

Epidemiología y Salud

Vol. 2, Nº 2, Noviembre 2014



Los hábitos saludables conllevan efectos antidepresivos

Determinados hábitos de vida, como la práctica de actividad física moderada de forma regular, los patrones alimentarios saludables que propone la dieta mediterránea, la exposición frecuente a la luz natural y el mantenimiento de un adecuado ciclo sueño-vigilia, tienen un efecto antidepresivo. Además, dichas medidas higiénico-dietarias interactúan entre sí, de manera que llevar a cabo alguna de ellas facilita indirectamente los cambios en el resto.

Mauro García Toro, Columnista experto, Palma de Mallorca, España
Sección Artículos originales, pág. 17

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
Lic. Mariana Juárez

Asesores Científicos

Dr. Enrique Vázquez
Dr. José Moya

Comité Científico
(en formación)

Dra. Graciela Abriata
Dr. Mario Borini
Dr. Jorge Chaui
Dr. Gustavo Carlos Jaluf
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 Noviembre 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 2, Noviembre 2014

Novedades

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

- Salud y la CIC realizarán investigaciones científicas y capacitarán recursos humanos..... Pág. 5
- Cinco municipios bonaerenses fueron declarados "libres de humo"..... Pág. 5
- El Hospital Dr. Cetrángolo realizará un procedimiento inédito a pacientes con asma..... Pág. 6
- El director ejecutivo de la Región Sanitaria XI participó de un seminario internacional de Estudios Comparados en Salud en la Facultad de Ciencias de la Salud de Brasilia..... Pág. 7
- El ministro Collia entregó la certificación a los flamantes promotores de las escuelas dependientes de la Región Sanitaria XI de La Plata, Berisso, Ensenada, Magdalena, San Vicente y Cañuelas..... Pág. 8

Noticias breves..... Pág. 10

Artículos originales

- Sexualidad, salud reproductiva y aborto en mujeres indígenas del norte argentino..... Pág. 11
- Los hábitos saludables conllevan efectos antidepressivos..... Pág. 17
- Profilaxis con isoniazida en niños y jóvenes con infección latente por *Mycobacterium tuberculosis*..... Pág. 23
- De la lipofobia al lipofobismo: imágenes y experiencias en torno de la gordura..... Pág. 29

Red Científica Iberoamericana

Informes

- Vigilancia epidemiológica de las hepatitis virales en la Argentina: función y resultados de las Unidades Centinela..... Pág. 36

Entrevistas

- Incidencia de los efectos adversos de las estatinas..... 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: Mario Cicerón Pazmiño, «Maratón (urbanautas)», óleo sobre tela, 2008.

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

Salud y la CIC realizarán investigaciones científicas y capacitarán recursos humanos

El ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, Alejandro Collia, firmó un convenio marco con el presidente de la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC), José María Rodríguez Silveira, que propone la articulación de ambas dependencias provinciales en estrategias de investigación y capacitación de los recursos humanos en salud. Durante la firma, llevada a cabo en la sede de la cartera sanitaria bonaerense, el ministro Collia detalló que *“este convenio impulsa el desarrollo de políticas públicas en materia de investigación en salud, que a su vez aporten datos científicos para la toma de decisiones sanitarias”*.

Las autoridades de Salud y la CIC señalaron que el Centro de Investigaciones aportará al ministerio los recursos necesarios para llevar adelante las investigaciones que surjan de común acuerdo, mientras que el ministerio gestionará el acceso a los datos que se requieran para llevar a cabo esos procesos. Además de Collia y Rodríguez Silveira, estuvieron presentes en la firma del convenio el director de la CIC, Roberto Reale; el subsecretario de Planificación de la Salud, Alejandro Costa; el subsecretario de Atención a las Adicciones, Carlos Sanguinetti; el director provincial de Capacitación para la Salud, Héctor Callá, y el coordinador provincial de Planificación y Capacitación de la Salud, Walter Gómez, entre otros funcionarios.

Desarrollo de la investigación

El ministerio de Salud puede regular los procedimientos para la realización de proyectos de investigación en el ámbito de la salud en la provincia de Buenos Aires, a través de la Ley de Investigaciones Clínicas.



De izquierda a derecha, José María Rodríguez Silveira, presidente de la CIC; Alejandro Collia, ministro de Salud y Alejandro Costa, subsecretario de Planificación de la Salud.

Mediante esta regulación se llevan evaluados cerca de mil proyectos de investigación, entre estudios de nuevos fármacos y trabajos de corte epidemiológico.

Además, la cartera sanitaria bonaerense creó un Registro Provincial de Investigaciones en Salud, que es de carácter público y se actualiza semestralmente, al cual puede accederse a través de la página web oficial del ministerio.

Finalmente, y como precedente de la firma con la CIC, Salud tiene firmado un acuerdo marco con la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), que incluye, a su vez, el acuerdo de Evaluación Interactiva de Protocolos de Investigación ANMAT - PBA, que posibilita una mejora en los tiempos de evaluación de todo el proceso de la investigación, jerarquizando la gestión realizada por la Provincia.

Cinco municipios bonaerenses fueron declarados “libres de humo”

Se trata de Berazategui, Coronel Rosales, Bahía Blanca, San Nicolás e Hipólito Yrigoyen. El principal factor contaminante en los espacios cerrados es el humo de cigarrillo. Los especialistas advierten sobre los beneficios de “limpiar” el aire.

Cinco distritos de la provincia de Buenos Aires fueron declarados libres de humo por el ministerio de Salud provincial, luego de que las autoridades sanitarias verificaran que se cumplía la ley antitabaco, mediante una serie de inspecciones en lugares públicos y privados. El humo del cigarrillo es el



principal factor contaminante en espacios cerrados. Por eso, en el marco del Día Mundial del Aire Puro que se celebra el 20 de noviembre, los especialistas insisten sobre los beneficios de una “respiración limpia”.

“Cada vez más personas toman conciencia sobre la relación que une la salud de una población con el cuidado del medio ambiente. Respirar aire puro y fresco promueve una mejor circulación de la sangre y mejora el rendimiento físico e intelectual”, explicó el ministro de Salud provincial, Alejandro Collia.

Los distritos certificados como "libres de humo" fueron inspeccionados por las autoridades del ministerio de Salud en el marco de un protocolo que se sigue ante el pedido concreto de cada Ejecutivo municipal. "Nos acercamos hasta la comuna y verificamos, a través de una serie de inspecciones en oficinas públicas, instituciones, clubes y lugares de trabajo, que no haya personas fumando, que no existan ceniceros ni colillas de cigarrillos, en fin, comprobamos que se esté cumpliendo la ley antitabaco", explicó el director provincial de Atención Primaria de la Salud, Luis Crovetto.



Sucede que el principal contaminante del aire en un ambiente cerrado es el humo del cigarrillo. En la Argentina, unas cinco mil personas mueren anualmente por ser fumadores pasivos, es decir, por inhalar el humo del tabaco que otros consumen, eso sin contar los fallecidos a causa de esa adicción, cifra que se eleva a 40 000.

"El humo del tabaco contiene unas 6 000 sustancias. De ese total, 60 son cancerígenas, y el resto, tóxicas", explicó Mario Virgolini, especialista con amplia trayectoria en la lucha contra esta adicción. Además, y lejos de lo que podía pensarse, la contaminación del aire luego de encender un cigarrillo persiste en el ambiente durante mucho tiempo. "No alcanza sólo con ventilar, las sustancias tóxicas del humo se adhieren a la ropa, a las cortinas y a las alfombras", añadió.

Por eso, las autoridades insisten en la importancia de promover los lugares ciento por ciento libres de humo. "Las zonas de fumadores que existían antes dentro de los espacios cerrados, como bares, boliches y restaurantes también eran perjudiciales para el resto de las personas aunque se encontraran separados por una puerta, porque el humo se distribuye igual por todo el ambiente", explicó Crovetto.

Beneficios del aire puro

Promover los ambientes ciento por ciento libres de humo trae muchas ventajas. En principio, ayuda a los fumadores porque al tener que salir a la calle para prender un cigarrillo, fuman menos. Además, disminuyen las situaciones de conflicto que pueden darse por el tema en el ámbito laboral, y reduce el riesgo de incendios y el deterioro de las instalaciones. Pero so-

bre todo, garantizar un espacio libre de humo puede salvar miles de vidas. "Cuando el nivel de concentración del humo es elevado, el riesgo de contraer cáncer aumenta en un 30 por ciento", indicó Virgolini. "Y los chicos son los más vulnerables, porque al respirar más aceleradamente que un adulto, ingresan más sustancias tóxicas, lo que se agrava en función del tamaño de su cuerpo".

Las embarazadas y los bebés recién nacidos también se ponen en peligro. "El humo del cigarrillo es el principal factor de riesgo para el síndrome de muerte súbita del lactante", agregó.

"Pasó de moda"

Los especialistas advierten sobre una nueva tendencia: los adolescentes no sólo se preocupan más por el cuidado del medio ambiente que otras generaciones, sino que cada vez menos adquieren el hábito de fumar. "El cigarrillo ya no es un elemento que presume seguridad e independencia. Hoy, por suerte, fumar está mal visto entre los jóvenes", indicó Virgolini.

En parte, este importante cambio sanitario y cultural se debe a la legislación (en la Provincia, la Ley 14.381, modificatoria de la 13.894) que prohíbe la publicidad y el fumar en espacios cerrados de uso público. A través de esta legislación, en lo que va del año, la Subsecretaría de Control Sanitario realizó unas 180 inspecciones en locales diurnos de 25 distritos, en la mayoría de los casos, motivados por las denuncias voluntarias que pueden realizarse a través del formulario web que figura en la página del Ministerio: sistemas.ms.gba.gov.ar/saludsinhumo/denuncias.php.

Es que mantener los ambientes sin humo reduce la aceptación social de fumar y produce lo que las autoridades denominan un impacto simbólico, ya que quienes deben salir a la calle para encender un cigarrillo quedan vulnerados y relegados del resto de los grupos.

Es por esto que cada vez fuman menos personas: "La tasa de fumadores baja alrededor de un punto por año, sobre todo en los adolescentes que tienen entre 13 y 15 años, franja etaria clave, porque es en la que se empieza con el mal hábito", indicó Virgolini.

El Hospital Dr. Cetrángolo realizará un procedimiento inédito a pacientes con asma

El hospital provincial Cetrángolo, en su condición de centro de referencia en medicina respiratoria, será el primero en el país en probar un nuevo tratamiento para tratar pacientes con asma a través de un procedimiento endoscópico.

Por primera vez en el país se aplicará la innovadora termoplastia para aliviar los síntomas del asma moderada a grave en los pacientes cuando los tratamientos farmacológicos son insuficientes. El método consiste en enviar calor a los bronquios para mejorar la actividad pulmonar por medio de un catéter. Este procedimiento, que ya fue probado con éxito en países como Estados Unidos, Chile y Brasil, fue aprobado recientemente por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) y se llevará a cabo en el hospital provincial Dr. Cetrángolo de Vicente López, por ser un centro líder y de referencia en medicina respiratoria.

"Este tratamiento posiciona al hospital como un centro pionero en la innovación de tratamientos contra el asma", destacó el



Claudio Ortiz, director provincial de Hospitales; Salvador Pace, director asociado del hospital Dr. Cetrángolo; Luis Güiraldes, Presidente del Consejo de Administración y el director administrativo Daniel Enciso visitaron a la paciente que se realizó el primer tratamiento.

ministro de Salud provincial, Alejandro Colia, tras conocer la noticia. La inédita intervención fue realizada a dos pacientes con

asma grave: una mujer de 30 años y un hombre de 50.

El jefe del servicio de Endoscopia Respiratoria del Hospital Cetrángolo, Alberto López Araoz, explicó que el método consiste en "aliviar los síntomas del asma moderada a grave, a través de la aplicación de calor para disminuir el músculo de la pared bronquial, que aumenta su volumen por la enfermedad".

¿Cómo se realiza? Mediante la introducción de un catéter especialmente diseñado para aplicar el calor a través del árbol bronquial, generado por un aparato de radiofrecuencia. La introducción del calor, en tanto, reduce la capacidad contráctil del músculo liso bronquial, cuyo nivel normal está aumentado por el asma.

Para lograr eficacia, el tratamiento debe realizarse en tres sesiones sucesivas cada 45 días, y está destinado exclusivamente a pacientes mayores de 18 años a quienes los medicamentos inhalatorios tradicionales para tratar esta afección no les dan resultado para mantener una buena calidad de vida.

Sin cura, pero con tratamiento

Se estima que hay unos 200 millones de asmáticos en todo el mundo, y si bien la enfermedad no tiene cura, la mayoría de ellos no presentan síntomas que alteren su calidad de vida. "Sin

embargo, existe un porcentaje de pacientes que no logran ser controlados mediante los tratamientos farmacológicos, y para ellos está pensado este procedimiento", explicó López Araoz.

El asma bronquial es una enfermedad respiratoria de curso crónico y progresivo, cuya prevalencia está en aumento en todo el mundo, en especial en niños y adultos jóvenes. Según estudios realizados en la Argentina, el asma bronquial afecta al 10% de la población entre los 0 y los 18 años.

De acuerdo con los especialistas, si los pacientes son tratados en forma correcta y sostenida, el número de hospitalizaciones por asma puede reducirse en un 90% y el de consultas por emergencias en un 70%. Por eso, la clave está en la detección temprana, el tratamiento oportuno y la rehabilitación respiratoria a los pacientes con grados más avanzados de la enfermedad.

Sobre el Hospital Cetrángolo

Es un hospital zonal especializado en enfermedades neumonológicas e infecciosas. Con un promedio de 1 200 egresos por año, atiende anualmente 96 000 pacientes, entre consultorios externos y guardias. Además, y por ser un centro de referencia en malformaciones torácicas, sólo en 2013 se realizaron más de 500 cirugías para tratar ese tipo de afecciones.

El Dr. Nery Fures participó como expositor de un seminario internacional en la Universidad de Brasilia

El director ejecutivo de la Región Sanitaria XI participó en el seminario internacional de Estudios Comparados en Salud en la Facultad de Ciencias de la Salud de Brasilia

En la Universidad de Brasilia se llevó a cabo el III Seminario Internacional de Estudios Comparados *La política institucional de los procesos de atención: estudios comparados de las prácticas de promoción de la salud en los equipos de la estrategia salud de la familia en Brasil y su similar de Argentina, Australia, Costa Rica, Inglaterra y la República Dominicana*. El encuentro fue organizado por la Unidad de Estudios e Investigación en Salud de la Familia (UEPSF), el Centro de Estudios de la Salud Pública en la Universidad de Brasilia (NESP/UNB).

El seminario se realizó los días 4 y 5 de diciembre en la Facultad de Ciencias de la Salud de Brasilia, donde participó como expositor el Director Ejecutivo de la Región Sanitaria XI, Dr. Nery Fures, en representación de la Argentina. El Dr. Fures presentó un trabajo sobre el sistema de salud en la Argentina y las políticas de promoción de la salud en el país. También expuso sobre el Programa de Promoción de la Salud que se está desarrollando en la provincia de Buenos Aires a través del Programa Salud en Movimiento y los Promotores Comunitarios de Salud. "Se presentó



El Dr. Nery Fures, director ejecutivo de la Región Sanitaria XI, se presentó como expositor en el seminario.

el concepto de la promoción de la salud entendida como empoderamiento de los sectores populares para mejorar las condiciones de vida de la población", explicó el director de la Región Sanitaria XI (RSXI).

Participaron del seminario internacional de salud investigadores, gestores, académicos y expertos de salud nacionales e internacionales de Costa Rica, Argentina, República Dominicana, Canadá, Australia e Inglaterra. Estos países fueron visitados en la tercera fase del proyecto que se inició en 2007, con el objetivo de analizar los principales datos recogidos durante la investigación, y para discutir la construcción de un marco comparativo entre las políticas de salud de estos países en relación con Brasil.

Durante la reunión se discutió la manera de superar los retos actuales y también cómo de-

tectar similitudes, diferencias y peculiaridades entre la política de salud de los países invitados y la política brasileña de promoción de la salud. Se presentó la matriz de la salud de cada uno de los datos del sistema de invitados, en la que se destacaron cinco áreas principales: la contextualización del sistema de salud, la

política, la organización, la realidad de los signos y las estrategias de comunicación.

Seminario de Promoción de la Salud

El director de la RSXI, Dr. Nery Fures, también participó del Primer Seminario Internacional de Experiencias/Facultades Saludables, el cual contó con la participación de representantes internacionales que compartieron sus experiencias sobre la promoción de la salud que llevan a cabo en sus respectivos países.

El evento fue organizado por la Facultad de Ciencias de la Salud de Brasilia bajo la metodología participativa que combinó conferencias, ruedas de conversaciones y presentaciones culturales. Según el coordinador de la Facultad, Leides Mouras, el evento ayudó a unir a la comunidad académica para construir el diseño Facultad Saludable.

Entre los temas tratados se destacan: concepto, historia, estructura, gestión de procesos, monitorización y evaluación de un promotor de la salud de la Universidad (UPS).

Más de 170 egresados de las Escuelas de Promotores de Salud en la Región Sanitaria XI en 2014

El ministro Collia entregó la certificación a los flamantes promotores de las escuelas dependientes de la Región Sanitaria XI de La Plata, Berisso, Ensenada, Magdalena, San Vicente y Cañuelas

En la mañana del jueves 11 de diciembre se llevó a cabo el acto de egreso de los 173 Promotores Comunitarios de Salud dependientes de la Región Sanitaria XI (RSXI), en el Salón Auditorio del Hospital El Dique, calle 129 y 53, Ensenada.

El acto estuvo encabezado por el ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, Dr. Alejandro Collia, que destacó el papel del Promotor en la prevención y promoción de la salud en los barrios y agregó: *"seguimos propiciando que el promotor tenga un trabajo genuino; en ese marco, el diputado Gustavo Di Marzio impulsó un proyecto de ley para legitimar la figura del promotor dentro del sistema sanitario, con nuestro total apoyo"*, manifestó Collia.

El ministro Collia también anunció, como parte de una política sanitaria con miras a 2015, que el próximo mes de enero lanzarán, con el ministro de Salud Nacional, Juan Manzur, la nueva vacuna contra el rotavirus que se incorporará al calendario de vacunación, que alcanzará las 19 vacunas gratuitas.

Estuvieron presentes también el director de Sistemas Regionales, Dr. Juan Quadrelli; el director ejecutivo de la Región Sanitaria XI, Dr. Nery Fures; el director provincial de Programas Sanitarios, Dr. Guillermo Reyna, el director provincial de Capacitación para la Salud, Héctor Callá; Ignacio Vélez, en representación del ministerio de Desarrollo Social de la Nación, y Alejandra Pierandrei, del Programa de Promoción Comunitaria en Salud de la Nación, entre otros funcionarios nacionales, provinciales y municipales.

Por su parte, el director ejecutivo de la Región Sanitaria XI, Dr. Nery Fures, también destacó cómo es valorado y respetado internacionalmente el trabajo del promotor de la salud en la



El ministro de Salud de la provincia, Alejandro Collia, encabezó el acto de egreso de los promotores de salud.

provincia de Buenos Aires y tomado como referencia en países como Brasil, donde el Dr. Fures participó como expositor en el III Seminario Internacional de Estudios Comparados de las prácticas de promoción de la salud.

En tanto, el director provincial de Coordinación de Sistemas Regionales de Salud, Juan Luis Quadrelli, sostuvo que *"el programa de promotores muestra un crecimiento que corresponde a la política propuesta por el ministro Alejandro Collia, quien vio la*

importancia de la regionalización y logró con esta iniciativa un salto cualitativo".

El director provincial de Programas Sanitarios, Guillermo Reyna, celebró que cinco escuelas hayan recibido hoy sus certificados; señaló, también, que la formación de estos recursos humanos en salud *"es expresión del proyecto nacional y popular al que esperamos darle continuidad con la ayuda de todos ustedes"*.

En el evento también se proyectó un video institucional en el que

se realizó un *racconto* de las actividades formativas de las cinco escuelas de promotores que tiene la RSXI en La Plata, Berisso, Ensenada, Magdalena y San Vicente en articulación con Cañuelas.

Integraron estos espacios de capacitación los programas de la RSXI que abordaron salud materno-infantil, salud sexual y procreación responsable, adolescencia y comunicación, diabetes, entre otras temáticas que se extendieron a lo largo de un semestre.

Pilares de la atención primaria

Los promotores de salud constituyen *"verdaderos pilares de la atención primaria en el territorio"*; son vecinos capacitados especialmente para orientar en materia de prevención y control de enfermedades, facilitar

Proyecto de ley para legitimar al promotor comunitario de salud

En septiembre de este año, el diputado provincial por el Frente para la Victoria, Gustavo "Tío" Di Marzio, presentó un proyecto de ley para crear la figura del promotor comunitario en salud en el ámbito del ministerio de Salud provincial. Un importante avance en cuanto a la legitimación del trabajo comprometido del promotor de salud en los barrios como agente del sistema sanitario.

En estos últimos días se dio un paso en la Legislatura para que el trabajo de los promotores tenga reconocimiento institucional. La Comisión de Salud, presidida por Juan de Jesús, aprobó por unanimidad el proyecto de ley presentado por el diputado Gustavo Di Marzio para la creación del promotor comunitario en salud, en el ámbito del ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y se espera que pase a plenario en 2015.

Los objetivos del proyecto son fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud mediante la incorporación de agentes públicos, capacitados para tal fin, en el Sistema Sanitario provincial, con el fin de mejorar el sistema de salud a través del desarrollo de mecanismos de participación comunitaria que respondan a las necesidades de salud de la población.

Textos esenciales para el ejercicio responsable de la medicina



www.siicsalud.com

actualización científica confiable

**Resúmenes conceptuales, amplios
y objetivos (ReSIIC), para estudiar
en castellano**

elaborados en base a trabajos originales
completos, seleccionados por especialistas
y provistos a SIIC por las principales fuentes
biomédicas del mundo.

**Artículos exclusivos, originales
e inéditos, arbitrados por expertos
del país y el extranjero.**

Trabajos completos editados en castellano,
portugués e inglés, escritos por renombrados
especialistas de la Argentina, Iberoamérica
y el Resto del Mundo.

siicsalud edita 60 a 80 informes por día;
se ordena en 55 especialidades biomédicas y 2 700 secciones;
transmite por semana, quincena o mes, 55 boletines especializados (*newsletters*) a 370 000 usuarios;
aloja 400 000 informes especializados de SIIC Data Bases.



