamericano de Epilepsia**  
Liga Argentina Contra la Epilepsia  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
17 al 20 de septiembre de 2014  
[buenosaires@epilepsycongress.org](mailto:buenosaires@epilepsycongress.org)  
[www.epilepsybuenosaires2014.org/](http://www.epilepsybuenosaires2014.org/)
- **Gastro 2014**  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
6 al 9 de octubre de 2014  
[www.gastro2014.com](http://www.gastro2014.com)
- **15th World Congress on Pain**  
Buenos Aires, Argentina  
6 al 11 de octubre de 2014  
[www.congresos-medicos.com/congreso/15th-world-congress-on-pain-7515](http://www.congresos-medicos.com/congreso/15th-world-congress-on-pain-7515)
- **X Congreso de la Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología**  
Federación Argentina de Sociedad de Endocrinología (FASEN)  
Córdoba, Argentina  
8 al 10 de octubre de 2014  
[www.congresofasen.com.ar](http://www.congresofasen.com.ar)
- **47° Congreso Argentino de Reumatología**  
Sociedad Argentina de Reumatología (SAR)  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
14 al 17 de octubre de 2014  
[sociedad@reumatologia.org.ar](mailto:sociedad@reumatologia.org.ar)  
[www.reumatologia.org.ar](http://www.reumatologia.org.ar)
- **40° Congreso Argentino de Cardiología**  
Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
16 al 18 de octubre de 2014  
[www.sac.org.ar/web/es/congreso-1](http://www.sac.org.ar/web/es/congreso-1)
- **14th International Conference on Neuronal Ceroid Lipofuscinoses (Batten Disease) & Patients Organization Meeting**  
Córdoba, Argentina  
22 al 26 de octubre de 2014  
[www.congresos-medicos.com/congreso/14th-international-conference-on-neuronal-ceroid-lipofuscinoses-batten-disease-patients-organization-meeting-9847](http://www.congresos-medicos.com/congreso/14th-international-conference-on-neuronal-ceroid-lipofuscinoses-batten-disease-patients-organization-meeting-9847)
- **1° Congreso Internacional Ibero-Panamericano de Medicina Interna / XXII Congreso Nacional de Medicina**  
Sociedad Argentina de Medicina (SAM)  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
4 al 7 de noviembre de 2014  
[congreso.sam.org.ar](http://congreso.sam.org.ar)
- **XIX Congreso Argentino de Diabetes**  
Sociedad Argentina de Diabetes (SAD)  
Mar del Plata, Argentina  
6 al 8 de noviembre de 2014  
[sad@diabetes.org.ar](mailto:sad@diabetes.org.ar)  
[diabetes.org.ar](http://diabetes.org.ar)
- **22° Congreso Internacional de Psiquiatría**  
Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP)  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
10 al 12 de noviembre de 2014  
[congresos@aap.org.ar](mailto:congresos@aap.org.ar)  
[www.aap.org.ar/congreso/22o-congreso-internacional-de-psiquiatria-10-al-12-de-noviembre-2014-hotel-sheraton-retiro](http://www.aap.org.ar/congreso/22o-congreso-internacional-de-psiquiatria-10-al-12-de-noviembre-2014-hotel-sheraton-retiro)
- **V Congreso Internacional de Oncología del Interior 2014**  
Asociación Oncólogos Clínicos de Córdoba (AOCC)  
Córdoba, Argentina  
12 al 14 de noviembre de 2014  
[oncologia@grupobinomio.com.ar](mailto:oncologia@grupobinomio.com.ar)  
[www.congresos-medicos.com/congreso/v-congreso-internacional-de-oncologia-del-interior-2014-3476](http://www.congresos-medicos.com/congreso/v-congreso-internacional-de-oncologia-del-interior-2014-3476)