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica

el acceso a los servicios sanitarios y promocionar hábitos saludables.

La provincia de Buenos Aires cuenta hasta la fecha con 3 500 promotores en toda la provincia; de la RSXI egresaron 800. La primera escuela de Promotores en Buenos Aires se creó en la RSXI en 2005 en los municipios de La Plata, Berisso, Ensenada, Cañuelas y Presidente Perón. Casi diez años después se siguió consolidando la formación de los promotores con cinco escuelas en Ensenada, cuatro en Berisso, tres en La Plata, dos en Cañuelas, una en Presidente Perón y Magdalena; este año se abrió una también en San Vicente.

A partir de 2011 se otorgó un mayor reconocimiento ministerial a los egresados de las escuelas de promotores, ya que se firmó un convenio entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud provincial que otorga certificación oficial al curso con 240 horas

cátedra. Un importante salto cualitativo para la figura del promotor, nexo indiscutible entre las instituciones sanitarias y el barrio.

Los promotores trabajan fuertemente en las campañas estacionales de salud en el territorio; en el verano, con la prevención del dengue y el "descacharreo" en los barrios, y en el invierno, con la prevención de las enfermedades respiratorias. También colaboran con la promoción de las campañas de vacunación, la prevención de enfermedades, las consejerías de salud sexual y las problemáticas territoriales como la violencia de género. A partir de este año, también se realizó un acuerdo con la ANSES para asesorar a los jubilados sobre la realización de trámites para la tercera edad.

Los promotores llevan a cabo en los barrios diversas tareas comprometidas y solidarias con los vecinos, que radican en la prevención y promoción de enfermedades para mejorar la calidad de vida de la población.

► Noticias breves

Entrevistas científicas

Salud del niño y del adolescente

El pasado 21 de octubre, en el salón Azul de la Facultad de Medicina de la UBA, tuvo lugar la exposición y luego la entrevista científica a la Dra. María Guinot



Exposición y entrevista de la Dra. María Guinot junto al Dr. Leonardo Gilardi, coordinador científico de SIIC.

sobre el artículo *Actualización del consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas*, publicado en la revista Archivos Argentinos de Pediatría 112(4):375-390, 2014. La actividad, dirigida por la Coordinación Científica de SIIC, contó con la participación de profesionales representantes de los siguientes hospitales públicos: Hospital Descentralizado Zonal General Mariano y Luciano de la Vega (Buenos Aires), Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia (CABA), Hospital General de Agudos Juan A. Fernández (CABA), Hospital Vecinal de La Tablada (Buenos Aires), Hospital Jaime Ferré (Santa Fe), Hospital Regional Militar (Mendoza).

La actividad se llevó a cabo con el patrocinio exclusivo del Banco de la Nación Argentina.

Asociación Argentina de Editores Biomédicos

Encuentros para la Revalorización de las Publicaciones Científicas Argentinas

El último 25 de noviembre se realizó la 3ª jornada del año de Encuentros para la Revalorización de las Publicaciones Científicas Argentinas, realizada por la Asociación Argentina de Editores Biomédicos (AAEB) conjuntamente con la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. La actividad, desarrollada en el Salón institucional de la Facultad, reunió las disertaciones del Prof. Dr. Sergio Provenzano (decano de la Facultad de Medicina, UBA), del Dr. Ernesto Bersusky (Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología), de la Dra. María E. Taberner (HIGA Eva Perón, CONICET) y del Prof. Rafael Bernal Castro (Revista Salud(i)Ciencia y presidente de AAEB).

Participaron, tanto de forma presencial como a distancia, profesionales representantes de distintas sociedades y asociaciones profesionales, hospitales públicos y universidades nacionales. AAEB sostiene que es necesario que las publicaciones argenti-



nas expresen la producción científica nacional y latinoamericana para transformarse en los medios de difusión que transmitan, local e internacionalmente, los avances del país y la región en sus respectivas especialidades. La declaración fundacional de la asociación propone, además, la implementación de sistemas evaluativos que contemplen la necesidad de disponer de medios de comunicación propios al servicio de los profesionales argentinos.

Consulte la declaración completa de la AAEB desde el siguiente enlace: www.siicsalud.com/pdf/aaeb_fundacional_sic_187_n3011.pdf

Con la participación de CONAREC

Novedades en cardiología

Se editó un nuevo número del boletín Excelentes Residentes en Cardiología, con la selección de los ocho informes y las principales novedades de la especialidad en el bimestre, enlazados a Internet por código QR. Este boletín es producido por SIIC, con la participación de CONAREC en la selección de contenido estratégico para residentes y jóvenes profesionales.

Acceda a la versión digital desde el siguiente enlace: www.siicsalud.com/pdf/ex_residentes_6_91914.pdf.

ACiSE para Residentes en Cardiología (ACiSERA en Cardiología) es patrocinado de forma exclusiva por Laboratorios Argentina.



Becas otorgadas

Congreso de arritmias

La Sociedad Latinoamericana de Estimulación Cardíaca y Electrofisiología (SOLAECE) otorgó 30 becas de acceso al 4º Congreso Argentino de Arritmias para ser concursadas entre profesionales de la salud adheridos a los programas ACiSE. Entre otros, resultaron beneficiarios profesionales con desempeño en los siguientes hospitales públicos: Hospital Zonal General de Agudos General Manuel Belgrano, Hospital Nacional Dr. Alejandro Posadas, Buenos Aires; Hospital de Clínicas José de San Martín, Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, Ciudad de Buenos Aires; Hospital Dr. José María Cullen, Santa Fe; Nuevo Hospital San Roque, Córdoba. El Dr. Marcelo Murillo, adjudicatario de una de las becas, respecto del congreso señaló: "Sin duda, su nivel fue excelente, y de gran fortalecimiento en avances del conocimiento. Las clases de los doctores Brugada del día jueves, por ejemplo, fueron brillantes y desafiantes."

Artículos originales

Sexualidad, salud reproductiva y aborto en mujeres indígenas del norte argentino

Sexuality, reproductive health and abortion in indigenous women living in the North of Argentina

Vanesa Vázquez Laba

Doctora en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; Socióloga, Investigadora Asistente del CONICET, Ciudad de Buenos Aires; Profesora Adjunta, Universidad Nacional de General San Martín, General San Martín, Argentina

Milena Páramo Bernal

Maestranda de la Maestría en Sociología Económica, Instituto de Altos Estudios en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de General San Martín, General San Martín, Argentina

Solange Godoy

Estudiante, carrera de Sociología, Universidad Nacional de General San Martín, General San Martín, Argentina

Cintia Orellana

Estudiante, carrera de Sociología, Universidad Nacional de General San Martín, General San Martín, Argentina

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/acise_viaje/ensiccas.php?id=144544

Recepción: 30/11/2013 - Aprobación: 3/1/2014
Primera edición, www.siicsalud.com: 18/11/2014

Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de las autoras.

Resumen

En el presente artículo estudiamos la relación entre sexualidad, salud reproductiva y aborto en mujeres migrantes extranjeras e indígenas de las regiones noroeste y noreste de la Argentina. El procedimiento metodológico ha sido cualitativo, apelando a varias técnicas de captación de información para analizar y comprender la relación efector de salud-usuaria del sistema sanitario. Asimismo, se focalizó el análisis en la accesibilidad al servicio de salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva teórica, que toma en consideración lo referente al género y desde el punto de vista cultural-étnico.

Palabras clave: sexualidad, mujeres indígenas, aborto, salud reproductiva

Abstract

In this paper we study the relationship between sexuality, reproductive health and abortion in foreign and indigenous migrant women from the northwest region and northeastern Argentina. The methodological procedure has been appealing to various qualitative information gathering techniques to analyze and understand the health-health system user effector relationship. Also, the analysis focused on service accessibility sexual and reproductive health and from a theoretical perspective that considers gender and cultural-ethnic.

Key words: sexuality, indigenous women, abortion, reproductive health

Introducción

Nuestro artículo apunta, a partir de varios trabajos de campo realizados en diferentes localidades rurales y fronterizas de las provincias de Jujuy, Salta, Tucumán, Misiones, Formosa y Chaco, durante 2011 y 2012, a poner en debate tres fenómenos tales como sexualidad, salud reproductiva y aborto, hoy vigentes en los estudios sociológicos y culturales sobre las perspectivas de género.

Nos propusimos reflexionar sobre sexualidad, salud reproductiva y aborto, diferenciando experiencias de vida y culturales de las mujeres, trascendiendo la definición de mujer que las engloba y homogeneiza.

Hemos constatado diferencias importantes necesarias de comprender desde las Ciencias Sociales y de tener en cuenta a la hora de la generación de las políticas públicas sobre los grupos sociales.

La cuestión étnico-racial en las mujeres no las ubica en la categoría de grupo minoritario en las provincias

del norte de la Argentina, por el contrario, son una gran mayoría de mujeres rurales que combinan prácticas tradicionales de sus pueblos indígenas en relación con las formas de organización familiar, la formación de parejas, la sexualidad, el cuidado de la salud, el trabajo y la crianza de los hijos.

En este artículo esbozamos diferencias en cuanto a la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de la maternidad entre las mujeres de grupos indígenas distintos con quienes hemos trabajamos. Hemos constatado que las mujeres acceden a información y a métodos anticonceptivos para el cuidado de su salud reproductiva. Encontramos al respecto, que el nivel de aceptación de los métodos suministrados suele ser mayor en las zonas donde la estrategia de atención primaria en salud cuenta con mayor trayectoria y organización y entre las mujeres más jóvenes (criollas –una diferencia marcada por las mujeres indígenas hacia las mujeres no indígenas– e indígenas), mientras que las prácticas anticonceptivas ancestrales, el uso de yuyos –como lo denominan las propias mujeres– específicamente, están cayendo en progresivo desuso, aun entre las indígenas. En las entrevistas que realizamos en las distintas provincias encontramos que son las mujeres

Agradecimientos: A Pamela Sánchez y Mónica García por la desgrabación y el procesamiento de la información, estudiantes de la carrera de Antropología, Universidad Nacional de General San Martín. A la Lic. Gabriela Lescano por sus aportes en esta versión.

de mayor edad y con más hijos, incluso las que no están en edad reproductiva, las que refieren que usan o usaron los yuyos como método anticonceptivo.

Indagamos también sobre el ejercicio de la maternidad porque surgió espontánea y sistemáticamente en todas las entrevistas que realizamos. Lo que sostenemos es que, hacia el interior de las comunidades, coexisten nociones diversas sobre la maternidad y distintas formas de ejercerla que sobrepasan las concepciones étnico-culturales por efecto de la influencia de factores del contexto como la evangelización, la realidad económica, el acceso a la educación y al mercado laboral de las mujeres y las asignaciones sociales estatales.

Por último, tratamos la cuestión del aborto en las mujeres indígenas y las migrantes extranjeras. Al respecto, recabamos opiniones de efectores de salud y de las mujeres, y aquí encontramos ideas diferentes al interior de las provincias y de las culturas étnicas tales como los guaraníes, los kollas, los wichis y los tobas.

Asimismo, sostenemos que el grupo poblacional con el que trabajamos –mujeres de las comunidades qom, wichi, mbya guaraní, kolla y diaguitas de las provincias de Jujuy, Salta, Tucumán, Chaco, Formosa y Misiones–, no está pudiendo ejercer la ciudadanía en plenitud por cuenta de los impedimentos para el cumplimiento de los derechos al trabajo, la educación, a vivir libres de violencia, a la salud, la salud sexual y reproductiva, entre otros. Para Radcliffe,¹ aún queda pendiente una crítica política, étnica, de género, sexualizada y de carácter racial a esta situación. En este artículo nos ocupamos y tratamos de aportar sobre esa crítica.

Sexualidad en mujeres indígenas: iniciación, sexo seguro y fantasmas de infidelidad ***Algunos debates sobre raza, etnicidad y sexualidad***

Es pertinente introducir en este artículo la pregunta fundamental que plantea Peter Wade en cuanto a “¿por qué las ideas sobre “raza” (y etnicidad) se sexualizan; o por qué las ideas sobre la sexualidad –en un contexto donde existen procesos de identificación racial– muchas veces se racializan?” (Wade, 2008:41) [Cursivas en el original].

Son varias las investigaciones antropológicas que estudian la sexualización de la raza y la racialización del sexo, develando las relaciones de dominio y poder del hombre blanco, heterosexual, colonizador sobre mujeres indígenas colonizadas. Es fundamental en este estudio incorporar la perspectiva de “interseccionalidad”, lo cual significa analizar de manera simultánea las categorías clase, raza y género, para entender estas relaciones de poder y su dinámica.

Las mujeres indígenas son conscientes de que la política está en el meollo de su posición como ciudadanas por connotaciones de género-racial-sexual, es decir, que se saben, como sostiene Sarah Radcliffe, “...seres sexuales incrustados en comunidades etnoraciales específicas”.

Relatos sobre sexualidad I: iniciación temprana y la menarca

Es interesante incorporar la discusión no saldada sobre la edad de iniciación sexual de las mujeres, y como veníamos desarrollando teóricamente en el apartado anterior, sobre su deseo sexual. Lamentablemente, no hemos podido recoger información más detallada sobre el deseo sexual de las mujeres indígenas e inmigrantes porque sabemos que, metodológicamente, se debe establecer

un vínculo de mayor confianza con la entrevistada para acceder a cierta información. No obstante, hemos podido comenzar nuestro análisis sobre la iniciación sexual y su significado.

“-¿A qué edad se iniciaron sexualmente?

-Yo, jovencita

-¿A qué edad?

-A los 16. Bueno, ahora hay más chiquitas...” (Entrevista a mujer guaraní, Salta, 2012).

Queremos resaltar dos asuntos sobre la iniciación sexual. Primero, la asimilación cada vez mayor por parte de las indígenas de las nociones de etapas de la vida y la asociación de éstas con un deber ser. En este sentido, pareciera que para nuestras entrevistadas las muy jovencitas no deberían estar embarazadas; hay un juicio de valor en la expresión de las indígenas. El otro asunto es la constatación preliminar de que la iniciación sexual entre las indígenas no es más temprana que el de las mujeres urbanas de las mismas zonas.

De las extensas conversaciones con el personal de salud resaltamos otro cuerpo de opiniones que tienden a estigmatizar y condenar la iniciación sexual de las mujeres en general y de las indígenas en particular, como por ejemplo, la maternidad temprana y la cantidad de partos que tienen a lo largo de su vida reproductiva.

Relatos sobre sexualidad II: negociación de sexo seguro

Otra de las cuestiones importantes que se han ponderado en las entrevistas en relación con la vida sexual de las mujeres indígenas es la imposibilidad de negociar sexo seguro con sus maridos, parejas o compañeros. Aquí entramos directamente en el terreno de la imposibilidad de negociación en relación con el cuidado de la salud sexual de las mujeres.

Un agente sanitario de Tafí del Valle testimoniaba lo siguiente:

“Las chicas sostienen que cuesta mucho que los varones usen los preservativos. Lo que pasa es que es muy machista la sociedad. Tratamos de hacerlos reflexionar. En mi caso, tengo mi hija de 17 años, ya tiene su pareja, siempre le digo que el preservativo es lo mejor porque se está cuidando de muchas cosas y él no lo quiere usar. Entonces le tengo que llevar la pastillita todos los meses.”

Algunos métodos anticonceptivos están ampliamente utilizados en las poblaciones que estudiamos, como el método inyectable y, en menor medida, las píldoras anticonceptivas. No obstante, el uso de preservativo es todavía resistido por los varones, a pesar de poder acceder gratuitamente a él. En consecuencia, son las mujeres las que deben cuidarse en las relaciones sexuales para no quedar embarazadas y, en muchos casos, el cuidado se hace a escondidas de sus parejas porque se niegan a la planificación familiar.

Transformaciones de la vida reproductiva y concepciones de la maternidad indígena

En el patrón del multiculturalismo patriarcal emergente, el acceso de las mujeres indígenas a la salud sexual y reproductiva se caracteriza por las restricciones combinadas de financiamiento insuficiente, responsabilidad masculina en la planeación y toma de decisiones, capacidad limitada en la distribución de los servicios de salud y altas tasas de mortalidad materna. En este sentido, sostenemos que el cuidado de la salud y las concepciones de la maternidad

han ido cambiando en la vida cotidiana de las comunidades. En sintonía con María Silvana Sciortino,² sostenemos que "...el desafío consiste en comprender las culturas a partir del dinamismo que le es propio, de su permeabilidad. La relación entre culturas no refiere a la rigidez de un encastre o a la consistencia de una amalgama."

De nuestras entrevistas a las indígenas wichis y guaraníes se deducen ciertos cambios en sus trayectorias reproductivas, ya que fuimos entrevistando tres generaciones diferentes: las abuelas, las madres y las hijas. En general, vemos que las más jóvenes tienen una actitud mucho más abierta y positiva en relación con la anticoncepción y la decisión sobre el cuidado de su salud reproductiva, aunque hemos registrado particularidades en el interior de cada provincia y comunidad.

Desde hace 10 años, las mujeres reciben información e insumos sobre salud sexual y reproductiva, ya que desde 2003 existe la Ley 25.673 sobre Salud Sexual y Reproductiva, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). El conocimiento del programa se debe al aviso por parte de otras usuarias, enfermeras, personal de limpieza durante la internación en los servicios de maternidad. Vázquez Laba *et al.*³ detectaron que la mayoría de las entrevistadas desconocían el Programa antes de quedar embarazadas; luego del parto reciben los servicios de Consejería, donde a partir de entonces incorporan la idea de planificación. Además, los agentes sanitarios despliegan rondas por las zonas rurales, donde buscan captar población femenina como usuarias de los servicios que se brindan en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los hospitales. De esta manera, las mujeres adquieren la información y los insumos.

Observamos diferencias importantes entre las mujeres indígenas y las mujeres criollas rurales de la localidad de Taquí del Valle, y encontramos que en la región el método más utilizado es el inyectable por la comodidad de poder estar protegida durante tres meses. Asimismo, también comprobamos que existen mitos sobre algunos anticonceptivos, las pastillas y el dispositivo intrauterino (DIU) que implican resistencias y desconfianza. A esto se le suma un desconocimiento total del resto de los métodos anticonceptivos. Con respecto a las pastillas, las mujeres manifiestan:

"Tenía miedo de tomar pastillas, se me hacía que me iba a infeccionar, ahora decidí ligarme las trompas." (Entrevista a mujer criolla, Taquí del Valle, 2011).

Hemos detectado que se llevan a cabo desde el Hospital y los CAPS recorridos sanitarios para captar a las mujeres diaguitas que viven en los cerros a horas de la ciudad de Taquí del Valle; esto permite no sólo tener bajo control sanitario a estas poblaciones (controles de embarazos, cuidado de la salud infantil y reparto de los métodos anticonceptivos, entre otras acciones), sino construir un vínculo de confianza con las mujeres y las familias y poder llevar adelante los programas de salud provincial y nacional. Otras estrategias que se implementan para captar a estas poblaciones es la capacitación e incorporación de agentes sanitarios pertenecientes a dichas comunidades; esto permite un acercamiento y la construcción del vínculo de confianza de manera más eficaz; también los *spots* radiales con la información sobre métodos anticonceptivos y sobre fechas de atención a las mujeres. Además, se realizan mesas de salud compuestas tanto por el director como por la comisión formada por población originaria. Es necesario mencionar que si bien se corrobora una integración o asimilación y asistencia de los pueblos

diaguitas a las instituciones sanitarias, no detectamos una convivencia y sensibilización de prácticas de ambos saberes, si bien predominan los conocimientos de la medicina dominante.

En cambio, en una de las comunidades guaraníes ubicada en las afueras de la ciudad de Salvador Mazza, Jujuy, en su mayoría las mujeres manifiestan no tener mucho conocimiento sobre el PNSSyPR. A la vez, les parece necesario tener más información para poder controlarse:

"Recién ahora estamos recibiendo educación sexual porque Eulalia [abuela Guaraní] también nos habla..." (Entrevista a mujer guaraní, Salvador Mazza, 2012).

Más aun que la distancia territorial y la dificultad para conseguir turnos en el hospital se manifiesta otro factor expulsivo hacia las mujeres guaraníes y wichis de la zona: el trato diferenciado y el hostigamiento del que son objeto por parte de los administrativos del hospital. La discriminación que sufren las mujeres indígenas se lo atribuyen a su pertenencia étnica:

"Su atención no se compara como a nosotras nos criaron." (Entrevista a mujer guaraní, Salvador Mazza, 2012).

Dentro de la comunidad, las mujeres en su mayoría son asistidas en los partos por las comadronas –mujeres que suelen asistir los partos en las comunidades– o sus madres, y es en sus casas donde se sienten más protegidas debido al abandono y discriminación verbal y física que padecen en las instituciones, y seguras ya de que no alteran sus prácticas, como ser el alumbramiento en posición de cucullas.

En la localidad fronteriza de La Quiaca, donde del otro lado se encuentra la ciudad boliviana de Villazón, el flujo de personas y mercancías de un lado al otro forma parte de la vida cotidiana de las poblaciones de ambos países; sin embargo, se han detectado ciertos resquemores por parte del personal de la salud al momento de atender a la población vecina.⁴ Si bien es cierto que en esta interacción la población boliviana acude a la atención sanitaria de Argentina, existe por parte de los trabajadores de la salud la percepción de que la población inmigrante supera a la nativa. Aunque la percepción es falsa, predomina en este cruce de frontera una extensa gama de situaciones que implican tensiones en cuanto a los usuarios/as provenientes del país vecino y los servicios de salud. Dentro de este escenario se presentan matices sociales –hay personas con doble residencia, parejas mixtas, argentinos hijos de padres bolivianos, etc.– y legales –pueden ser naturalizados, tener residencia permanente o temporaria o no tener documentación argentina (y en algunos casos ni boliviana),⁴ que implican confusiones en cuanto al estatus legal y el lugar de nacimiento, datos que suelen ser solicitados al momento de la consulta en las instituciones públicas para confirmar la nacionalidad y la residencia en nuestro país.

En relación con la región del nordeste argentino, las experiencias de vida reproductiva en las mujeres guaraníes y tobas entrevistadas de las cuatro comunidades en Puerto Leoni, Misiones, y las mujeres qom en las provincias de Chaco y Formosa, son diferentes de lo que hemos observado y analizado en la región NOA. En primer lugar, queremos destacar que tal como lo plantea Gómez⁵ no nos ubicamos en posiciones generalizadoras de las comunidades y para comprender la producción y reproducción del accionar de las mujeres, desde las mujeres mismas, escuchamos sus propias voces e historias.

Un dato importantísimo para destacar para esta región es el idioma. A diferencia de las comunidades guaraníes, wichis y kollas con las que trabajamos en el NOA, en las

provincias del NEA, al menos en las comunidades que visitamos, el factor del idioma ha sido un impedimento para realizar las entrevistas o interpretar su modo de vida. El acceso a la escuela y a otros espacios de socialización extradomésticos ha facilitado el dominio del castellano a los hombres; más recientemente las mujeres más jóvenes son bilingües también por efecto de estas influencias, aunque al decir de las abuelas y los abuelos, se está perdiendo el idioma, factor definitivo en la resistencia contra la cultura blanca dominante (al respecto, los estudios poscoloniales sostienen que la cultura dominante es la blanca occidental).

En cuanto al PNSSyPR, en su mayoría no lo conocen. La provincia de Misiones ha sido donde hemos visto niveles más bajos de cuidado de la salud reproductiva por parte de las mujeres. En cada comunidad que visitábamos era importante la cantidad de niños y niñas muy pequeños y en escalerita que habitaban en cada vivienda. Asimismo, notamos que la relación con el sistema de salud, en la provincia de Misiones, es de escasa a nula.

Respecto a la anticoncepción, de las entrevistas surgió que o no utilizan método alguno o algunas pocas utilizan yuyos, práctica que aprendieron de las más grandes pero que está cayendo en franco desuso. Obtuvimos muy pocos testimonios sobre estas prácticas, ya que es un tema tabú que no sale en las conversaciones con facilidad, o los ejemplos usados remiten al pasado. La anticoncepción oral o los inyectables son conocidos pero son poco utilizados porque hay desconfianza, desconocimiento, quizá mayor distancia cultural, incluida el idioma, entre las comunidades y los sistemas de salud.

Al igual que las mujeres indígenas de las localidades de la región NOA, las mujeres de estas zonas apelan a la confianza y la seguridad que les debe asegurar el método anticonceptivo y, fundamentalmente, la persona que les transmite la información y se lo provee. Algunas de las mujeres más jóvenes conocían algunos de los métodos como el inyectable, el DIU y las píldoras, pero informaron no usarlos, sólo en unos pocos casos dijeron que empleaban alguno de esos métodos, pero sin descartar el uso del yuyo. A partir del trabajo de campo y de su análisis consideramos que en esta región del país evidentemente no se ha podido efectivizar el PNSSyPR ya que en los centros de salud faltaba la información en folletos. Mencionaron por ejemplo haber descartado métodos vencidos y, por parte de los efectores de la salud, encontramos resistencias vinculadas con una discriminación sobre la población que atienden, es decir, las mujeres indígenas. En la mayoría de las entrevistas se ponderó las visitas al hospital o los CAPS por motivos como influenza, enfermedades crónicas o bien atención para sus hijos. En ningún caso mencionaron acudir al hospital para buscar los métodos anticonceptivos o adquirir información sobre salud reproductiva.

Algunos testimonios de las entrevistas con efectores de salud lo demuestran:

“No hay casos de abortos. Se embarazan y los tienen... No suelen controlarse los embarazos.” (Entrevista a agente sanitario, barrio toba, Chaco, 2012).

“La pastilla del día después la piden las jóvenes (...). La ligadura tubaria la pide la mujer criolla grande. Ninguna plantea la situación de querer cuidarse (...).” (Entrevista a obstetra, barrio toba, Chaco, 2012).

A la vez, sus parejas no permiten que las mujeres se cuiden, ya que, entre otras causas, las culpan de tener paralelamente una historia de infidelidad; tampoco aceptan

protegerse con preservativos; en estos casos el cuidado se hace teniendo en cuenta las fechas (práctica a la que recurren las parejas cuando no usan preservativo y desean evitar el embarazo).

En este marco de relaciones de género desiguales, las mujeres indígenas de la región del NOA nos muestran ciertos indicios en cuanto a cambios en sus roles y posturas frente a sus parejas y en la necesidad de decidir sobre su maternidad:

“No queremos tener más hijos en escalerita.” (Entrevista a mujer guaraní, comunidad La Bendición, Salta, 2012).

Cabe aclarar que estos cambios aluden a una necesidad inmediata y no implican una meta estratégica, como la emancipación de la mujer o a la igualdad de género.⁶ Éstas manifiestan una actitud reclamante de sus derechos frente a las instituciones sanitarias:

“Las mujeres demandan anticonceptivos, demandan los insumos, consejería.” (Entrevista a médico generalista, Hospital La Quiaca y Yavi, 2012).

“Las mujeres captadas por los agentes sanitarios normalmente van al hospital a hacerse los controles, a reclamar los anticonceptivos, si no van las mujeres el agente mismo es quien los lleva.” (Entrevista a agente sanitario, Tafí del Valle, 2011).

Incluso con los datos recolectados hemos observado cómo las mujeres entrevistadas de estas localidades buscan transmitir a sus hijas e hijos la posibilidad de otro tipo de experiencia reproductiva y con ello generar una modificación en sus formaciones familiares, evitando que se construyan prácticas reactualizadas de generaciones anteriores.

En las comunidades visitadas en la región del NEA, guaraní y toba, el tema de la familia y la maternidad adquiere otras definiciones. Como lo mencionábamos anteriormente, en las comunidades visitadas de Puerto Leoni, provincia de Misiones, y en el barrio Qom en la provincia del Chaco, observamos familias muy numerosas y una mayor cantidad de hijos por mujer.

Asimismo, evaluamos también mujeres más jóvenes con varios hijos. En Formosa, por ejemplo, se nos informó de un caso de una niña de 12 años embarazada; a los 30 años ya alcanzan un promedio de entre 5 y 7 hijos por mujer.

Interrupción voluntaria del embarazo

Hay estudios que demuestran que la práctica de interrumpir un embarazo no deseado forma parte de la vida reproductiva de las mujeres indígenas por medio de diferentes métodos desde hace bastante tiempo. Sin embargo, a medida que la historia fue atravesando sus mundos fueron quedando huellas en sus concepciones y prácticas relacionadas con el cuerpo, la sexualidad, la maternidad, el deseo, entre otros.

Es importante señalar que, a pesar de la información siempre acotada obtenida para este tema, de que los casos informados son pocos, que no es un tema acerca del cual haya una tendencia a hablar demasiado, no debemos considerar que efectivamente son pocos los casos, sino dar cuenta de la complejidad del abordaje de una cuestión que conlleva profundos juicios de valor individuales y sociales.

Para que una mujer considere una interrupción voluntaria de un embarazo, sostenemos que como escalón previo es necesario una cierta capacidad o voluntad de decidir sobre su cuerpo, vida o familia.

Hemos recolectado testimonios, por ejemplo, en una comunidad en Misiones donde nos afirmaron lo siguiente: "Saben que existe la práctica del aborto, las casadas no abortan; las solteras sí abortan con yuyos." (Nota de campo, Misiones, 2012).

Y en Formosa, no pudieron llegar a describir cómo es el método que utilizan las mujeres qom:

"El aborto se hace con cáscara de quebracho blanco, lo hierven y lo toman, y se expulsa; a veces se intoxican; esporádicos; esto se usaba como método... Se practican aborto porque no lo deseaban. No quieren tener porque no es un proyecto de vida. Generalmente se da en las adolescentes. En cambio, las criollas demandan más las pastillas del día después." (Nota de campo, barrio Nanqom, Formosa, 2012).

Quisiéramos llamar la atención sobre los casos en que un embarazo no deseado se mantiene como consecuencia del deseo de otros, ya sea del marido o, en los casos de las mujeres más jóvenes, de los padres:

"Gimena me decía que ella no lo quería tener, tenía miedo a los papás. Yo le dije que yo también quería hacer eso pero es lindo tener un hijo, y Gimena habló con sus papás y siguió con el embarazo..." (Entrevista a mujer joven criolla, Tafí del Valle, 2012).

"Primero sí [respecto de abortar ella misma] pero después hablé con mi madre, yo tenía miedo que me reten, me dijo por qué pensás eso, ya tenés 20 años, no tenés 13...le tenía miedo a mi papá..." (Entrevista a mujer criolla, La Quiaca, 2012).

"Él [su pareja] sí quería tenerlo..." (Entrevista a mujer joven criolla, Salvador Mazza, 2011).

A través de una perspectiva de género, y siguiendo el desarrollo de Cerrutti⁴ en lo que refiere a los cuidados anticonceptivos, observamos aquí, respecto de los embarazos no deseados, también un escaso poder de autodeterminación de las mujeres. Por lo tanto, las expectativas masculinas moldean una orientación a tener los hijos que tengan que venir, conformando así una barrera impuesta por las relaciones de género. Lo que hemos observado para las provincias de Salta, Jujuy y Tucumán es que los padres también pueden tener un lugar determinante en detrimento de la autonomía de la mujer.

Otro aspecto que quisiéramos señalar es que cuando intentábamos indagar respecto de opiniones o qué harían frente a un hipotético caso de embarazo no deseado, entre las mujeres criollas la corta respuesta aparecía completada con referencias a casos de abortos que resultaron traumáticos o a seguir adelante con el sacrificio de criarlos bajo cualquier condición:

"Quedó traumada, sí, primero lloraba por el bebe, se echaba la culpa de que lo había matado. Andaba muy mal. Le había agarrado una depresión..." (Entrevista a mujer criolla, Tafí del Valle, 2012).

"Lo continuaría y lo criaría como pudiera." (Entrevista a mujer criolla, Tafí del Valle, 2012).

Por otro lado, nos encontramos con testimonios en los que no hay referencia a situaciones traumáticas, sino a haber expulsado un moquito. Como en el caso de esta mujer boliviana que entrevistamos:

"...yo ahí tome una pastilla y me puse en la vagina y ahí bajo normal, me puse y tomé y boté algo como un moquito pero nada de figura como agua, como yo no quería quedar embarazada..." (Entrevista a mujer boliviana, La Quiaca, 2012).

Es de suma importancia destacar la relevancia de un testimonio como el precedente debido a su carácter al-

terado respecto de las posiciones que observamos anteriormente en las mujeres criollas acerca de situaciones de aborto. La información recolectada da cuenta de la importancia de la cercanía a Bolivia (particularmente para los casos de Salta y Jujuy), porque allí se puede adquirir las píldoras para realizarse un aborto –misoprostol–, en forma autónoma.

Considerando la dificultad de informar casos de abortos u opiniones al respecto, advertimos una diferencia en los testimonios de las mujeres criollas que parecen mucho más reticentes a la interrupción voluntaria de un embarazo. No obstante, tampoco se presentan como mujeres dispuestas a no planificar sus embarazos sino que, por el contrario, después del primero suelen empezar a cuidarse con algún método anticonceptivo para poder decidir cuándo volver a quedar embarazada.

Reflexiones finales

El cruce de raza, sexo y género son pilares en el orden político-social en las provincias estudiadas; devela al mismo tiempo que "las mujeres [*y las mujeres indígenas fundamentalmente*], son efectivamente relegadas a una tierra de nadie, más allá del tiempo, del lugar de la teoría" (McClintock, 1992; citado por Radcliffe, 2008. [Las cursivas son nuestras]).

La discusión sobre la ciudadanía de las mujeres indígenas y la falta de ejercicio universal del derecho a la salud ha quedado demostrado a lo largo del artículo por la falta de efectivización de sus derechos: por un lado, las poblaciones indígenas vigilan los comportamientos y la sexualidad de las mujeres para una supuesta conservación de los grupos étnicos;¹ y por otro, la salud reproductiva de las mujeres indígenas no es atendida eficazmente por el PNSyPR, que sólo efectiviza insumos e información pero que es deficitario a la hora de la implementación óptima en todos sus objetivos.

Asimismo, estamos viendo que, a pesar de que algunas provincias como Chaco y Formosa tienen políticas de salud indígena o interculturales, no terminan de dar visibilidad y respuestas a los problemas de las mujeres indígenas que mejoren el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Hemos vivido en nuestros trabajos de campo la falta de participación por parte de las mujeres indígenas en los debates dentro de las comunidades y organizaciones indígenas sobre sus derechos sexuales y reproductivos, muchas veces estigmatizados como colonizadores por parte de la cultura occidental.

Asimismo, la intervención de la figura masculina en las decisiones sobre la sexualidad y la vida reproductiva de las mujeres es un fuerte condicionante en las comunidades indígenas.

Por lo expuesto, consideramos que resulta imperiosa la implementación de un programa con perspectiva intercultural que sea diseñado en función de contemplar la cosmovisión étnica, que permita garantizar el derecho de las comunidades al acceso a una atención integral de su salud sexual y reproductiva, y que a la vez colabore en superar la barrera cultural entre proveedores y usuarios/as indígenas,⁷ generando relaciones de diálogo y confianza entre ambos.

También, consideramos que las políticas públicas vienen incidiendo sobre los acontecimientos reproductivos de las mujeres rurales e indígenas. Sin embargo, existen diversos factores que restringen y habilitan a la vez posibilidades de agencia y modificación en la trayectoria de éstas. Como por ejemplo, su inserción en el ámbito la-

boral, el acceso a la educación, los cambios en los roles de género, los reordenamientos territoriales a causa de las transformaciones en la producción agropecuaria y los nuevos movimientos tanto indígenas como campesinos, entre otros.

La construcción de la agenda política con la incorporación de la ciudadanía de las mujeres indígenas revisa los

criterios de inclusión teniendo en cuenta identidad étnica, raza, género y sexualidad. Sacar a las mujeres indígenas del discurso y de la biopolítica de los derechos étnicos,¹ es darles la libertad y la capacidad de ejercer su ciudadanía, sin que ello implique tener pagar un precio muy alto por abortar, elegir su sexualidad y sus estrategias de cuidado reproductivo.

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

Las autoras no manifiestan conflictos de interés.

Cómo citar este artículo

Vázquez Laba V, Páramo Bernal M, Godoy S, Orellana C. Sexualidad, salud reproductiva y aborto en mujeres indígenas del norte argentino. *Epidemiología y Salud* 2(2):11-6, Nov 2014.

How to cite this article

Vázquez Laba V, Páramo Bernal M, Godoy S, Orellana C. Sexuality, reproductive health and abortion in indigenous women living in the North of Argentina. *Epidemiología y Salud* 2(2):11-6, Nov 2014.

Autoevaluación del artículo

La intervención de la figura masculina en las decisiones sobre la sexualidad y la vida reproductiva de las mujeres es uno de los condicionantes en las comunidades indígenas.

¿Cuál de estos obstáculos adicionales se reconoce para el acceso de las mujeres indígenas a la salud reproductiva?

A, El financiamiento insuficiente; B, La capacidad insuficiente de distribución de los servicios de salud; C, La elevada tasa de mortalidad materna; D, Todas son correctas; E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php139598

Bibliografía

Radcliffe SA. Las mujeres indígenas ecuatorianas bajo la gobernabilidad multicultural y de género. En Wade P, Urrea Giraldo F, Viveros Vígoya M (eds.) *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Universidad Nacional de Colombia, Instituto CES, Escuela de Estudios de Género, Bogotá; 2008.
Sciortino MS. La cultura como espacio de enunciación y agencia: una lectura de la participación de las mujeres indígenas en los Encuentros Nacionales de Mujeres. En Bidaseca K, Vázquez Laba V (comps.).

Feminismos y Poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América latina. Buenos Aires, Godot; 2010.
Vázquez Laba V, Páramo Bernal M, Tesoriero V. Alcances y limitaciones del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en mujeres subalternas en NOA. Ponencia presentada en XI Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y VI Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, Facultad de Humanidades, San Juan; 2012.
Cerrutti M. Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina. Buenos Aires, PNUD, CE-

NEP, UNFPA, Argentina; 2010.
Gómez M. El cuerpo por asalto: la amenaza de la violencia sexual en el monte entre las mujeres tobas del oeste de Formosa. En Hirsch S (comp.). *Mujeres indígenas en la Argentina*. Buenos Aires, Biblos; 2008.
Hirsch S. Mujeres indígenas en la Argentina. *Cuerpo, trabajo y poder*. Buenos Aires, Biblos; 2008.
Aizenberg L. Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural. *Revista Latinoamericana de Población* 5(9); 2011.

Los hábitos saludables conllevan efectos antidepressivos

A healthy lifestyle has antidepressant effects

Mauro García Toro

Profesor universitario, Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca, España

Olga Ibarra

Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, España

Miguel Roca

Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca, España

Acceda a este artículo en
siicsalud

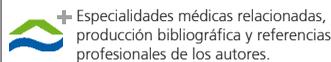
Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/128894

Recepción: 29/6/2013 - Aprobación: 10/8/2013
Primera edición, www.siicsalud.com: 10/9/2013

Enviar correspondencia a: Mauro García Toro,
Universidad de las Islas Baleares, 07122, Palma
de Mallorca, España
magato@ono.com



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

Resumen

La depresión es un problema de salud importante y en crecimiento. Las dos piedras angulares de su tratamiento son la psicofarmacología y la psicoterapia, pero sus resultados están lejos de ser satisfactorios en algunos casos. Este artículo ofrece una visión general de cuatro estrategias complementarias para el tratamiento de la depresión. Se ha sugerido que los factores relacionados con el estilo de vida pueden contribuir a la aparición y el mantenimiento de la depresión. Además, hay una creciente cantidad de información acerca de que las recomendaciones sobre aspectos del estilo de vida como la dieta, el ejercicio físico, la exposición a la luz solar, así como técnicas conductuales para regular el ciclo vigilia-sueño pueden ser útiles en el tratamiento. Sin embargo, hay poca investigación acerca de la utilidad de combinar estas sencillas medidas higiénico-dietarias y asociarlas con el tratamiento antidepressivo

Palabras clave: ejercicio, estilo de vida, dieta, sueño, luz solar, depresión

Abstract

Depression is a major and growing health problem, especially in the developed world. The two cornerstones treatments are psychopharmacology and psychotherapy, but their results are far from satisfactory in some cases. This article provides a broad overview of four complementary useful strategies for Depression treatment. It has been suggested that factors related to lifestyle can contribute to the development and maintenance of Depression. Consistently, there is increasing evidence that lifestyle recommendations such as diet, exercise, sun light exposure and behavioural techniques that regulate sleep-wake rhythm may be useful in treatment. However, there is very little research on the usefulness of combining these simple hygienic-dietetic measures and their association to antidepressive treatment.

Key words: lifestyle, exercise, diet, sleep, sun light exposure, depression

Introducción

La depresión es un problema de salud pública en crecimiento, especialmente en el mundo desarrollado,^{1,2} que llega a convertirse en una verdadera epidemia, con tasas de prevalencia en torno del 15% a lo largo de la vida.³

El objeto del presente trabajo es analizar la literatura existente a cerca del empleo de distintos hábitos de vida saludables en el tratamiento del paciente deprimido. Para ello realizamos una búsqueda en Pubmed de artículos sobre depresión, ejercicio físico, dieta, sueño, luz solar y estilo de vida. Solamente se revisaron los artículos o resúmenes en lengua inglesa. La búsqueda se llevó a cabo para el período comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2012. Dicha búsqueda se complementó también con información obtenida a través de las revistas en línea *American Journal of Lifestyle Medicine* y *American College of Preventive Medicine*, así como por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estilo de vida y enfermedad

En los países desarrollados, el estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población. Dicho concepto fue utilizado por primera vez en 1979, por el escritor Alvin Toffler, y hacía referencia a la manera de comer, practicar ejercicio, descansar, jugar, comportarse con los demás, dormir, o trabajar, entre otros aspectos de la forma de vivir. Es decir, un estilo de vida específico implica la elección consciente o incons-

ciente de un tipo de comportamiento u otro, lo cual puede influir sobre los mecanismos biológicos fundamentales que conducen a la enfermedad: cambios en la expresión genética, inflamación, estrés oxidativo y disfunción metabólica.

Numerosos estudios avalan la efectividad de las intervenciones sobre el estilo de vida para reducir el riesgo de presentar una enfermedad crónica, así como para ayudar en el manejo terapéutico de un problema de salud ya existente, en lo que se conoce como medicina del estilo de vida.⁴ De acuerdo con los datos disponibles, el consejo general en torno de estas recomendaciones incluye distintas propuestas a nivel de la dieta, hábitos tóxicos, ejercicio físico, control de peso y bienestar emocional⁵ (Tabla 1).

Para enfermedades somáticas específicas existen otras recomendaciones (en ocasiones son variaciones de las generales), aunque siempre se enfatizan los siguientes dos puntos: se detallan todos los comportamientos saludables y se remarca que incluso pequeñas mejoras en el estilo de vida, si se mantienen en el tiempo, pueden ayudar a reducir el riesgo de padecer una enfermedad o bien frenar su progresión.

Como disciplina novedosa, la medicina del estilo de vida no pretende ser una alternativa a la medicina convencional, sino más bien una estrategia complementaria a los tratamientos habituales.⁶⁻¹⁰ Al inicio, la mayoría de los estudios sobre hábitos de vida se centraron en el impacto favorable de éstos en la prevención de enfermedades físi-

Tabla 1. Medicina del estilo de vida: recomendaciones generales de salud.

- Practicar alguna actividad física moderadamente intensa al menos cinco días por semana y preferiblemente cada día.
- Abandonar el hábito tabáquico (si es fumador).
- Moderar el consumo de alcohol: limitarlo a dos unidades estándar/día (en varones); una unidad estándar/día (en mujeres).
- Reducir el peso corporal entre el 5% y el 10% (si sobrepeso u obesidad).
 - Disminuir la ingesta calórica en 500 Kcal/día.
 - Aumentar gradualmente la intensidad del ejercicio físico hasta 60 min/día.
- Asegurar una dieta equilibrada, variada y saludable:
 - Rica en vegetales y frutas: al menos 2 frutas/3 vegetales por día.
 - Seleccionar alimentos integrales, con alto contenido en fibra (al menos la mitad de cereales que sean integrales).
 - Limitar la ingesta de ácidos grasos saturados a menos del 10% de las calorías y de ácidos grasos trans (margarina, bollería, fritos) a menos del 1%.
 - Reducir el colesterol a menos de 300 mg/día, seleccionando carnes magras, alternativas vegetales y productos lácteos desnatados, y minimizando la ingesta de grasas parcialmente hidrogenadas.
 - Consumir pescado, en especial pescado azul, al menos dos veces por semana.
 - Minimizar la ingesta de bebidas y comidas con azúcar añadido.
 - Limitar el consumo de sal (< 5 g/día).
 - Beber suficiente agua (> 1.5 l/día).
- Aumentar el bienestar emocional y mental:
 - Presentar una actitud optimista y positiva ante la vida.
 - Gestionar efectivamente el estrés.
 - Dormir las horas de sueño adecuadas (7-9 horas en adultos y mayores).

Adaptado del *American College of Preventive Medicine* 2009. Una unidad estándar = 10 gramos de alcohol puro.

cas crónicas tan diversas como las enfermedades cardiovasculares, pulmonares, metabólicas, musculoesqueléticas, infecciosas o determinados cánceres.¹¹⁻¹³ Los datos obtenidos se generalizaron a otras enfermedades también crónicas, pero en este caso mentales, entre las cuales se incluyen los trastornos depresivos, objeto de este trabajo.¹⁴⁻²⁰ En este sentido, son numerosas las investigaciones recientes que avalan el empleo, para el tratamiento de la depresión, de los siguientes factores ligados al estilo de vida: práctica regular de ejercicio físico, mejora de hábitos alimentarios, aumento de la exposición a la luz solar e higiene del sueño.²¹⁻²⁵ A continuación, abordaremos cada uno de estos aspectos por separado.

Depresión y sedentarismo

La inactividad física está cada vez más extendida en muchos países, lo cual repercute considerablemente en la salud de la población. Constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad (6% de defunciones a nivel mundial), aumentando a su vez la prevalencia de enfermedades no transmisibles (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer) y de sus factores de riesgo (hipertensión, hiperglucemia y sobrepeso).²⁶ Además, existen líneas de investigación que relacionan un estilo de vida sedentario con una mayor probabilidad de presentar enfermedad afectiva²⁷⁻²⁹ y hay bastantes estudios que respaldan el empleo del ejercicio físico como una opción más dentro del arsenal terapéutico antidepressivo.³⁰⁻³³

Cada vez se conoce más en relación con el posible mecanismo de acción del ejercicio físico. En el pasado, se creía que su efecto a nivel cerebral se debía únicamente a su capacidad para aumentar el flujo cerebral y el consiguiente aporte de nutrientes y oxígeno. Hoy en día se acepta que el ejercicio optimiza la funcionalidad de las neuronas interviniendo en procesos de excitabilidad y de plasticidad sináptica. Durante la actividad física se producen diferentes sustancias como hormonas (hormona

Tabla 2. Recomendaciones para incrementar la actividad física.

- Los profesionales de la salud deben identificar a las personas sedentarias y animarlas a la realización de actividad física moderada, en torno de 30 minutos durante cinco días a la semana como mínimo. La actividad física se ha de adaptar a cada individuo, en función de sus condiciones clínicas o circunstancias personales.
- Los profesionales sanitarios deben diseñar, junto con el paciente, programas de actividad física progresivos, de acuerdo con las circunstancias, las preferencias y las necesidades de cada individuo, proporcionando información sobre sus beneficios y la posibilidad de realizarla en la comunidad.
- Los responsables políticos deben prestar atención al desarrollo de infraestructuras que promuevan dicha actividad física y que éstas sean accesibles a toda la población, incluidos grupos desfavorecidos y con discapacidades.
- El conjunto de profesionales sanitarios, responsables políticos y comisionados deben supervisar la eficacia de las estrategias diseñadas para promover la actividad física, con el fin de mejorar dichos programas.

del crecimiento), endorfinas (péptidos endógenos), neurotransmisores (dopamina, noradrenalina, serotonina) o neurotrofinas (sustancias con la capacidad de modular el crecimiento neuronal) entre otras; la práctica de ejercicio se relaciona también con una mayor expresividad del gen regulador del BDNF.³⁴⁻³⁵

Instituciones y normativas clínicas tan prestigiosas y reputadas en el campo de la salud mental como el *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) británico y el *National Institute of Mental Health* (NIMH) estadounidense, o la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan programas de ejercicio físico tanto para el tratamiento como para la prevención de la depresión (Tabla 2).³⁶⁻³⁸ Además, para obtener esta mejora sintomática, no sería preciso realizar ejercicio físico intenso. Se ha demostrado que es suficiente una actividad moderada en la cual los grandes grupos musculares se muevan rítmicamente (actividad aeróbica o de resistencia), siempre que se haga de manera regular a lo largo de toda la semana. Puede ser andar a paso vivo, correr, montar en bicicleta, saltar la cuerda o nadar. La respuesta es dependiente de la dosis. Un mayor nivel de actividad (es decir, más de los 150 minutos semanales recomendados) aporta beneficios adicionales para la salud, pero no hay pruebas que indiquen que dicho beneficio aumente a partir de los 300 minutos por semana. Lo más adecuado, de acuerdo con los datos disponibles, sería integrar la actividad física en la vida diaria, familiar y comunitaria, a través las tareas domésticas, el trabajo, los estudios (educación física), desplazamientos, así como actividades de tiempo libre (juegos, deportes, ejercicio programado, etcétera).³⁶

Un aspecto importante que debemos mencionar llegado este punto es la dificultad que presenta el paciente depresivo para la realización de cualquier actividad, en concreto, ejercicio físico. Tanto la falta de motivación como de energía son síntomas importantes en la depresión, que explican en gran medida estas dificultades. También hay estudios que señalan un inicio más temprano del agotamiento de estos pacientes debido a su menor capacidad de rendimiento.³⁸ La elección del ejercicio y su intensidad es muy importante para evitar su abandono por parte de los pacientes depresivos. Este debería ser por tanto, individualizado y progresivo, siempre en función del estado físico inicial del paciente.^{36,39}

Hábitos alimentarios y depresión

En las sociedades desarrolladas la alimentación recibe cada vez más atención como factor clave en el manteni-

Tabla 3. Dieta mediterránea.

- Utilizar el aceite de oliva como principal grasa de adición.
- Consumir a diario alimentos vegetales en abundancia: frutas, verduras, hortalizas, legumbres y frutos secos.
- El pan y los alimentos procedentes de cereales (pasta, arroz y sus productos integrales) deben formar parte de la alimentación diaria.
- Los alimentos poco procesados, frescos y locales deben ser los más abundantes.
- Consumir diariamente productos lácteos, principalmente yogur y quesos.
- La carne roja habría de consumirse con moderación y, en lo posible, como parte de guisados y otras recetas. Limitar el consumo de carnes procesadas.
- Consumir pescado en abundancia y huevos con moderación. Se recomienda el consumo de pescado azul como mínimo una o dos veces a la semana. El consumo de huevos tres o cuatro veces a la semana es una buena alternativa a la carne y el pescado.
- La fruta fresca constituye el postre habitual y, ocasionalmente, dulces, pasteles y postres lácteos.
- El agua debería ser la bebida por excelencia. El vino se ha de tomar con moderación y con las comidas.

miento de la salud. El cerebro es un órgano cuya estructura, bioquímica, fisiología y función están estrechamente relacionadas con los nutrientes aportados por la dieta. Entre ellos destacamos el papel de aminoácidos como el triptófano y la fenilalanina; minerales y oligoelementos como el hierro, el yodo, magnesio, cobre y cinc, o vitaminas como el complejo vitamínico B, ácido fólico y vitamina C. Todos ellos son fundamentales para asegurar el metabolismo energético de las células cerebrales, la protección frente a los radicales libres y la síntesis de neurotransmisores y neuromoduladores.³⁰⁻⁴²

Mención especial merecen por el grado de evidencia existente los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega-3. Su relevancia clínica se extiende a campos tan amplios como su papel en el desarrollo normal del cerebro, o su implicación en enfermedades cancerosas, cardiovasculares o mentales.^{43,44} Su relación con la depresión ha sido examinada también de forma exhaustiva.^{45,46} Se trata de ácidos grasos esenciales, que no pueden ser sintetizados por el organismo y deben ser ingeridos a través de los alimentos. Su papel es primordial para el correcto funcionamiento del organismo, pero más importante aun, sería el equilibrio en su ingesta en relación con el cociente de ácidos grasos omega-6. Así, en una alimentación adecuada, la relación entre los ácidos omegas 6 y omega 3 propuesta como óptimo debería ser entre 2:1 y 1:1.^{47,48}

Desde mediados del siglo XX el mundo occidental ha sufrido grandes cambios que han repercutido enormemente en los hábitos alimentarios. Dichas modificaciones incluyen una dieta con mayor densidad energética, lo que significa más azúcar añadida a los alimentos, una mayor ingesta de grasas saturadas (principalmente de origen animal), una disminución en la cantidad de carbohidratos complejos y fibra, así como una reducción del consumo de frutas y verduras.^{49,50} Todo ello ha contribuido a un incremento de la obesidad, enfermedad de la modernidad por excelencia,⁵¹ la cual contribuye a su vez a aumentar la prevalencia de la depresión.⁵² Una revisión sistematizada actualizada de estudios prospectivos encontró una asociación bidireccional entre la obesidad/sobrepeso y la depresión. Es decir, las personas obesas tendrían un riesgo 55% mayor de padecer depresión, comparadas con aquellas de peso normal a lo largo de su seguimiento y, de forma complementaria, los individuos deprimidos ten-

drían un 58% más de probabilidades de ser obesas que aquellas que no estaban deprimidas.⁵² Por otra parte, la sociedad moderna, con la cultura del culto al cuerpo y a la delgadez, ha suscitado un interés creciente por la realización de dietas, con el fin de alcanzar y mantener ese peso deseado, por lo que existe en la actualidad un interés creciente por las dietas ricas en proteínas y escasas en carbohidratos.^{53,54}

En definitiva, todo ello ha originado un déficit tanto de minerales como de vitaminas, así como un cambio en el balance entre los ácidos omega 6 y omega 3 (proporción de entre 10:1 y 20:1, en detrimento de los ácidos omega 3), lo cual tiene consecuencias negativas para la salud,⁵⁵ y se cree que en definitiva está relacionado con un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos.⁵⁶ El efecto antiinflamatorio atribuido a los ácidos grasos omega 3 podría estar implicados en dicha asociación.⁵⁵ El suplemento con ácidos grasos omega 3 parece reducir los síntomas depresivos, por lo que debería investigarse más a fondo su posible uso coadyuvante en el tratamiento de la depresión.⁴⁶ Sin embargo, el interés actual de los investigadores en nutrición se centra en el análisis de patrones completos de alimentación, más que en el de nutrientes por separado, ya que éstos podrían interactuar entre sí, aumentando o disminuyendo su efecto a nivel individual.⁵⁷ En este contexto, son varias las publicaciones que en los últimos años se han hecho eco del poder saludable de la dieta mediterránea, término que fue acuñado por el fisiólogo norteamericano Ancel Benjamin Keys en 1970. Dicho patrón dietético se caracteriza por un alto consumo de aceite de oliva, frutas y frutos secos, cereales, legumbres, verduras y pescados, un moderado consumo de alcohol y un bajo consumo de carnes rojas y productos lácteos enteros (Tabla 3). Las propiedades antiinflamatorias y antioxidantes atribuidas a este patrón dietético podrían explicar los hallazgos obtenidos en relación con prevenir enfermedades tan distintas como las cardiovasculares, determinados tipos de cáncer o los síntomas afectivos.^{58,59}

Las recomendaciones dietéticas a los pacientes con depresión pueden por tanto ser importantes en muchos casos, aunque se enfrentan a la dificultad del paciente deprimido en el seguimiento de una dieta equilibrada, bien por disminución en la ingesta o bien por la tendencia contraria, también frecuente, de una dieta con alimentos de fácil preparación y alto contenido energético.

Exposición a la luz solar y depresión

El potencial terapéutico de la fototerapia ha sido objeto de discusión desde hace más de 20 años, cuando Rosenthal, un investigador estadounidense, se percató de que ciertos pacientes deprimidos sólo experimentaban síntomas durante los meses invernales y mejoraban espontáneamente con la llegada de la primavera, cuando las horas de luz se prolongaban. Así se definió un nuevo subtipo de alteración psiquiátrica, el trastorno afectivo estacional. Pero estos cambios de luz modulan no sólo las manifestaciones de la depresión estacional, sino que también lo podrían hacer en la no estacional. En el trastorno bipolar, la luminoterapia puede acelerar los ciclos de los pacientes bipolares o desencadenar clínica maniforme, y al contrario, una disminución de la exposición lumínica suele disminuir la sintomatología maníaca.⁶⁰ Este dato es coherente con la influencia que la luz ambiental tiene sobre los pacientes bipolares, sugerida por el predominio de fases depresivas en invierno y episodios maníacos en verano. La literatura médica avala el uso de la exposición

a la luz, tanto en la depresión estacional como en la no estacional.⁶¹⁻⁶³

Aunque existe poca documentación sobre los cambios de los patrones de exposición a la luz solar en la población general, se asume que durante el siglo pasado se ha producido una disminución debido, entre otros factores, a que un mayor porcentaje de puestos laborales se encuentran en el interior de edificios y por otra, a la importante campaña sanitaria en la que se asociaba la exposición al sol con la aparición de cáncer de piel.²¹ En la sociedad moderna se ha responsabilizado a los patrones actuales de exposición a la luz como un factor causante de la disfunción circadiana generalizada que existe en la población general (Figura 1).^{64,65} Así, diversos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que los individuos sujetos a cambios en sus turnos de trabajo que producen alteraciones de su ritmo de luz-oscuridad a largo plazo, son más propensos a presentar distintos tipos de alteraciones; trastornos cardíacos, digestivos, síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2, así como trastornos del sueño, alteraciones alimentarias y trastornos depresivos.^{66,67}

El funcionamiento de la fototerapia se basa en exponer al paciente cada día a la acción de una luz artificial fluorescente, que simule la luminosidad de un día soleado. No debemos olvidar por tanto, que también es potencialmente útil la exposición a la luz solar natural; ya en 1996 se publicó el primer estudio que probaba la eficacia de su uso como alternativa a la terapia lumínica artificial.⁶⁹ Artículos posteriores siguieron en esta línea,⁶⁸ señalando la importancia de la exposición directa a la luz solar como medida de mejora física, mental y de calidad de vida. Pero van más allá, y hacen especial hincapié en que pocos son los edificios (viviendas, lugares de trabajo u ocio) que reúnen las necesidades adecuadas de paso de luminosidad que requerimos para sincronizar nuestro ritmo circadiano, lo cual repercute en nuestro ciclo sueño-vigilia y en la posible aparición de síntomas depresivos.^{69,70}

En el caso de una gran parte los pacientes depresivos hemos de mencionar la tendencia habitual que presentan éstos a aislarse en su domicilio, sin realizar actividades al aire libre. Por lo tanto, su exposición a la luz solar, ya sea directa o indirecta, podría ser inferior a la recomendada para un buen funcionamiento del organismo.²⁴

Desregulación del sueño y depresión

Aproximadamente el 90% de los pacientes con depresión se quejan de un deterioro tanto en la cantidad como en la calidad del sueño.^{73,74} Las alteraciones más frecuentes son las dificultades para iniciar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y el despertar precoz a primera hora de la mañana. Desde las primeras investigaciones sistematizadas llevadas a cabo por el grupo de Kupfer, a mediados de los años setenta, se han identificado numerosos cambios polisomnográficos. Sin embargo, ninguno de ellos aparece en todos los pacientes deprimidos ni éstos son específicos de la depresión, ya que también han sido descritos en otros trastornos psiquiátricos. En general, podríamos decir que los pacientes que sufren depresión se quejan de un mal rendimiento del sueño, e incluso aunque no se altere el número de horas que duermen, éste no resulta eficiente y no se sienten descansados. Los cambios producidos en los registros polisomnográficos incluyen una latencia REM (fase de movimientos oculares rápidos) acortada, que implica una duración muy corta o inexistente de la

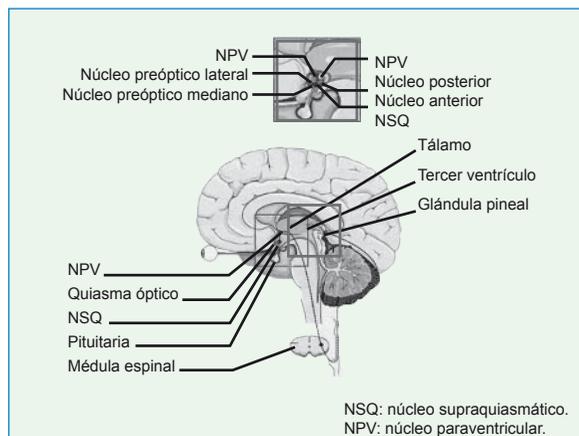


Figura 1. Anatomía del sistema circadiano. El núcleo supraquiasmático.

La iluminación ambiental es el sincronizador más potente de los ritmos biológicos; es necesaria para el adecuado funcionamiento del sistema circadiano. La luz es captada por la retina, que la transforma en impulsos nerviosos, los cuales, a través de una vía multisináptica, son conducidos al núcleo supraquiasmático (NSQ) localizado en el hipotálamo. Este reloj interno, en virtud de la información así recibida, tiene una actividad oscilatoria, con una sincronización de 24 horas. Desde allí se transmite la señal a la glándula pineal, donde se regula la liberación nocturna de melatonina siguiendo un ritmo circadiano. Es decir que el NSQ controla la secreción de melatonina en la glándula pineal, y ésta a su vez, por un mecanismo de retroalimentación, controla la actividad oscilatoria del NSQ. En definitiva, la melatonina junto con el NSQ y sus proyecciones hacia las zonas de centros simpáticos y endocrinos, serían los encargados de regular los ritmos biológicos de la temperatura, la actividad motora o la secreción de diversas hormonas, entre otros, y del ritmo sueño-vigilia, en particular.

Modificado de Shirani y Louis, 2009.

primera fase de sueño NREM (no REM), la más profunda y clave para la eficiencia del sueño. Asimismo, también presentan un aumento en la densidad REM. Estos cambios pueden constituir la principal queja del paciente,⁷³ pero también preceder al episodio depresivo e incluso empeorar el pronóstico en cuanto a riesgo de recurrencia o de recaída. Estudios prospectivos revelan que quién padece insomnio presenta el doble de riesgo de tener depresión,⁷⁴ y que aquellas intervenciones dirigidas a mejorar los trastornos de sueño comórbidos mejoran significativamente los síntomas depresivos.^{75,76}

En principio se podría pensar que estas alteraciones del sueño son simplemente consecuencias de las alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, el hecho de que diversas manipulaciones del sueño y un fármaco como la agomelatina, agonista de los receptores melatoninérgicos MT1 y MT2 y agonista de los receptores serotoninérgicos 5HT_{2c},⁷⁷ tengan efectos antidepresivos, sugiere que debe haber una estrecha relación entre los procesos que regulan el sueño y los procesos que regulan el afecto en los trastornos del estado de ánimo.^{78,79} De esta manera, cualquier intervención conductual que resincronice la función circadiana normal y su nexa con el entorno externo, restableciendo unos patrones de sueño-vigilia normales, obtendría resultados coherentes con una mejora del estado de ánimo en pacientes deprimidos.^{75,76} Y en este sentido, pero de manera inversa, son varios los estudios que han constatado que es posible el empeoramiento del estado de ánimo en sujetos normales, si a estos se les modifica su patrón de sueño normal, desincronizando su ritmo circadiano.^{78,80}

Recomendar una buena higiene del sueño a los pacientes con depresión, basada en estrategias para evitar dormir durante el día si no descansan adecuadamente de noche, suele ser una práctica útil.²⁴

Conclusión

Determinados hábitos de vida, como la práctica de actividad física moderada en forma regular,⁸¹ los patrones alimentarios saludables que propone la dieta mediterránea,^{56,58,59} la exposición frecuente a la luz natural,⁶⁸ y el mantenimiento de un adecuado ciclo sueño-vigilia^{75,76} tienen un efecto antidepresivo.^{56,68,75,76,81,82} Además, dichas medidas higiénico-dietéticas interactúan entre sí, de manera que llevar a cabo alguna de ellas facilita indirectamente los cambios en el resto.⁸²

Hasta ahora son pocos los estudios disponibles que asocian estas sencillas recomendaciones higiénico-dietéticas de forma conjunta.^{83,84} Sería muy deseable que futuras investigaciones confirmasen la incipiente evidencia científica sobre la utilidad conjunta de estas medidas, dada su buena tolerabilidad y bajo costo económico, particularmente en la atención primaria, donde los trastornos depresivos son habituales entre los pacientes comúnmente atendidos.

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

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Cómo citar este artículo
García Toro M, Ibarra O, Roca M. Los hábitos saludables conllevan efectos antidepresivos. *Epidemiología y Salud* 2(2):17-22, Nov 2014.

How to cite this article
García Toro M, Ibarra O, Roca M. A healthy lifestyle has antidepressant effects. *Epidemiología y Salud* 2(2):17-22, Nov 2014.

Autoevaluación del artículo

El estilo de vida hace referencia a la manera de comer, hacer ejercicio, descansar, trabajar, dormir y otros aspectos de la forma de vivir. Es decir, un estilo de vida específico implica la elección de un tipo de comportamiento u otro, lo cual puede influir sobre los mecanismos fundamentales que conducen a la enfermedad.

¿Cuál de estas afirmaciones es correcta en relación con la aplicación del concepto de estilo de vida en las ciencias de la salud?

A, Fue utilizado por primera vez en el siglo XX; B, Sus propuestas abarcan también el bienestar emocional; C, Numerosos estudios avalan su efectividad preventiva; D, Todas son correctas.

Verifique su respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/128894

Bibliografía

- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 26(9):90, 2011.
- Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar SS. Grand challenges in global mental health. *Nature* 6:475(7354):27-30, 2011.
- Roca M, Gili M, García-García M, Salva J, García-Campayo J, Comas A. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders* 119:52-8, 2009.
- Hyman MA, Ornish D, Roizen M. Lifestyle medicine: treating the causes of disease. *Alternative therapies in health and medicine* 15:12-4, 2009.
- ACPM. Lifestyle Medicine Evidence Review, 2009. American College of Preventive Medicine. Disponible en: <http://www.acpm.org/LifestyleMedicine-LiteratureReview.pdf>.
- Lenz TL. Combining lifestyle medicine with medication therapy management services in a community pharmacy setting. *American Journal of Lifestyle Medicine* 4:484-487, 2009.
- Lenz TL. Developing a lifestyle medicine toolbox promote health behavior interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clinical Rehabilitation* 23:873-87, 2011.
- Elswick S, O'Donnell L, Dinon N, Stachnik A, Rippe J. Incorporating lifestyle medicine into a large health care system: The Orlando Health Experience. *American Journal of Lifestyle Medicine* 5:192-199, 2011.
- Marquez D, Bustamante E, Blissmer BJ, Prohaska T. Health promotion for successful aging. *American Journal of Lifestyle Medicine* 3:12-19, 2009.
- Harris MA, Oelbaum R, Flomo D. State of the art reviews: changing and adhering to lifestyle changes: what are the keys? *American Journal of Lifestyle Medicine* 1:214-219, 2007.
- Zoeller RF Jr. Lifestyle in the prevention and management of cancer: physical activity. *American Journal of Lifestyle Medicine* 3:353-361, 2009.
- Melanson KJ. Dietary factors in reducing risk of cardiovascular diseases. *American Journal of Lifestyle Medicine* 1:24-28, 2007.
- Melanson KJ. Nutrition review: diet and nutrients in the prevention and treatment of type 2 diabetes. *American Journal of Lifestyle Medicine* 1:339-343, 2007.
- Lewis BA, Kennedy BF. Effects of exercise on depression during pregnancy and postpartum: a review. *American Journal of Lifestyle Medicine* 5:370-378, 2011.
- Brinks J, Franklin BA. Suboptimal exercise compliance: common barriers to active lifestyle and counseling strategies to overcome them. *American Journal of Lifestyle Medicine* 5:253-261, 2011.
- O'Connor PJ, Herring MP, Carvalho A. Mental health benefits of strength training in adults. *American Journal of Lifestyle Medicine* 4:377-396, 2010.
- Clinton L. Greenstone. Clinicians' corner: a lifestyle medicine: approach to anxiety and depression in primary care. *American Journal of Lifestyle Medicine* 1:167-170, 2007.
- Martinsen EW, Raglin JS. Themed review: anxiety/depression: lifestyle medicine approaches. *American Journal of Lifestyle Medicine* 1:159-166, 2007.
- Prevost RR. Pharmacy review: lifestyle approaches to anxiety and depression: the pharmacists' perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine* 1:185-187, 2007.
- Terre L. Behavioral medicine review: the lifestyle factor. *American Journal of Lifestyle Medicine* 1:181-184, 2007.
- Hidaka BH. Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders* 140:205-214, 2012.
- Nahas R, Sheikh O. Complementary and alternative medicine for the treatment of major depressive disorder. *Canadian Family Physician* 57:659-663, 2011.
- Freeman MP, Fava M, Lake J, Trivedi MH, Wisner KL, Mischoulon D. Complementary and alternative medicine in major depression disorder: the American Psychiatric Association Task Force report. *Journal of Clinical Psychiatry* 71:669-81, 2010.
- García-Toro M, Ibarra O, Gili M, Salva J, Monzón S, Vives M. Effectiveness of hygienic-dietary recommendations as enhancers of antidepressant treatment in patients with depression: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 9:404, 2010.
- Howland RH. Therapeutic armamentarium for treating depression. *Postgraduate Medicine* 122:66-93, 2010.
- Organización Mundial de la Salud. OMS Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra, 2009.
- Marshall SJ, Ramirez E. A new paradigm in physical activity promotion. *American Journal of Lifestyle Medicine* 5:18-530, 2011.
- Teychenne M, Ball K, Salmon J. Sedentary behavior and depression among adults: a review. *International Journal of Behavioral Medicine* 17:246-254, 2010.
- Berlin AA, Kop WJ, Deuster PA. Depressive mood symptoms and fatigue after exercise withdrawal: the potential role of decreased fitness. *Psychosomatic Medicine* 68:224-30, 2006.
- Tordeurs D, Janne P, Appart A, Zdanowicz N, Reynaert C. Effectiveness of physical exercise in psychiatry: A therapeutic approach? *L'Encephale* 37:345-52, 2011.
- Dinas PC, Koutedakis Y, Flouris AD. Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science* 180:319-25, 2011.
- Harvey SB, Hotopf M, Overland S, Mykletun A. Physical activity and common mental disorders. *The British Journal of Psychiatry* 197:357-364, 2010.
- Baxter H, Winder R, Chalder M, Wright C, Sherlock S, Haase A. Physical activity as a treatment for depression: the TREAD randomized trial protocol. *Trials* 10:105, 2010.
- Pereira AC, Huddleston DE, Brickman AM, Sosunov AA, Hen R, McKhann GM. An in vivo correlate of exercise-induced neurogenesis in the adult dentate gyrus. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 104:5638-43, 2007.
- Young SN. How to increase serotonin in the human brain without drugs. *Journal of Psychiatry Neuroscience* 32:394-99, 2007.
- OMS. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra, Suiza, 2010. Organización Mundial de la Salud.
- NICE. Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling. *National Institute of Clinical Excellence* 2006.
- Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM. The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of

- randomized trials. *Sports Medicine* 39:491-511, 2009.
39. Voderholzer U, Dersch R, Dickhut HH, Herter A, Freyer T, Berger M. Physical fitness in depressive patients and impact of illness course and disability. *Journal of Affective Disorders* 128:160-4, 2011.
40. Yary T, Aazami S. Dietary intake of zinc was inversely associated with depression. *Biological Trace Element Research* 145:286-90, 2012.
41. Bourre JM. Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain. Part 2: macronutrients. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 10:386-99, 2006.
42. Coppen A, Bolander-Gouaille C. Treatment of depression: time to consider folic acid and vitamin B12. *Journal of Psychopharmacology* 19:59-65, 2005.
43. Perica MM, Delas I. Essential fatty acids and psychiatric disorders. *Nutrition in Clinical Practice* 26:409-25, 2011.
44. Gören JL, Tewksbury AT. The use of omega-3 fatty acids in mental illness. *Journal of Pharmacy Practice* 24:452-71, 2011.
45. Makrides M, Gibson RA, McPhee AJ, Yelland L, Quinlivan J, Ryan P. Effect of DHA supplementation during pregnancy on maternal depression and neurodevelopment of young children: a randomized controlled trial. *JAMA* 304:1675-1683, 2010.
46. Freeman MP. Omega-3 fatty acids in major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 70(Suppl 5):7-11, 2009.
47. Crawford M A, Bazinet R P, Sinclair AJ. Fat intake and CNS functioning: Ageing and disease. *Annals of Nutrition and Metabolism* 55:202-228, 2009.
48. Simopoulos AP. The importance of the ratio of omega-6 / omega-3 essential fatty acids. *Dossier: Polyunsaturated fatty acids in biology and diseases. Biomedicine & Pharmacotherapy* 56:365-379, 2002.
49. Eaton SB, Konner MJ, Cordain L. Diet-dependent acid load, Paleolithic [corrected] nutrition, and evolutionary health promotion. *American Journal of Clinical Nutrition* 91:295-297, 2010.
50. Cordain L, Eaton SB, Sebastian E, Mann N, Lindeberg S, Watkins BA. Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century. *American Journal of Clinical Nutrition* 81:341-354, 2005.
51. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA* 303:235-241, 2010.
52. Luppino FS, De Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Pennix BW. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry* 67:220-229, 2010.
53. Larsen TM, Dalskov SM, Van Baak M, Jebb SS, Papadaki A, Pfeiffer AFH. Diets with high or low protein content and glycemic index for weight-loss maintenance. *The New England Journal of Medicine* 363:2102-2113, 2010.
54. Hession M, Rolland C, Kulkarni U, Wise A, Broom J. Systematic review of randomized controlled trials of low-carbohydrate vs. low-fat/low-calorie diets in the management of obesity and its comorbidities. *Obesity Reviews* 10:36-50, 2009.
55. Strandvik B. The omega-6/omega-3 ratio is of importance! *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 85:405-6, 2011.
56. Sánchez-Villegas A, Delgado-Rodríguez M, Alonso A, Schlatterer J, Lahortiga F, Serra Majem L. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Archives of General Psychiatry* 66:1090-8, 2009.
57. Jacobs DR, Gross MD, Tapsell LC. Food synergy: an operational concept for understanding nutrition. *The American Journal of Clinical Nutrition* 89:1543S-1548S, 2009.
58. Sánchez-Villegas A, Verberne L, De Irala J, Ruiz-Canela M, Toledo E, Serra Majem L. Dietary fat intake and the risk of depression: the SUN Project. *PLoS One* 26:6, 2011.
59. Sánchez-Villegas A, Galbete C, Martínez-González MA, Martínez JA, Razquin C, Salas-Salvadó J. The effect of the Mediterranean diet on plasma brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels: the PREDIMED-NAVARRA randomized trial. *Nutritional Neuroscience* 14:195-201, 2011.
60. Barbini B, Benedetti F, Colombo C, Dotoli D, Bernasconi A, Cigala-Fulgosi M, Florita M, Smeraldi E. Dark therapy for mania: a pilot study. *Bipolar Disorder* 7:98-101, 2005.
61. Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, Hamer RM, Jacobsen FM, Suppes T. The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. *Am J Psychiatry* 162:656-62, 2005.
62. Tuunainen A, Kripke DF, Endo T. Light therapy for non-seasonal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004; 2:CD004050.
63. Hickie IB, Rogers NL. Novel melatonin-based therapies: potential advances in the treatment of major depression. *Lancet* 378:621-31, 2011.
64. Pauley SM. Lighting for the human circadian clock: recent research indicates that lighting has become a public health issue. *Medical Hypotheses* 63:588-596, 2004.
65. Shirani A, St. Louis EK. Illuminating rationale and uses for light therapy. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 5(2), 2009.
66. Lieverse R, Van Someren EJ, Nielen MM, Uitend Haag BM, Smith JH, Hoogendijk WJ. Bright light treatment in elderly patients with nonseasonal major depressive disorder: a randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 68:61-70, 2011.
67. Kennaway DJ. Clock genes at the heart of depression. *Journal of Psychopharmacology* 24(2 Suppl):5-14, 2010.
68. Wirtz-Justice A, Benedetti F, Berger M, Lam RW, Martiny K, Terman M. Chronotherapeutics (light and wake therapy) in affective disorders. *Psychological Medicine* 35:939-944, 2005.
69. Grimaldi S, Partonen T, Saarni SI, Aromaa A, Lönnqvist J. Indoors illumination and seasonal changes in mood and behavior are associated with the health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 1:56, 2008.
70. Brawley EC. Enriching lighting design. *NeuroRehabilitation* 25:189-99, 2009.
71. Tsuno N, Besset A, Ritchie K. Sleep and depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 66:1254-69, 2005.
72. Spoormaker VI, Van den Bout J. Depression and anxiety complaints: relations with sleep disturbances. *European Psychiatry* 20:243-5, 2005.
73. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research* 37:9-15, 2003.
74. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalter K, Nissen C, Voderholzer U. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders* 135:10-19, 2011.
75. Berk M. Sleep and depression-theory and practice. *Australian Family Physician* 38:302-304, 2009.
76. Manber R, Edinger JD, Gress JL, San Pedro-Salcedo MG, Kuo TF, Kalista T. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep* 31:489-495, 2008.
77. Olié JP, Kasper S. Efficacy of agomelatine, a MT1/MT2 receptor agonist with 5HT2c antagonistic properties, in major depressive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 10:661-73, 2007.
78. Srinivasan V, Maestroni GJM, Cardinali DP. Melatonin immune function and aging. *Immunology & Ageing* 2:17, 2005.
79. Berger M, Van Calker D, Riemann D. Sleep and manipulations of the sleep-wake rhythm in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 418:83-91, 2003.
80. Germain A, Kupfer DJ. Circadian rhythm disturbances in depression. *Human Psychopharmacology* 23:571-85, 2008.
81. Harvey SB, Hotopf M, Overland S, Mykletun A. Physical activity and common mental disorders. *The British Journal of Psychiatry* 197:357-364, 2010.
82. Appleton KM, Rogers PJ, Ness AR. Is there a role for n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids in the regulation of mood and behaviour? A review of the evidence to date from epidemiological studies, clinical studies and intervention trials. *Nutrition Research Reviews* 21:13-41, 2008.
83. García-Toro M, Ibarra O, Gili M, Serrano MJ, Oliván B, Vicens E, Roca M. Four hygienic-dietary recommendations as add-on treatment in depression: a randomized-controlled trial. *J Affect Disord* 140:200-3, 2012.
84. García-Toro M, Roca M, Monzón S, Vives M, Oliván B, Vicens E, Salva J, Gili M. Hygienic-dietary recommendations for major depression treatment. Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 12:201, 2012.

Curriculum Vitae abreviado del autor

Mauro García Toro. Natural de Pozaldez (Valladolid, 1963). Profesor de Psicopatología por la Universidad de las Islas Baleares. Autor de más de 40 artículos publicados en revistas medicas indexadas, la mayoría en el campo de la Depresión. Editor en la publicación de 2 libros y de más de 12 capítulos de libros. Miembro de la Sociedad Española de Psiquiatría.

Profilaxis con isoniazida en niños y jóvenes con infección latente por *Mycobacterium tuberculosis*

Prophylaxis with isoniazid in children and youths with latent Mycobacterium tuberculosis infection

Clemax C. Sant'Anna

Médico, Profesor asociado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Magnolia Arango Loboguerrero

Médica, Profesora Titular, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Raquel Figueiredo Pequeño

Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Acceda a este artículo en
siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/137884

Recepción: 29/11/2013 - Aprobación: 18/3/2014
Primera edición, www.siicsalud.com: 25/6/2014

Enviar correspondencia a: Clemax C.
Sant'Anna, Bruno Lobo 50, 21941-590, Rio de
Janeiro, Brasil
clemax01@gmail.com

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

Resumen

Se presenta una revisión no sistemática sobre el control de los contactos de tuberculosis (TB) y la terapia preventiva con isoniazida (TPI) para niños y adolescentes, basada en la literatura oficial de entidades internacionales, artículos relevantes y pautas de países latinoamericanos. La Organización Mundial de la Salud recomienda las dos estrategias presentadas como muy importantes en la prevención de la TB en áreas endémicas. El artículo destaca las indicaciones de control de contactos de TB y enfatiza la interpretación del test tuberculínico en algunos de los países de Latinoamérica. Las barreras actuales y las perspectivas de la TPI frente a la TB multirresistente también se analizan. El tratamiento de la infección latente por tuberculosis (ILT) se hace en la mayoría de los países con isoniazida (H), de ahí la denominación de quimioprofilaxis o TPI. Hay consenso en la comunidad científica en relación con que los niños, adolescentes y adultos jóvenes con test de tuberculina positivo constituyen un grupo prioritario para la TPI. Las principales acciones de control de la TB acorde con las estrategias a nivel de las unidades básicas son: registrar el tratamiento de los casos de ILTB, mantener actualizado el sistema de información, verificar el stock de medicamentos y realizar el seguimiento mensual de las consultas y eventuales reacciones adversas a la isoniazida.

Palabras clave: tuberculosis, tuberculosis latente, prevención, niños, adolescentes, isoniazida

Abstract

The authors present a non systematic review of literature on the control of tuberculosis contacts and isoniazid preventive therapy for children and adolescents with latent tuberculosis infection based on the official literature of international organizations, relevant articles and published and non-published guidelines and recommendations of Latin American countries. The World Health Organization in the last decade recommends these two strategies referred as very important in the prevention of active tuberculosis in endemic areas. The article highlights the indications of contact tracing of TB, emphasizes the interpretation of tuberculin skin test in some Latin American countries aiming isoniazid preventive therapy indications. Treatment of latent tuberculosis infection is done in most countries with isoniazid. It is also named chemoprophylaxis in several countries around the world. Is based on the use of isoniazid to prevent the development of active tuberculosis in infected individuals (children or adults). There is consensus in the scientific community in relation to children, adolescents and young adults is a priority group for isoniazid preventive therapy. The main actions of tuberculosis control strategies according to the level of the basic units are: record the treatment of latent tuberculosis infection cases, keep the system updated information, check the stock of medicines and perform monthly monitoring of consultations and possible adverse reactions to isoniazid.

Key words: tuberculosis, prevention, child, adolescents, isoniazid

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis* y es aún una de las principales causas de morbilidad en el mundo. Se estima que un tercio de la población mundial está infectada por *M. tuberculosis* y que, anualmente, cerca de nueve millones de personas contraen la enfermedad, y de éstas, dos millones mueren. De los nueve millones de casos anuales de TB, el 11% se presenta en niños y se ha documentado que cada año hay 70 000 muertes infantiles ocasionadas por TB. En 2009 se estimó su prevalencia, y se encontró que aproximadamente diez millones de niños quedaron huérfanos como consecuencia de la enfermedad. Las informaciones reales acerca del problema de la TB infantil son aún imprecisas, debido a la dificultad en el diagnóstico de la TB en niños, a su falta de sensibilidad y especificidad y a la forma de notificar la enfermedad por parte de los programas nacionales de control de la TB; muchas muertes por coinfección TB-VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) aún se registran como muertes por

VIH; a lo anterior se suma el hecho de que por los errores diagnósticos, en ciertos casos, se puede sobrestimar la magnitud de la TB en la infancia.^{1,2}

En América Latina, en general, se puede hablar de subregistro de casos; conocer el impacto real de la TB en niños menores de 15 años es aún muy difícil e impreciso por no carecer de datos completos y desagregados por cada grupo etario para todas las formas de TB.³

La TB en niños ha sido históricamente poco valorada y divulgada por la escasa participación en la cadena de transmisión de la enfermedad desde el punto de vista epidemiológico, puesto que los niños en general no son bacilíferos y por lo tanto transmiten poco la enfermedad. Con todo, el comportamiento de la TB en ellos refleja que el control de la enfermedad es precario en una determinada región. Por otro lado, en el año 2012, la TB en la infancia fue el tema del Día Mundial de la TB, y se puso de manifiesto un gran interés por la complejidad y el desafío que la TB infantil implica. En la edad pediátrica hay grupos de niños más vulnerables que actualmente se

reconocen bien: los niños por debajo de los 5 años, los inmunosuprimidos y los adolescentes con TB, quienes con esta enfermedad se comportan en general como adultos, pues al presentar formas pulmonares cavitadas y tos, eliminan bacilos y, por lo tanto, son bacilíferos y capaces de transmitir la enfermedad.^{1,4,5}

El informe anual de TB de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2013⁶ indica que la magnitud del problema en 2012 tuvo una incidencia estimada de 8.6 millones de casos. La incidencia en Latinoamérica se redujo de 60/100 000 a 25/100 000 entre 1990 y 2012. Se estima que en 2012 hubo 530 000 casos (aproximadamente 6% del total de casos) entre los menores de 15 años, con 74 000 fallecidos. La estrategia STOP TB busca eliminar la TB como problema de salud pública para el año 2050.⁷

Tuberculosis activa e infección latente por tuberculosis

La infección por *M. tuberculosis*, denominada TB latente o infección latente por TB (ILTb), resulta en general de la inhalación de partículas infectantes esparcidas por la tos de una persona enferma con TB pulmonar, que se inoculan en una persona sana y la infectan. La ILTB es definida como el intervalo que hay desde la primoinfección por TB, hasta la situación de enfermedad TB instaurada o TB activa.

El caso fuente de infección en niños, en la mayoría de las veces, es un adulto que convive con ellos. La exposición lleva a la aparición de la lesión parenquimatosa primaria en el pulmón, que se disemina por los nódulos linfáticos regionales (infección primaria o primoinfección). La respuesta inmunitaria aparece cerca de 4 a 6 semanas después de la infección primaria. En la mayoría de los casos, la respuesta inmunitaria normal interrumpe la multiplicación de bacilos; entre tanto, algunos de ellos pueden permanecer latentes. Cuando la respuesta inmunitaria no es suficiente para controlar o detener la ILTB, la TB activa se instala en poco tiempo. El riesgo para la progresión de la TB aumenta cuando la ILTB se produce antes de la adolescencia, particularmente en niños de menos de 5 años (en especial los lactantes) y en inmunocomprometidos. Estos individuos son más propensos a presentar formas graves y diseminadas como la TB miliar y la meningoencefalitis, y por eso constituyen el grupo prioritario para el tratamiento de la ILTB (o quimioprofilaxis).⁸⁻¹⁰

La gran dificultad para diferenciar la TB activa de la ILTB motivó que varios estudios proyectaran una prueba que fuera superior a la prueba tuberculínica (PPD, *Purified Protein Derivative*) para facilitar la diferenciación, de lo que surgió una prueba *in vitro* que mide la producción de interferón gamma por las células T de los pacientes y que se denomina IGRA (*interferon gamma release assays*). Esta prueba ha demostrado ser más sensible y específico que la prueba tuberculínica en la ILTB. No obstante, actualmente no hay estudios con niños que muestren diferencias entre los resultados de los IGRA y los de la prueba tuberculínica, que permitan utilizar un método de referencia para la detección de ILTB.^{1,11,12}

Control de contactos

Cuando se descubre un enfermo con TB, sus contactos deben ser siempre investigados; a esta estrategia se la denomina control de contactos. La fuente de contagio más importante es el adulto bacilífero, pues a través de la tos es capaz de expeler bacilos en aerosol que pueden infectar a otras personas.

La TB casi siempre se transmite del adulto (o adolescente) al niño. En muchos países donde la TB es endémica, suele ser muy difícil el control de los contactos, lo cual permitiría diagnosticar casos de TB en niños e indicar tratamiento preventivo de la ILTB en los individuos infectados.^{2,4,15}

Los niños con TB raramente contaminan a sus contactos, pues es pequeña la proporción de casos bacilíferos en la infancia. La presencia de TB activa en niños debe ser considerada como un evento centinela en salud pública, pues significa transmisión por contacto reciente con un adulto bacilífero. El examen de los contactos de un paciente con TB pulmonar tiene un papel relevante en la identificación de los casos de TB activa y permite limitar la diseminación de *M. tuberculosis*. Es una medida preventiva importante, principalmente en los niños menores de 5 años; además permite el diagnóstico de cerca del 50% de los casos de TB entre niños aunque estén asintomáticos en la evaluación inicial.^{10,15-17}

El acompañamiento sistemático y el estudio de los contactos de TB son algunas de las principales acciones preventivas para impedir la aparición de nuevos casos de enfermedad y de ILTB en la comunidad. Los pacientes con TB bacilífera tienen mayor probabilidad de transmitir la enfermedad a sus contactos, cuyo riesgo de ILTB es cerca de 15 veces mayor que el de la población general.^{2,10}

En los Estados Unidos, una sola fuente bacilífera fue suficiente para infectar 41 de 97 individuos que frecuentaban el mismo bar, de los cuales se presentaron 14 casos de TB activa y 27 de ILTB. Igualmente, cuando el caso fuente tenga baciloscopia negativa, la frecuencia de casos de ILTB también puede ser elevada. Por lo anterior, no se debe excluir ningún grupo de contactos de la investigación de TB.^{18,19}

Tratamiento preventivo de la tuberculosis

El tratamiento de la ILTB se hace en la mayoría de los países con isoniazida (H), de ahí la denominación de quimioprofilaxis o terapia preventiva con isoniazida (TPI). Se basa en el empleo de H para prevenir la ILTB en las personas expuestas y la evolución a TB activa en los individuos infectados. En el primer caso, se trata de la quimioprofilaxis primaria (exclusivo para recién nacidos hijos de madres bacilíferas), y en el segundo caso, del tratamiento de la ILTB (o quimioprofilaxis secundaria).

La OMS recomienda que todos los países tengan en sus programas de control de la TB (PCT), estrategias bien definidas para el estudio de los contactos y la administración de TPI, con el fin de tratar la ILTB en niños contacto asintomáticos, menores de 5 años.¹⁵

La TPI puede reducir la incidencia de TB entre los niños infectados por el VIH. Además, aumenta la protección contra TB en niños infectados por VIH en mayor medida que el tratamiento con fármacos antirretrovirales. En los niños infectados por VIH que sean contacto de casos con TB, previamente se debe descartar enfermedad activa y deben recibir TPI, independientemente del resultado de la prueba tuberculínica.^{17,20,21}

Debido a las dificultades de la adhesión a la TPI y de acuerdo con los estudios de rentabilidad, se podría adoptar el esquema de seis meses (y no de nueve meses) de H en muchos países. En Brasil se indica la TPI preferentemente en grupos de riesgo, de acuerdo con el resultado de la prueba tuberculínica, a saber:⁸

- a partir de 5 mm: niños menores de 5 años, contactos recientes de pacientes (adultos) con TB; no vacunados

Tabla 1. Interpretación de la reacción tuberculínica en siete países de Latinoamérica.

Reacción tuberculínica	Argentina (2012)	Bolivia (*)	Brasil (2010)	Chile (2012)
≥ 5 mm	Inmunosuprimidos o personas infectadas por VIH.	Niños no vacunados con BCG.	Contactos, menores de 10 años, no vacunados con BCG o vacunados mayores de 2 años. Infección por VIH/sida. Uso de inhibidores del TNF-alfa. Alteraciones radiológicas (secuelas). Trasplantados e inmunosuprimidos.	Inmunosuprimidos o con alteraciones radiográficas sugestivas de TB. Persona con contacto directo con caso de TB.
≥ 10 mm	Demás casos.		Contactos, menores de 10 años, vacunados y con BCG menos 2 años. Silicosis. Neoplasias de cabeza y cuello, diabetes.	Niños menores de 4 años nacidos en áreas de alta prevalencia de TB, o residentes en correccionales u hospitalizados por largo tiempo. Pacientes con condiciones médicas, como diabetes, silicosis. Profesionales de la salud que trabajan directamente con pacientes con TB. Niños con contacto directo con adultos con TB activa que tienen factores de riesgo.
≥ 15 mm				Gran probabilidad de ser infectado por <i>M. tuberculosis</i> .
Conversión tuberculínica			Contacto de TB bacilífera. Profesionales de salud.	

Reacción tuberculínica	Colombia (**)	México (2012)	Venezuela (2006)
≥ 5 mm	Personas con antecedente de contacto reciente con enfermos bacilíferos de TB (2 años previos). Personas infectadas por el VIH. Niños gravemente desnutridos (marasmo - kwashiorkor), inmunosuprimidos y pacientes en tratamiento con medicamentos inmunosupresores. Niños con sospecha clínica de TB.	Contacto con caso de TB bacilífera. Sospecha de enfermedad y evidencia clínica de TB. RX con imagen sugestiva de TB. Antecedente de terapia inmunosupresora.	Contacto reciente con personas con TB activa. Personas infectadas por VIH. Pacientes transplantados y otros inmunosuprimidos. Alteraciones en RX compatibles con TB. Exposición ocupacional con TB activa sin precauciones.
≥ 10 mm	Los demás niños.	Alto riesgo de enfermedad sistémica, con antecedente de contacto con casos de TB bacilífera. < 5 años. Cuadros clínicos como linfoma, diabetes, insuficiencia renal y desnutrición.	No incluidos en los criterios previos, pero con uno o más de los siguientes factores de riesgo: Inmigrantes recientes (< 5 años) de países de alta prevalencia de TB. Usuarios de drogas inyectables. Residentes o empleados en instituciones de alto riesgo (geriátricos, prisiones, orfanatos y centros de reclusión). Profesionales de laboratorios de micobacterias. Pérdida de peso ≥ 10% de su peso ideal. Pacientes con gastrostomía o derivación yeyuno-ileal. Niños < 4 años. Población pediátrica y adolescente expuesta a adultos de alto riesgo. Poblaciones pobres sin acceso a atención médica.
≥ 15 mm		≥ 4 años de edad, sin factores de riesgo.	Personas sin factores de riesgo para TB.

con BCG o vacunados hace más de dos años; personas infectadas por VIH y pacientes inmunocomprometidos;

- de 10 mm en adelante: niños vacunados con BCG hace menos de dos años; usuarios de drogas de abuso, pacientes con diabetes, enfermos renales crónicos, entre otros.

Indicaciones de tratamiento de la infección latente por tuberculosis: papel de la prueba de tuberculina

Hay relación entre la respuesta a la prueba tuberculínica y la prevalencia de TB de acuerdo con los diferentes grupos de riesgo. A los individuos con alto riesgo de TB por estar infectados por el VIH, con prueba tuberculínica ≥ 5 mm se les indica el uso de H. En los países con baja carga de TB, en las personas que presenten algún cuadro clínico que aumente el riesgo de progresión de la TB, la prueba tuberculínica ≥ 10 mm se considera positiva. Para personas que no pertenezcan a ningún grupo de riesgo, la prueba sólo se considera como positiva si es ≥ 15 mm.²²

La TPI estaría indicada en niños menores de 15 años, que no han sido vacunados con BCG o aquellos vacunados hace más de dos años que hayan tenido contacto con TB pulmonar bacilífera, con prueba tuberculínica positiva, sin presentar síntomas de la enfermedad. Los niños vacunados con BCG hace menos de dos años, con prueba tuberculínica ≥ 10 mm también deben recibir TPI.⁸

Hay consenso en la comunidad científica en relación con que los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes con prueba tuberculínica positiva constituyen un grupo de alto riesgo, que requiere TPI, de acuerdo con análisis cuidadosos. Aquellas personas con fuerte reacción tuberculínica, que no tengan TB activa, se incluyen en el grupo de riesgo que puede evolucionar a TB, como quienes presentan infección por VIH (aunque suelen presentar un resultado falso negativo en la prueba tuberculínica), alcoholismo, diabetes mellitus insulino-dependiente, silicosis, nefropatías graves, sarcoidosis, linfomas, uso prolongado de corticosteroides en dosis de inmunosupresión, quimioterapia antineoplásica, tratamiento con inmuno-

Tabla 2.

Contactos		Conducta
Sintomáticos		
Con signos y síntomas de TB	Investigar con: radiografía de tórax, PPD y exámenes microbiológicos	Considerar tratamiento de TB multirresistente
Asintomáticos		
< 5 años o VIH positivos y contacto con:	Caso de TB monorresistente a H	Administrar R (15 mg/kg/día) por 4 meses
	Caso de TB monorresistente a H	Administrar H (15 - 20 mg/kg/día) por 6 meses
	Caso de TB susceptible a ofloxacina	Administrar esquema para TB multirresistente
	Caso de TB resistente a ofloxacina	Administrar H (15 - 20 mg/kg/día) por 6 meses
≥ 5 años y VIH negativos		Expectante

R, rifampicina; H, isoniazida.

Fuente: Proyecto Centinela (Trad.)

supresores o fármacos anti-TNF alfa, y quienes tengan imágenes radiológicas compatibles con TB inactiva, sin antecedentes de quimioterapia previa.²³

La recomendación anterior se basa en el hecho de que las enfermedades crónicas pueden deprimir el sistema inmunitario, al igual que cuando se requieren inmunosupresores para tratamiento, como los corticosteroides, lo cual conlleva a una mayor probabilidad de presentar TB. Los niños en un ambiente intradomiciliario en el que haya un paciente bacilífero positivo tienen alto riesgo de infectarse, el cual se extiende también para los niños que habiten cerca, pues en las comunidades de escasos recursos suele haber mucha interacción social entre ellos; también cuentan las condiciones geográficas, de vivienda y de ventilación, lo que aumenta las posibilidades de transmisión de la TB.⁸

La prueba tuberculínica sigue siendo la prueba que más contribuye a la identificación de los individuos infectados por *M. tuberculosis*. De igual manera, y teniendo en cuenta los valores de corte de la prueba tuberculínica y el estado de inmunización con BCG en los niños, es posible separar los casos de ILTB de los no infectados. En la Tabla 1 se describe la situación en los países de Latinoamérica.

Las normativas de la OMS recomiendan administrar TPI a las personas infectadas por el VIH, independientemente del resultado de la prueba tuberculínica, en países con recursos limitados que no disponen de esta prueba. Sin embargo, es conveniente recordar que la realización del test puede contribuir a mejorar la selección de los casos que deben recibir TPI, pues personas con resultado negativo estarían menos protegidas por el TPI. En países con pocos recursos, la radiografía de tórax podría omitirse cuando se hace la investigación de contactos si los individuos están asintomáticos.^{24,25} La OMS recientemente propuso, de manera más amplia, que los niños menores de 5 años, contactos de adultos asintomáticos, podrían empezar TPI sin realizar la prueba tuberculínica, siempre y cuando se descarte TB activa.²⁶

De 1.6 millones de personas infectadas por VIH atendidas en servicios asistenciales en todo el mundo, la TPI sólo le fue ofrecida a 520 000. La OMS enfatiza la importancia de implementar la TPI para estas personas en los servicios de salud.⁶

Las personas infectadas por VIH, con inmunosupresión grave, aunque estén infectadas por *M. tuberculosis*, suelen presentar una prueba tuberculínica con resultado falso negativo, pues se tornan anérgicas por su condición inmunológica ya que son incapaces de activar sus respuestas cutáneas.⁸

El esquema de TPI para los niños expuestos a TB con ILTB es: isoniazida 5 mg/kg/día por seis meses;¹⁵ en condiciones especiales se puede prolongar el tratamiento hasta nueve meses.⁸

Prevención de la tuberculosis resistente

Aún no hay consenso sobre el uso de la TPI en contactos de casos con TB resistente a múltiples drogas (TBMR), pero la tendencia de las recomendaciones internacionales es utilizarla. De acuerdo con la *American Thoracic Society*, cuando hay pruebas de un contacto con TBMR, el tratamiento consiste en el uso diario de una asociación de etambutol y pirazinamida durante seis meses.²³ La prevención de la TB en niños expuestos a TBMR aún es muy controvertida en la literatura y se consideran diversas modalidades de esquemas profilácticos, incluida la H, sin que haya consenso al respecto.²² El Proyecto Centinela propone los esquemas profilácticos descritos en la Tabla 2.²⁷

No hay pautas sobre el uso de etambutol y pirazinamida en los contactos de casos resistentes a esas drogas.

Otros regímenes de tratamiento preventivo de la tuberculosis

La TPI continúa planteando un desafío en las áreas endémicas de TB, puesto que sólo la minoría de los contactos recibe tratamiento preventivo. En situaciones especiales se han descrito otros regímenes de tratamiento de la ILTB, por ejemplo: rifampicina durante cuatro meses y rifapentina asociada con H durante tres meses, los cuales han sido probados en pacientes infectados por VIH pero aún no son de uso común en los niños.^{1,20}

El esquema con H y rifapentina una vez por semana, por 12 semanas, con tratamiento directamente observado, resultó idéntico al de nueve meses con el uso diario de H autoadministrada.²⁸ Otros esquemas de tratamiento preventivo de TB aún se encuentran pendientes de aprobación, tales como cuatro meses de rifampicina o tres meses de rifampicina e H.²²

La adhesión y el seguimiento de la terapia preventiva

La dificultad de la adhesión al TPI aún se observa en muchos países y constituye un desafío sanitario importante. En las últimas dos décadas, el aumento de las indicaciones de TPI en individuos infectados por VIH llevó al incremento de las dificultades en la adhesión ya señaladas. En Sudáfrica, país donde la infección por VIH alcanza al 60% de los pacientes con TB, fue necesario implementar una gran estrategia para aplicar y completar el tratamiento en los individuos infectados por VIH, en quienes fue posible incrementar del 1% al 10% el inicio de la terapia.^{29,30} Para investigar la adhesión de los adolescentes se empleó un cuestionario y medición de los niveles de H en la orina. En Ciudad del Cabo, el uso intermitente de H fue una alternativa para aumentar la adhesión de los niños infectados por el VIH, en dos centros.³¹ Llama la atención que en este país no hubo influencia del nivel socioeconómico.

mico de las familias, pero sí se valoró la contribución de los agentes de salud y se describieron las características de los cuidadores, que deben ser tenidas en cuenta para el éxito en la adhesión al TPI.

La evolución de los pacientes que reciben TPI no siempre se cuantifica adecuadamente en los lugares donde se instaura debido a las dificultades de adhesión o al hecho de que los sistemas de notificación de la TB en algunos países no hacen un debido acompañamiento de los contactos en los casos de TB. En los Estados Unidos, la evaluación tras 30 años de aplicación de la TPI, instaurada en la década de 1980, demostró que ésta era plenamente exitosa, al punto de no encontrarse casos comprobados de reactivación endógena de TB entre los adolescentes que habían la habían recibido.^{17,32} Además, llama la atención el hecho de que los niños en general son inactivadores rápidos de H, lo que podría ser la causa de los fracasos

de la TPI; por esta razón, las dosis terapéuticas de la H deben ser de 10 mg/kg/día, para así prevenir la inactivación del fármaco.^{25,33}

Es posible que el metabolismo rápido de la H haya sido el factor que contribuyó para que cerca del 30% de los niños que comenzaron TIP en Luanda, Angola, hayan evolucionado hacia la aparición de TB activa.³⁴

En un estudio prospectivo reciente los autores observaron baja adhesión a los seis meses de la TPI autoadministrada: apenas el 20% de los individuos usaron el fármaco cinco meses o más. Dentro de los seis casos en los que apareció TB en esa población, hubo dos que no recibieron TPI y cuatro en quienes la adhesión a la TPI fue deficiente. Los autores consideran que el régimen alternativo de H y rifampicina por tres meses tendría una eficacia idéntica a seis meses de H, y que ésta podría ser una opción para aumentar la adhesión a la TPI.⁹

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

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Lista de abreviaturas y siglas

TB, tuberculosis; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; OMS, Organización Mundial de la Salud; ILTB, infección latente por tuberculosis; PPD, *Purified Protein Derivative*; IFN-gamma, interferón gamma; IGRA, *interferon gamma release assays*; H, isoniazida; TPI, terapia preventiva con isoniazida; PCT, programas de control de la tuberculosis; R, rifampicina; TBMR, tuberculosis resistente a múltiples drogas; DOTS, tratamiento directamente observado.

Cómo citar este artículo

C. Sant'Anna C, Arango Loboguerrero M, Figueiredo Pequeño F. Profilaxis con isoniazida en niños y jóvenes con infección latente por *Mycobacterium tuberculosis*. *Epidemiología y Salud* 2(2):23-8, Nov 2014.

How to cite this article

C. Sant'Anna C, Arango Loboguerrero M, Figueiredo Pequeño F. Prophylaxis with isoniazid in children and youths with latent *Mycobacterium tuberculosis* infection. *Epidemiología y Salud* 2(2):23-8, Nov 2014.

Autoevaluación del artículo

Aún hoy, los programas de control de la tuberculosis encuentran barreras relacionadas con las dificultades operacionales para ampliar la oferta de profilaxis con isoniazida a la población, debido a las limitaciones de los sistemas de notificación.

¿Cuál es la principal barrera para la ampliación de la oferta de profilaxis con isoniazida en la población pediátrica?

A, La toxicidad de la isoniazida; B, El costo elevado del fármaco; C, Las dificultades para discernir los pacientes pediátricos que se benefician con la profilaxis; D, Los registros inadecuados y la notificación imprecisa de los contactos; E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en www.siic.salud.com/dato/evaluaciones.php/137884

Bibliografía

1. Getahun H, Sculier D, Sismanidis C y col. Prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis in children and mothers: evidence for action for maternal, neonatal and child Health Services. *JID* 205 (Suppl 2):216-227, 2012.
2. World Health Organization. WHO. Roadmap for childhood tuberculosis: towards zero deaths. WHO, Ginebra, 2013.
3. Del Granado C. Situación de la tuberculosis en las Américas. Las Américas frente a las Metas del Milenio. In: Sant'Anna CC, Arango Loboguerrero M. Tuberculosis en niños y jóvenes. Tuberculosis en la infancia en Latinoamérica. São Paulo Atheneu Hispánica 19-20, 2011.
4. Sant'Anna CC, Arango M. Tuberculosis en niños y jóvenes. São Paulo Atheneu Hispanica 2011.
5. Sant'Anna CC, Schmidt CM, March MFBP, Pereira SM, Barreto ML. Tuberculosis en adolescentes de

- dos capitales brasileñas. *Cad Saúde Pública* 29:111-116, 2013.
6. World Health Organization. Global tuberculosis control. WHO, Ginebra, 2013.
7. World Health Organization. The global plan to stop TB: 2011-2015. Stop TB Partnership. Disponible en: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf [Acceso: 20 octubre 2013].
8. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, DF, 2010. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf. (Acceso: 10 noviembre 2013).
9. Marais BJ, Van Zyl S, Schaaf HS, Van Aardt M, Gie RP, Beyers N. Adherence to isoniazid preventive chemotherapy: a prospective community based study. *Arch Dis Child* 91:762-765, 2006.
10. Fox GJ, Barry SE, Britton WJ, Marks GB. Contact

- investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Resp J* 41:140-156, 2013.
11. Sztajn bok FR, Boechat NL, Sztajn bok DCN y col. The challenge of pediatric tuberculosis in face of new diagnostic techniques. *J Ped (Rio J)* 85:183-193, 2009.
12. Kakkar F, Allen UD, Ling D, Pai M, Kitai IC. Tuberculosis in children: new diagnosis blood tests. *Paediatr Child Health* 15:529-533, 2010.
13. Pedrozo C, Sant'Anna CC, March MFBP, Lucena S. Clinical scoring system for paediatric tuberculosis in HIV-infected and non-infected children. *Int J Tuberc Lung Dis* 13:413-415, 2009.
14. Sant'Anna CC, Orfalais CTS, March MFBP, Conde MB. Evaluation of a proposed diagnostic score system for pulmonary tuberculosis in Brazilian children. *Int J Tuberc Lung Dis* 10:463-465, 2006.
15. World Health Organization. WHO. Guidance for national tuberculosis programmes on the ma-

- agement of tuberculosis in children. WHO/HTM/TB/2006.371, p 41.
16. Caldeira ZMR, Sant'Anna CC, Aidé MA. Contact tracing of children and adolescents contacts of tuberculosis. *Rev Saúde Pública* 38:339-345, 2004.
 17. Graham SM, Triasih R. More evidence to support screening of child contacts of tuberculosis cases: if not now, then when? *Clinical Inf Dis* 57:1693-1694, 2013.
 18. British Thoracic Society. Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: code of practice. London BTS, 2000.
 19. UICT Committee on Prophylaxis. Efficacy of various durations of isoniazid preventive therapy for tuberculosis: five years of follow-up in the IUAT trial. *Bull WHO* 60:555-564, 1982.
 20. Apers L, Robert C, Nachege JB. Prophylaxis with antituberculous drugs in special situations. In: Schaf HS, Zumla A. *Tuberculosis: a comprehensive clinical reference*. Philadelphia Saunders pp. 780-785, 2009.
 21. Madhi SA, Nachman S, Violari A y col. Primary isoniazid prophylaxis against tuberculosis in HIV-exposed children. *N Engl J Med* 365:21-31, 2011.
 22. Erkens C, Kamphorst M, Abubakar I y col. Tuberculosis contact investigation in low prevalence countries: a European consensus. *ERJ* 36:925-949, 2010.
 23. The use of preventive therapy for tuberculous infection in the United States. Recommendations of the Advisory Committee for Elimination of Tuberculosis. *MMWR* 39(RR-8):9-12, 1990.
 24. Fujiwara P, Dlodlo R, Ferroussier O, Nakanwagi-Mukwaya A, Cesari G, Boillot F. Implementing collaborative TB-HIV activities: a programmatic guide. Paris International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases, 2012.
 25. World Health Organization. Guidelines for intensified tuberculosis case finding and IPT for people living with HIV in resource constrained setting. World Health Organization, Ginebra, 2011.
 26. World Health Organization. Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low and middle-income countries. Geneva WHO/HTM/TB/2012.9, 2012.
 27. Management of multidrug-resistant tuberculosis in children: a field guide. The Sentinel Project for Pediatric Drug-resistant tuberculosis Boston, 2012.
 28. Jereb JA, Goldberg SV, Powell K, Villarino ME, LoBue P. Recommendations for use of an isoniazid-rifapentine regimen with direct observation to treat latent Mycobacterium tuberculosis infection. *MMWR* 60(9):1650-1653, 2011.
 29. Bristow CC, Larson E, Vilakazi-Nhlapo AK, Wilson M, Klausner J D. Scale-up of isoniazid preventive therapy in PEPFAR-assisted clinical sites in South Africa [Notes from the field]. *Intern J Tuberc Lung Dis* 16:1020-1022, 2012.
 30. Blumberg EJ, Hovell MF, Kelley NJ, Vera AY, Sipan CL, Berg JP. Self-report INH adherence measures were reliable and valid in Latino adolescents with latent tuberculosis infection. *J Clin Epidemiol* 58:645-648, 2005.
 31. Le Roux SM, Cotton MF, Golub JE, Le Roux DM, Workman L, Zar HJ. Adherence to isoniazid prophylaxis among HIV-infected children: a randomized controlled trial comparing two dosing schedules. *BMC Med* 7:67, 2009.
 32. Hsu KH. Thirty years after isoniazid. Its impact on tuberculosis in children and adolescents. *JAMA* 9:1283-1285, 1984.
 33. World Health Organization. Stop TB Department. Treatment of tuberculosis guidelines. Fourth edition. Geneva: WHO, 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf. (Acceso: 26 junio 2013).
 34. Fortunato I, Sant'Anna C. Screening and follow-up of children exposed to tuberculosis cases, Luanda, Angola. *Intern J Tuberc Lung Dis* 15: 1359-1361, 2011.

Curriculum Vitae abreviado del autor

Clemax C. Sant'Anna. Profesor Asociado de Neumonología Pediátrica, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Río de Janeiro, Brasil. Neumólogo Pediátrico, Sociedad Brasileña de Pediatría, 1995. Docente de Posgrado, Programa de Clínica Médica, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Rio de Janeiro. Autor de 90 trabajos de su especialidad, editor en la publicación de 4 libros. Editor, revista electrónica *Residencia Pediátrica* (publicación en portugués y español), desde 2011. Miembro de La Sociedad Brasileña de Pediatría y de la Sociedad Brasileña de Neumonología y Tisiología. Coordinador de la rama de Neumonología pediátrica, Rede de pesquisas em tuberculosis (Rede TB). Miembro del grupo Childhood Tuberculosis de la iniciativa Stop TB de la Organización Mundial de la Salud, desde 2003.

De la lipofobia al lipofobismo: imágenes y experiencias en torno de la gordura

From lipophobia to lipophobism: images and experiences in obesity

Mabel Gracia Arnaiz

Profesora titular, Antropología social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España

Acceda a este artículo en **siicsalud**

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/data/arsiic.php/129100

Recepción: 3/9/2012 - Aprobación: 29/11/2013
Primera edición, www.siicsalud.com: 26/3/2014

Enviar correspondencia a: Mabel Gracia Arnaiz, Universitat Rovira i Virgili, 43003, Tarragona, España


 Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.

Resumen

Mediante un estudio etnográfico en la red asistencial de Cataluña (España), se analizan las experiencias y representaciones sobre la gordura entre profesionales de la salud y jóvenes diagnosticados de obesidad. Se plantea que el rechazo hacia las personas gordas ha aumentado, en coincidencia no sólo con la reprobación moral del exceso (corporal o alimentario) o con la mercantilización de la delgadez y la salud, sino con la reciente definición de la obesidad en tanto que enfermedad. La concepción biomédica de la obesidad se acompaña de una notable ambivalencia. Si bien las personas gordas son consideradas, por un lado, víctimas de una sociedad permisiva y consumista, por otro, son identificadas como transgresoras de los patrones normativos establecidos para prevenirla—la dieta óptima y el peso normal o saludable—y, en consecuencia, culpables de su enfermedad. En el caso de los jóvenes, mientras que durante la infancia la responsabilidad de estar gordo se fija, primero, en torno de la familia y sus hábitos alimentarios y de la actividad física, durante la adolescencia y la juventud la culpabilidad se subjetiviza y la causalidad se fija en relación con la adecuación, o no, de las conductas individuales. Las motivaciones no racionales que guían las elecciones alimentarias de los jóvenes, la falta de educación nutricional o el ejercicio regular insuficiente son los argumentos biomédicos más comunes para explicar, de forma reduccionista, el aumento de la obesidad juvenil.

Palabras clave: obesidad, cultura, medicalización, jóvenes, estigmatización

Abstract

By means of an ethnographic study of obesity in clinical spaces, this paper analyzes representations of fatness and the experience of being overweight among young people and health professionals in Catalonia (Spain). The analysis demonstrates that increasing social rejection of fat persons can be traced not only to moralizing discourses on "excessive" body weight and/or food consumption or the conflation and commodification of slenderness, fitness and good health, but also to the recent redefinition of obesity as a disease. The biomedical concept of obesity is accompanied by significant ambivalence. If fat persons are considered to be victims of a permissive consumer society, they are also identified as persons who have transgressed the normative patterns designed to prevent obesity: a balanced diet and "normal" healthy body weight. The responsibility for childhood obesity is assigned to the family's eating habits and level of physical activity, but in adolescence and young adulthood causality and blame are shifted to individual behavior and the degree to which it departs from these norms. As the paper shows, non-rational motivations shaping the food choices of young people, lack of nutritional education, and insufficient exercise are the most common biomedical arguments used to explain, in a limited and reductionistic fashion, the increase in juvenile obesity.

Key words: obesity, culture, medicalization, youth, stigmatization

Introducción

Como parte de una línea de investigación más amplia, cuyo objetivo es comprender cómo y por qué determinados comportamientos alimentarios y prácticas corporales devienen problemáticas, en este artículo se analizan las experiencias y las representaciones de la gordura entre profesionales sanitarios y jóvenes diagnosticados de sobrepeso y obesidad en la red asistencial de Cataluña (España).^a Si en estudios anteriores se debatió sobre las dimensiones sociales de la delgadez, en este trabajo se examinan algunos de los significados que se han ido construyendo en torno de la gordura.

En primer lugar, se aborda sintéticamente la progresión del fenómeno de la lipofobia hacia el lipofobismo como consecuencia de la problematización social, económica y médica de la obesidad y del triunfo de lo que podría considerarse un nuevo mandamiento: no engordarás. Las ideas sobre la gordura son reprobadoras por dos razones principales. Por un lado, por la persistencia en el Occidente cristiano de una asociación de la gordura con la glotonería, vista como exceso del sujeto que rompe con la virtud de la moderación, y con la pereza, entendida como

defecto del individuo que cuestiona la lógica del trabajo y del mercado. Por otro lado, por la definición relativamente reciente de la obesidad como una enfermedad evitable que aparece, según la literatura epidemiológica, asociada con estilos de vida inadecuados con efectos graves en la salud y la esperanza de vida de quienes la padecen, así como en los costos sanitarios. En Cataluña, la patologización de la gordura se impregna simultáneamente de juicios morales y económicos y de evidencias científicas.

En segundo lugar, se analizan dos miradas en relación con la obesidad y los obesos, determinadas por esta encrucijada ideológica:^b aquella que procede de los profesionales de la salud y la que refleja la visión de los jóvenes diagnosticados en relación con la enfermedad y su tratamiento. Los especialistas centran su intervención casi exclusivamente en torno de los hábitos alimentarios de sus pacientes, reprobándolos y considerándolos responsables de su estado, mientras dejan de lado las dimensiones contextuales e incluso personales que han originado el sobrepeso. Por su parte, ideas semejantes sobre la causalidad y la responsabilidad se recogen en

el discurso de los jóvenes obesos. La creencia de que, efectivamente, ellos se han desviado voluntariamente de los patrones dietarios y ponderales favorece la desconsideración médica, social y subjetiva, de tal manera que la estigmatización del paciente obeso deviene un círculo vicioso: las víctimas aceptan y consideran normales las incriminaciones recibidas y se autoculpan de su estado y de su incompetencia para evitarlo. El punto más disonante entre ambas miradas es que la mayoría de los jóvenes no viven la obesidad como una enfermedad ni ellos se consideran enfermos. Se trata, más bien, de un estado corporal no deseable que les proporciona un mal más moral que físico.

No comerás, no engordarás: la gordura como metáfora de la abundancia

No se pueden comprender algunas de las representaciones contemporáneas de la gordura sin ubicarla en los contextos que la dotan de sentido. A menudo, los modelos corporales se han relacionado con maneras de comer específicas y han adquirido, sin embargo, significados contradictorios según el lugar y el momento histórico. Se sabe que los comportamientos alimentarios son tantos como variados y se manifiestan al expresar qué significa comer, de qué sirve la comida a las personas o por qué comemos. Comer, en este sentido, constituye un medio para comunicarse e identificarse con otras personas. Podemos manifestar agradecimiento, aceptación, interés o rango respecto de nuestros convidados, familiares o amigos distribuyendo alimentos o compartiendo con ellos una comida. Por eso comemos ciertas comidas, a menudo diferentes y más abundantes, en ocasiones especiales: fiestas religiosas, acontecimientos personales, celebraciones locales. Los abundantes banquetes romanos y la recurrente práctica del vómito reflejaron los excesos que pudo permitirse la rica aristocracia, del mismo modo que durante la Edad Media los nobles y los terratenientes ingleses se sentaron a la mesa para ingerir festines consistentes en veinte o treinta platos distintos de carnes de diversos tipos, con el propósito sociopolítico de simbolizar el poder ejercido sobre el pueblo llano. Por su parte, la generosidad expresada a través de la alimentación es, todavía hoy, central en numerosas sociedades. En ciertas islas del Pacífico, la comida se prepara en grandes cantidades ante las expectativas de que una o más personas puedan acudir: *"una buena comida es aquella en la que al finalizar todos sus participantes remarcan que están bien hartos y que han gozado de una excelente compañía"*.

Estas prácticas de consumo abundante tienen menos que ver con la necesidad de llenar el cuerpo de energía que con las condiciones materiales y las representaciones simbólicas que articulan las relaciones sociales en las diferentes sociedades. Observar que el alimento no es simplemente algo para nutrir no significa que obviemos que también es una sustancia para comer, en el sentido de que, efectivamente, es el combustible que necesita el depósito de nuestro organismo biológico para funcionar y que, cuando escasea durante períodos prolongados, se corre el peligro de morir de hambre. Hambre hay, como señala Mintz, de muchos tipos. En ocasiones, como en los períodos de carestía, podemos abstenernos de algunos alimentos o no comer las cantidades habituales. Ayunar, por ejemplo, es un medio por el cual se puede descubrir el poder de la comida, como puede haberlo experimentado quien haya dejado de comer voluntariamente, incluso durante un sólo día. Tener que ayunar porque no hay

nada que comer o hay poco, como les sucede a millones de personas hoy, es el modo más dramático de conocer el alcance de dicho poder.

Los alimentos y sus significados, en consecuencia, tienen una ambivalencia profunda, ya que tanto son reconfortantes y fuente de enorme satisfacción como de intensa incomodidad o padecimiento. Así, para determinadas personas, comer mucho o dejar de hacerlo puede convertirse, en función de experiencias más o menos complejas, en algo doloroso e incluso desagradable o, por el contrario, en una forma de medir las propias fuerzas y capacidades, respondiendo, a través de los usos dados a la comida y al cuerpo, a las estructuras materiales y simbólicas que la cultura representa. Un ejemplo de dicha ambivalencia y de la tensión que ésta puede generar se manifiesta, como veremos aquí, en los comportamientos alimentarios asociados con la obesidad.

Por su dimensión diacrónica y comparativa, buena parte de los estudios históricos y etnográficos sobre prácticas alimentarias y corporales han constatado que los comportamientos de restricción o hartazgo que hoy se conciben como patológicos, en épocas anteriores y entre determinados grupos sociales fueron incluso admirados y, lo más importante, fueron experiencias no vividas ni calificadas como enfermedad. En relación con la corpulencia, estos trabajos señalan que estar gordo, por un lado, y comer abundantemente, por el otro, no sólo no se han considerado una enfermedad o conductas reprobables, sino todo lo contrario. La gordura ha sido bienvenida, y lo es todavía, en numerosas sociedades. La glotonería y los hartazgos pueden ser una práctica socialmente aceptada e incluso valorada que, además, no todo el mundo puede permitirse. En los contextos donde los períodos de escasez alimentaria no son inusuales, las personas corpulentas han tenido más probabilidades de sobrevivir. Mientras que estar delgado se ha asociado con enfermedades temibles, estar gordo ha denotado estatus y, a menudo, belleza o atractivo sexual.

En las sociedades industrializadas, contrariamente, la lipofobia, entendida como el rechazo sistemático de las grasas y el temor a engordar, constituye un fenómeno relativamente reciente. Y subrayamos que es relativamente reciente, porque si bien la preocupación por el peso y las formas corporales aumenta durante el siglo XX, la problematización del exceso no es en absoluto actual. Ya en la antigüedad clásica y en la tradición judeocristiana los imaginarios culturales en torno de la gordura fueron ambivalentes, y variaban entre la burla y el menosprecio, el respeto y la diversión o la sensualidad y la salud. Aunque la biomedicina ha tendido a negar el papel que desempeñan estos imaginarios al creer que sus definiciones de enfermedad están alejadas de los fundamentos éticos o estéticos, lo cierto es que sus concepciones de la gordura están en buena parte influidas por las maneras de hacer y pensar predominantes en cada contexto. Ciertamente, el exceso de peso y sus posibles riesgos sanitarios ya habían llamado la atención a los médicos de la antigüedad. Hipócrates la relacionó con la muerte súbita y la esterilidad, y Celso vinculó las barrigas prominentes de las elites con la ingesta abundante de dulces y grasas. También la gordura interesó a los médicos de la Edad Media, que establecieron relaciones entre el exceso de peso y el consumo de alimentos. En los diccionarios médicos, la obesidad empezó a ser incluida a partir del siglo XVIII, y los trabajos sobre la clínica, la patogenia y la terapéutica que se multiplicaron durante el siglo XIX, la consideraban

como un estado del cuerpo ligado a problemas funcionales que afectaban el metabolismo de las grasas.

El conocimiento médico, junto a otras formas de conocimiento, incluye concepciones y prácticas que están en dependencia de los determinantes histórico-sociales en que se dan y que son constantemente renegociadas. Dichas construcciones condicionan las diferentes maneras de percibir y representar el cuerpo, la comida y la enfermedad. El fenómeno de la lipofobia se consolida a lo largo del siglo XX en coincidencia con la consecutiva transformación del estatus epistemológico otorgado por la medicina a la gordura y con la promoción de la delgadez. Hoy, los juicios negativos sobre la gordura son principalmente compartidos. En esta negativización han tenido un papel relevante la moral del Occidente cristiano, que reclama prudencia y mesura en la comida y menosprecia la glotonería; la evolución del conocimiento científico, al demostrar la estrecha relación entre dieta y salud, y los cambios habidos en las representaciones del cuerpo, que han convertido la delgadez en signo de salud y distinción social y la obesidad en todo lo contrario.

Todos estos procesos se han ido retroalimentando entre sí. La canonización del cuerpo delgado ha ido acompañada de una transferencia de valores de la que el estamento médico ha sido el beneficiario, en detrimento de la autoridad religiosa. El Bien, los ideales de la perfección, de pureza, que antaño se correspondían con valores trascendentales, ahora se corresponden con una buena salud corporalmente idealizada. El Mal, los pecados, tales como el abandono a los apetitos del cuerpo, la glotonería, la lujuria, la pereza... ya no son castigados con el infierno después de la muerte, sino que conducen a infiernos más inmediatos: la enfermedad, el envejecimiento, la gordura... todos ellos signos patentes de pecados contra la higiene corporal y alimentaria. Aunque la medicina ha señalado numerosas causas funcionales relacionadas con la acumulación excesiva de grasas (metabólicas, genéticas, medicamentosas, hormonales) los gordos, en adelante, van a ser vistos como grandes comedores, es decir, como personas que se sobrealimentan. Esta concepción está ligada, en parte, a la interpretación moral que la ciencia ha hecho de las denominadas sociedades de la abundancia. La actual definición de la obesidad como enfermedad debida a la acumulación excesiva de grasa coincide, curiosamente, con el único período de la historia de la humanidad en que la profusión alimentaria se ha hecho posible en determinados contextos, fruto de los cambios ocurridos durante el siglo XX en la producción, la distribución y el consumo de los alimentos. La gordura, asociada con la *macdonalización* y la *cocacalización* de la sociedad, no es más que una especie de tara que acompaña el proceso civilizatorio. La imagería patológica que rodea la obesidad sirve, en realidad, para expresar una preocupación por el orden social y adquiere un sentido punitivo. En este caso, es síntoma de una sociedad que va mal, y las personas gordas, en tanto que transgresoras del orden, deben ser reprendidas.

Al compás de la normativización dietética y corporal, la estigmatización de los gordos ha ido en aumento, acusados de ser una especie de delinquentes nutricionales. Aunque a manera de discurso se acepta que la diversidad física es un valor y un trazo característico de los seres humanos, en el caso de la corporalidad, saltarse la norma por exceso constituye casi un delito. De hecho, de los dos estereotipos que según Fischler se han construido en Occidente en torno de la gordura –el gordo goloso,

aceptado socialmente por simpatía, y el gordo glotón, rechazado por ser egoísta y ocioso–, ha triunfado finalmente el segundo, entendiéndose que las personas obesas comen desenfadadamente, transgrediendo las normas del compartir y de la disciplina. La delgadez no sólo es presentada como atractivo sino que se asocia con la mesura, el esfuerzo y la disciplina. En cambio, la gordura es considerada física y moralmente insana, obscena, propia de perezosos y de glotones. Las evaluaciones positivas y negativas del físico se proyectan, por inferencia, a los patrones típicos de conducta correlacionados con atributos morales: autocontrol y autoindulgencia, respectivamente. El resultado es semejante al que se produce entre otros colectivos estigmatizados: los gordos terminan siendo discriminados por sus atributos físicos y de comportamiento, con efectos específicos en las relaciones personales y de vida cotidiana. Si, como hemos dicho antes, la lipofobia es el temor o rechazo sistemático a las grasas o a engordar, el lipofobismo surge del trato discriminatorio que las personas reciben por su condición de gordo.

¿Cuerpos gordos, cuerpos enfermos? Incorporar la enfermedad, vivir las incriminaciones

El cuerpo puede ser contemplado como un proyecto individual a la vez que social. Es una entidad dinámica y en proceso de construcción, con medidas y formas más o menos cercanas o alejadas de aquello que, en un momento dado, se define y se vive como un cuerpo aceptable o deseable. Así, el cuerpo siempre contiene una carga semiótica que es convenida, leída e interpretada por los otros y por uno mismo. Entre quienes definen e interpretan el cuerpo están los profesionales de la salud y los pacientes obesos. La ambivalencia acompaña la definición de la obesidad como enfermedad y de las personas obesas como enfermas. Si desde la concepción biomédica los jóvenes gordos son considerados, por un lado, víctimas de una sociedad consumista y permisiva, y por lo tanto enfermos, por otro lado también son identificados como personas que transgreden los modelos normativos para evitarla –la dieta óptima y el ejercicio físico– y, en este sentido, son vistos como culpables.

Así, si bien es cierto que el concepto de enfermedad suele implicar una exculpación al paciente respecto de su estado patológico, en el caso de la obesidad este requisito no necesariamente se cumple. Entre quienes discuten sobre las causas de la obesidad, están los que mantienen que ésta tiene, en parte, un carácter autoinfligido debido a los malos hábitos alimentarios y al consumo excesivo de comida, de tal forma que los obesos no deberían ser exonerados de su responsabilidad. Mientras que durante la infancia la responsabilidad de estar gordo se fija, sobre todo, en torno de la familia y sus hábitos alimentarios y de la actividad física, durante la adolescencia y la juventud la culpabilidad se subjetiviza y la causalidad se fija en relación con la adecuación, o no, de las conductas individuales. Las motivaciones no racionales que guían las elecciones alimentarias de los jóvenes, la falta de educación nutricional o el ejercicio regular insuficiente son los argumentos biomédicos más comunes para explicar, de forma limitada, el aumento de la obesidad juvenil.

La gordura ha ido adquiriendo sus cualidades negativas a través del modo en que la sociedad la ha ido interpretando. La biomedicina ha legitimado una forma particular de concebirla a través de su medicalización. La mayoría de los médicos de los centros asistenciales catalanes men-

ciona la concurrencia de factores endógenos –genéticos, hormonales, metabólicos– en el origen de la obesidad: *“hay gente que engorda más y otra que no engorda comiendo lo mismo... probablemente hay un componente genético, pero no lo sabemos medir...”* (endocrinóloga). Algunos apuntan que el desequilibrio energético puede deberse a cuestiones funcionales: *“las causas de la obesidad son multifactoriales. No sólo es comer mucho y no quemar, es comer mucho, no quemar y tener un metabolismo que te predispone a estar así...”* (pediatra), e incluso reconocen ciertos límites en la constatación de que la obesidad sea inexorablemente una enfermedad: *“hay cosas que se dan por ciertas que tampoco están demostradas, no todo el mundo que tiene sobrepeso está enfermo... no sé si tampoco es muy conveniente demonizar a esta gente, en el sentido de hacerla entrar en la dinámica de una enfermedad”* (médico de familia). No obstante, este planteamiento relativista es muy infrecuente entre los clínicos, sobre todos entre los médicos especializados en nutrición y los dietistas, y lo más común es centrar la etiología de la obesidad en torno de los factores externos y, en particular, en la cantidad de comida consumida.

Aunque puntualmente se nombran los ya consabidos motivos ambientales como agentes explicativos: *“tenemos transporte, ordenadores... la gente no camina...”* (médico nutricionista), el origen del problema se traslada fácilmente hacia las conductas individuales y, en particular, a lo que se consideran estilos de vida inadecuados, como si éstos no dependieran, a su vez, de factores estructurales: *“el obeso es una persona que consume el máximo y gasta lo mínimo”* (endocrinólogo). Efectivamente, se cree que la principal causa de la obesidad es la ingesta excesiva de alimentos pocos saludables. A un exceso de grasa, le corresponde un exceso de comida. Los jóvenes, según buena parte de los clínicos, no saben o, sobre todo, no quieren comer correctamente. Les falta disciplina familiar y voluntad personal: *“los hábitos alimentarios adquiridos en casa son muy importantes, si no se los educa desde pequeño y se les consiente todo lo que les gusta... Ellos tiran por lo cómodo, por lo que el paladar acepta mejor, que son los azúcares, las grasas... Si en la familia no hay autoridad para decir basta, ellos comen lo que quieren...”* (endocrinólogo). Para los médicos, entonces, los jóvenes obesos son hijos de la sociedad de la abundancia y del *fast-food*, pero sobre todo de una época donde, tal como la conciben, faltan límites y sobran complacencias paternas: *“muchos padres vienen excusándose, que si lo han intentado todo, que no hay manera de hacer que los hijos coman verdura o pescado... Pues si los padres no se imponen, nosotros, ¿qué vamos a hacer?”* (médico de familia). Este énfasis en lo individual favorece, por un lado, la inculpación de padres e hijos por su incapacidad de actuar de forma racional y, en consecuencia, legitima su intervención sanitaria: *“si no saben comer, habrá que enseñarles”* (dietista).

Asumir que la obesidad es una enfermedad obliga a los médicos a intervenir y a los pacientes a seguir un tratamiento. Aunque la intervención médica puede incluir fármacos y cirugía, el tratamiento más común para bajar de peso consiste en la prescripción dietaria. Si el problema se deriva del desequilibrio entre calorías consumidas y gastadas, hacer dieta parece la solución más lógica para corregirlo. La rehabilitación nutricional es un eje central alrededor del cual giran los tratamientos contra la obesidad. Su objetivo es, en todos los casos, promover que los pacientes alcancen y mantengan su peso normal y adop-

ten hábitos alimentarios saludables. En el mismo sentido, dicha rehabilitación es vista por los médicos como un elemento indispensable para asegurar que los pacientes superen su enfermedad, tanto desde un punto de vista físico, como psicológico y social. Ellos consideran que la dieta debe seguirse durante meses o años, si es necesario, ya que proporciona a los enfermos seguridad, pone orden en sus vidas y les ayuda a combatir su obsesión por la comida y el peso: *“Lo que hacemos es educación, dieta, ejercicio... introducimos fármacos si conviene, o valoramos la cirugía bariátrica... [pero la solución] es una dieta sana, equilibrada y no [para hacerla] un mes ni dos, sino que es una cosa para toda la vida”* (endocrinóloga).

El establecimiento de la dieta óptima y la regulación del peso como principal herramienta terapéutica apelan a la adquisición individual de una competencia nutricional. Se trata de un doble proceso, de medicalización y de moralización, según el cual hay que cambiar los malos hábitos alimentarios de la población juvenil y transformarlos en un nuevo conjunto de prácticas conformes a las reglas científicas de la nutrición, más racionales: *“no solo se ha de comer bien por motivos de salud, uno se siente mejor, más en forma, si come correctamente”* (dietista). Desde esta lógica, el sobrepeso ya es percibido como la antesala de la obesidad y las personas con unos kilos de más como preenfros: *“probablemente un exceso de grasa que no provoca, demostrablemente, problemas físicos es un estado prepatológico”* (médico nutricionista). Esta idea del *continuum* en la ganancia de peso a lo largo del ciclo vital como inevitable y, por tanto, de la mudanza del sobrepeso a la obesidad es comúnmente referida: *“está clarísimo que el sobrepeso, si no te cuidas, es un preámbulo... un sobrepeso a los 20 años en la edad adulta probablemente sea una obesidad de grado I”* (pediatra). El fin de introducir una rutina dietética parte de la creencia de que los pacientes tienen hábitos alimentarios desestructurados, basados en atracones o dietas restrictivas autoimpuestas que no tienen ningún fundamento racional. El objetivo final es inculcarles hábitos saludables a través de la denominada dieta óptima, la cual es administrada como si de una medicina se tratara: *“Intentamos incidir en modificar el patrón de actividad física y el hábito alimentario. Pero la predisposición a la obesidad la tendrá siempre, la dieta es como su medicina”* (pediatra). Se trata de una comida-medicina que, sin embargo, se prescribe sin tener en cuenta los constreñimientos sociales y económicos de los pacientes, los cuales pueden estar determinando, por múltiples razones, la propia viabilidad de la prescripción.

Si los hábitos inadecuados han llevado al paciente a la gordura, del mismo modo el fracaso del tratamiento se atribuye a su actitud y al incumplimiento de las indicaciones recibidas. Esta consideración permite al clínico eliminar su responsabilidad en el malogro de la intervención terapéutica: *“la obesidad es una batalla. Se entiende que tengan dificultad... pero las dietas están aquí para hacerlas... la gente no es consciente, la fuerza de voluntad es una cosa que se ha perdido”* (endocrinóloga). La incapacidad de seguir las recomendaciones o de hacer caso es vista por todos los especialistas como aquello que hace fracasar un tratamiento. De hecho, el obeso es un paciente desobediente: *“El problema que tienen es que no son capaces de cumplir las recomendaciones, no tienen voluntad... El éxito terapéutico es muy bajo. [La endocrinología] es una especialidad muy poco agradecida... y, además, la mayoría de la gente que viene a la consulta no está nada dispuesta a mejorar o a esforzarse por me-*

jorar" (endocrinólogo). Ningún médico se ha planteado que el resultado adverso provenga de su intervención, en el sentido de que la prescripción dietaria puede no ser la mejor –o la única– solución para determinados pacientes o tipos de obesidad: "Un fracaso en el tratamiento siempre es cuando se indica un tratamiento y no funciona. Si el paciente 'no quiere' iniciar el tratamiento, como seguir la dieta, eso ¿es un fracaso del tratamiento o una falta de conciencia?" (pediatra). Son los pacientes quienes, por falta de predisposición o conciencia, dificultan la resolución de su enfermedad y acaban cuestionando, así, la función terapéutica del especialista.

La incriminación social y médica a la que hoy se someten las grasas y los gordos es compartida por la mayoría de los jóvenes entrevistados quienes, en general, apenas se ven aliviados por el hecho de que la obesidad se haya convertido en una enfermedad: "pese a haber sido siempre obeso, jamás me he acostumbrado a esta condición. Es difícil tolerar los comentarios sociales, es difícil soportar los comentarios de mis padres y de mi esposa, es difícil hacer entender a los demás que la obesidad es un problema médico y no sólo un problema de la personalidad" (Sila, 31 años). No constituye un medio para su exculpación porque tampoco los profesionales de la salud consideran que las personas con sobrepeso sean simples víctimas de una sociedad consumista y permisiva. Al contrario, el énfasis biomédico puesto en que el origen de la enfermedad depende de la capacidad de normativizar el comportamiento alimentario (el proceso de nutridietización señalado por Navas) constituye el argumento más usado por los jóvenes para inculparse por estar gordos.

Las dificultades vividas por tener un cuerpo alejado de los estándares médicos y sociales, muestran que la gordura deviene una barrera en las relaciones interpersonales y, a la vez, es una puerta de acceso a la estigmatización y los tratos discriminatorios, pudiéndose convertir en una importante fuente de insatisfacción y aislamiento. Goffman entiende la estigmatización como un proceso que tiende a desacreditar a una persona en tanto que es calificada como no normal o desviada. Esta desacreditación, que se produce como una interacción, proviene de aquellas personas que, por el contrario, se consideran normales. Durante la construcción del estigma, aparecen formas particulares de discriminación y exclusión social. La persona afectada, según Goffman, asiste a un fenómeno de reducción: el atributo que lo estigmatiza deviene central. El resto de los atributos aparecen secundarios. Los estigmatizados permanecen cerrados en un círculo vicioso, ya que a menudo acaban aceptando como normales los juicios negativos hechos por los otros. En el caso de las personas obesas, esta aceptación contribuye a su propia desvalorización y aislamiento social, pero especialmente a considerar legítimos los tratos discriminatorios.

Es así como el proceso de estigmatización transforma las víctimas en culpables: "mis hobbies son la televisión, jugar a la play o al ordenador... suelo pasar seis horas diarias en esta habitación. En general sí que tengo remordimientos... cuando estoy en medio de un juego pienso que tendría que estar caminando" (Carles, 15 años). El abandono o el descuido personal motivado por dificultades particulares también se expresan como causa del aumento de peso. Dicho abandono se entiende como un estado derivado sólo de su comportamiento y es utilizado también como argumento inculpatario: "te vas dejando, vas engordando... Sí, la culpa es nuestra. Yo me engordé veintidós kilos con el embarazo... después, al separarme,

tuve una depresión muy grande y aumenté de peso... No tenía ganas de nada. ¿Qué hacía? ¡Pues comer! Claro que es culpa nuestra". (Irene, 35 años). La persona obesa, incorporando estos juicios, se asume como un sujeto capaz de controlarse y seguir las normas: "tienes un sentimiento de culpa, de impotencia, de rabia contigo misma y a la vez de vergüenza" (Laura, 34 años). La vergüenza es recurrente porque, en cierto modo, se sienten como pecadores incapaces de no caer en la tentación de comer: "la obesidad es fruto de no haber hecho el esfuerzo o de haberme descuidado" (Pau, 32 años), y como personas débiles por dejarse llevar fácilmente por los demás: "siempre me he criado igual, picoteando, porque mi madre ya lo hacía y, por tanto, yo también" (Mercè, 23 años); "lo mío es genético, pero luego están los malos hábitos alimentarios... Yo llegué a pesar 160 kilos, eso no es genética..." (Celia, 28 años).

Hay algunos jóvenes que disienten con la etiqueta utilizada por los clínicos al considerarlos grandes comedores o sujetos pasivos, y subrayan que existen otras razones no conductuales que explican su ganancia de peso al margen de su voluntad: "hay gente que con lo que come podría estar supergorda y está muy delgada. Yo misma, no como mucho, más bien como poco" (Silvia, 15 años). Sin embargo, la resignificación de la gordura como enfermedad debida al exceso es tan contundente que apenas deja espacio para replicarla. Incluso en aquellos casos en los que la biología es la principal causa o se practican estilos de vida saludables, la duda sobre el autocontrol del paciente se impone: "se piensan que no sabes cuidarte, que no sabes comer... Que el problema eres tú porque comes demasiado, picas entre horas... Y esto es mentira. A mí, el estrés me engorda. Si tienes algún problema de tiroides, como yo, todo lo que coma me engorda el doble... De esto nadie se da cuenta. Voy en bicicleta, camino por la calle, hago natación... y me cuesta muchísimo perder algo de peso... Todos me ven como una gorda más..." (Yvonne, 33 años).

Esta desconsideración de la heterogeneidad causal y las experiencias controvertidas de los pacientes convierten a la comunidad médica en otro agente estigmatizador y en una coartada más para el lipofobismo. El lenguaje nunca es neutral y el reconocimiento de la obesidad como problema sanitario se ha acompañado de significados ambiguos. Allué destaca la transcendencia de utilizar unas palabras y no otras en contextos de discapacidad y diferencia. Pero, ¿cuáles se han de evitar en el abordaje de la obesidad? Apenas hay margen. El adjetivo obeso comparte las mismas connotaciones negativas que gordo, porque ambos se han construido en mutua dependencia, compartiendo imaginarios culturales sobre lo que es bueno o malo en relación con el cuerpo y la comida. Aunque los obesos son un grupo minoritario de personas con sobrepeso, hoy por hoy, el discurso de los profesionales sanitarios no discrimina entre los diversos grados de sobrepeso y obesidad y, en consecuencia, entre los mayores o menores efectos del peso en la salud. Ambos términos están más cerca del insulto burlón que de la enfermedad, de manera que el atributo físico de ser gordo u obeso adquiere relevancia hasta eclipsar el resto de atributos personales: son sinécdoques recurrentes. Charo (15 años) habla de las cosas que le dicen: "no sé, te llaman gordo...". A gordo, obeso, se añaden vaca, foca, ballena, mastodonte, Moby Dick; todos estos calificativos han sido escuchados por los jóvenes recurrentemente, penalizándolos en su vida cotidiana al compás

que aumenta su corpulencia. Se han burlado de ellos, han tenido pocos amigos, han salido menos a divertirse. Los pacientes explican que ni siquiera los eufemismos usados por los profesionales de la salud durante el tratamiento los alivian. Los términos para describir sus cuerpos que suavizan la contundencia de las palabras y evitan el estigma, grueso, fuertote, constitución corpulenta, sobrepeso, grande, reafirman, irremediamente, los significados negativos tejidos en torno de la obesidad. *"...Tengo treinta años y hace casi veinte que soy "doble", obesa, gorda, como quieras decirlo, ¡soy gorda, soy una gorda obesa!"* (Celia, 28 años).

Discusión

Vistas algunas de las consecuencias de problematizar las prácticas corporales y alimentarias, conviene relativizar sobre la universalidad o la particularidad atribuidas a ciertas categorías y síntomas. Es el caso, por ejemplo, de asociar inexorablemente la gordura con la enfermedad. En este texto hemos insistido en que las concepciones biomédicas no pueden entenderse con independencia del contexto histórico-cultural en que se producen. En las denominadas sociedades de la abundancia, el proceso de medicalización que ha llevado a establecer los actuales patrones de normalidad dietaria y corporal ha coincidido con el incremento de las definiciones de patologías alimentarias. Si la anorexia y la bulimia nerviosa aparecieron como enfermedades mentales cuando la medicina y la psiquiatría se esforzaron por definir clínicamente los síntomas individuales de dejar de comer o del temor a engordar y de crear, sobre esa base, nuevas categorías nosológicas, algo semejante ha ocurrido con la obesidad.

La creencia de que su origen responde, principalmente, a un balance energético positivo entre calorías consumidas y gastadas ha contribuido a legitimar la imagen de que las personas obesas son grandes comedoras y de que la gordura es un problema principalmente conductual relacionado con comer en exceso, tener un apetito desmesurado y ser pasivo. En el caso de la obesidad juvenil, a esta concepción se añade la consideración de que las elecciones alimentarias de los jóvenes están condicionadas por gustos y preferencias que, alentadas por un entorno consumista y permisivo, se alejan de los criterios racionales que han de guiar las prácticas convenientes para la salud. La gordura identifica a la sociedad de la abundancia y representa, metafóricamente, algunos de los males de la modernidad. Considerando que la profusión de comida basura y el sedentarismo son los que engordan e inmovilizan a los jóvenes hasta enfermarlos,

se han propuesto medidas para atajarla que, sin embargo, no afectan a los factores estructurales causales. Al contrario, dichas medidas se han centrado en la proliferación de mensajes antiobesidad y en la apelación a los cambios conductuales y a la responsabilidad individual, concibiendo así la obesidad como una enfermedad que puede y debe evitarse.

La etnografía muestra que la mirada intransigente hacia la obesidad deviene una reprobación de todo el entramado social. En la legitimación de las incriminaciones que reciben las personas gordas por su peso corporal y en la encarnación del estigma influyen las industrias de la moda, la cosmética o el *body building*, que se recrean en la promoción de la delgadez corporal, pero también el discurso biomédico cuando asocia la obesidad a malas prácticas alimentarias y actividad física. Todos los agentes han convertido el cuerpo sin grasas, lipofóbico, en sinónimo de salud, disciplina y belleza, mientras que la gordura representa todo lo contrario. En la actualidad, desde que nacen, y por tanto desde la infancia, los cuerpos devienen objetivos sobre los que se incentiva el individualismo y el autocontrol, y la biomedicina ha contribuido a ello de forma particular. Aunque el discurso de los profesionales apunta una casuística corporal muy elevada entre los jóvenes diagnosticados, que hace suponer que la acumulación de grasa se produce por diversos motivos (biológicos, sociales, psicológicos), en la práctica apenas se interroga por el índice de masa corporal y sobre qué y cuánto se come. Ese es el hecho: los jóvenes gordos se alejan del cuerpo aceptable y deseable encarnando estreñimientos personales que hacen a cada uno responsable-culpable de su peso. Así lo perciben desde sus más tempranas experiencias corporales, cuando desde niños aprenden que ser gordo constituye un atributo negativo incorporado por ellos mismos. El alejamiento del cuerpo normal se percibe como un acto que transita entre el capricho y la voluntariedad; de ahí que el progresivo reconocimiento de la obesidad como enfermedad y de los obesos como enfermos por parte de la biomedicina no haya servido para exonerarlos.

En los jóvenes pacientes está el origen y la solución del problema. Por eso, estar gordo es vivido, a la vez, como pecado y castigo, ya que representa tanto la trasgresión normativa de las prescripciones biomédicas y sociales como la sanción que causa su dolor físico y moral. Envueltos por un entorno que practica sin piedad el lipofobismo, los jóvenes gordos acaban aceptando las evaluaciones negativas de los otros, desconsiderándose a sí mismos y asumiendo, no sin incomodidad ni vergüenza, el *mea culpa*.

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

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Notas de la autora:

a. Este texto recoge parte de los resultados de los estudios etnográficos *Jovesgrassos, pobres joves? Formes de discriminació i resistència a l'entorn de l'obesitat* (AJOVES 2008 00017) y *La emergencia de las sociedades obesogénicas o la obesidad como problema social* (CSO2009-07683) llevados a cabo en España entre 2008 y 2012. El trabajo realizado en Cataluña incluyó tres niveles de análisis complementarios: a) revisión bibliográfica de literatura socioantropológica y epidemiológica sobre obesidad, b) recopilación y síntesis de fuentes documentales sobre nutrición y recomendaciones dietéticas de ámbito estatal y regional, y c) trabajo de campo etnográfico en la red sanitaria pública (tres hospitales y tres centros de asistencia primaria) y en bitácoras digitales. Se entrevistó a 25 jóvenes de 15 a 30 años y a cinco adultos de entre 30 y 35 años diagnosticados y tratados de sobrepeso y obesidad. Del mismo modo, participaron diez profesionales de la salud de distintos perfiles (médicos de familia, endocrinólogos, enfermeras y dietistas) y, en internet, fueron analizadas diez discursos de *bloggers* que se definían como obesos. Las técnicas de análisis aplicadas fueron la entrevista en profundidad, el relato biográfico y los grupos focales y el análisis del discurso para los *blogs* de internet.

b. Algunas ideas aquí recogidas sobre la concepción médica de la obesidad se han abordado más ampliamente en Gracia-Arnaiz (2011).

Cómo citar este artículo

Gracia Arnaiz M. De la lipofobia al lipofobismo: imágenes y experiencias en torno de la gordura. *Epidemiología y Salud* 2(2):29-35, Nov 2014.

How to cite this article

Gracia Arnaiz M. From lipophobia to lipophobism: images and experiences in obesity. *Epidemiología y Salud* 2(2):29-35, Nov 2014.

Autoevaluación del artículo

No se pueden comprender algunas de las representaciones contemporáneas de la gordura sin ubicarla en los contextos que la dotan de sentido. Los modelos corporales se han relacionado con maneras de comer específicas, pero adquirieron significados contradictorios según el lugar y el momento histórico.

¿Cuál de estos aspectos se destaca en relación con el hábito de comer, más allá del aporte nutricional?

A, El acto de comer es también un medio de comunicación o identificación; B, El hábito de comer no se asocia con repercusiones sociales; C, El patrón relacionado con el acto de comer es semejante en distintas culturas; D, Todas son correctas; E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/129100

Bibliografía sugerida

Apfeldorfer G. De manque de capital-minceur en faute esthétique, le corps de l'obèse est une honte. Csergo J. (coord.). *Trop gros? L'obésité et ses représentations*. Éditions Autrement, Paris, 254, pp. 136-149, 2009.

Ascher F. *Le mangeur hypermoderne*. Odile Jacob, Paris, 2005.

Basdevant A. But et abus de la définition médicale contemporaine. In Csergo J. (coord.). *Trop gros? L'obésité et ses représentations*. Éditions Autrement, Paris, 254, pp. 112-122, 2009.

Brumberg J. *Fasting girls: the emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge, Harvard University Press, 1988.

Cahnman WJ. The stigma of obesity. *Sociology of Quarterly* 9(3):283-289, 1968.

Contreras J. La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Form Contin Nutr Obes* 5(6):275-86, 2002.

Csergo J. Quand l'obésité des gourmands devienne une maladie de civilisation. Le discours médical 1850-1930. In Csergo J. (coord.), *Trop gros? L'obésité et ses représentations*. Éditions Autrement, Paris, 254, pp. 14-29, 2009.

De Garine I, Pollock N. (eds.) *Social aspects of obesity*. Gordon and Breach Publishers, Luxembourg, 1995.

Elias N. *El proceso de la civilización*. Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1989.

Fieldhouse P. *Food & nutrition: customs and culture*.

Chapman & Hall, Londres, 1996.

Fischler C. *El (H) Omnívoro*. Anagrama, Barcelona, 1995.

Goffman E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires, 2003.

Gracia M, Comelles JM. No comerás. Editorial Icaria, Barcelona, 2007.

Gracia M. ¿Los trastornos alimentarios como trastornos culturales?: la construcción social de la anorexia nerviosa, en Gracia M. (coord.): *Somos lo que comemos*. Ariel, Madrid, 2002.

Gracia M. Comer bien, comer mal: la medicalización de la alimentación. *Salud Pública de México* 49(3):236-242, 2007.

Gracia-Arnaiz M. (dir.) *Pobres joves grassos. Obesitat i itineraris juvenils a Catalunya*. Tarragona: Publicacions URV. Col. *Antropologia Mèdica*, nº 9, 2012.

Gracia-Arnaiz M. *Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity*. *Appetite* 55(2):219-225, 2010.

Gracia-Arnaiz M. La medicalización de la obesidad. *Concepciones y experiencias sobre la gordura en jóvenes con exceso de peso*. *Zainak* 34:225-241.

Gracia-Arnaiz M. Learning to eat: The establishment of dietetic normality on eating disorders food, culture and society. *An International Journal of Multidisciplinary Research* 12(2):191-216, 2009.

Gracia-Arnaiz M. Obesity as a social problem: thoughts about its chronic, pandemic and multi-factorial character. In: Fainzang S, Hem HE, Risor MB.

(eds.) *The taste for knowledge: Medical anthropology facing medical realities*. Aarhus University Press, Aarhus, pp. 183-198, 2010.

Hepworth J. *The social construction of anorexia nervosa*. Sage Publications, Londres, 1999.

Heshka S, Allison DB. Is obesity a disease? *International Journal of Obesity* 25:1401-1404, 2001.

Mintz S. *Sabor a comida, sabor a libertad*. Ediciones Reina Roja, México, 2003.

Navas J. La educación nutricional en el contexto familiar y sociocultural. *Revista Española de Nutrición Comunitaria* 14(1):22-28, 2008.

Pollock N. El sàpats i la sevadimensió social (exemples del Sud del Pacífic). *Revista d'Etnologia de Catalunya* 17:40-47, 2010.

Poulain JP. *Sociologie de l'obésité*. Presses Universitaires de Paris, Paris, 2009.

Rubio A. Problemas éticos y jurídicos de la anorexia. *Revista de Estudios de Juventud* 47:77-84, 1999.

Shilling C. *The body and social theory*. Sage Publications, Londres, 1993.

Sobal J. The medicalization and demedicalization of obesity. In: Maurer D, Sobal J. (eds.) *Eating agendas. Food and nutrition as social problems*. Aldine de Gruyter, Nueva York, 1995.

Tibère L, et al. Adolescents obèses face à la stigmatisation. *Obès* 2:173-181, 2007.

Vigarello G. L'obésité et l'épreuve du moi. Csergo, J. (coord.) *Trop gros? L'obésité et ses représentations*. Éditions Autrement, Paris, 254, pp. 123-135, 2009.

Curriculum Vitae abreviado de la autora

Mabel Gracia Arnaiz. Doctora en Antropología Social, Universitat de Barcelona, Barcelona, España, 1994. Profesora Titular, Universitat Rovira i Virgili (URV), Tarragona, España. Línea de investigación: Antropología de la alimentación y antropología médica. Directora de Programa del Grado de Antropología y Evolución Humana. Miembro de la comisión ejecutiva de Medical Anthropology Research Center (MARC). Línea de investigación: Antropología de la alimentación y antropología médica.

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.

Vigilancia epidemiológica de las hepatitis virales en la Argentina: función y resultados de las Unidades Centinela

Epidemiological surveillance of viral hepatitis in Argentina: role and outcomes of the Sentinel Units

Sara Noemí Vladimírsky

Bioquímica, Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales, INEI-ANLIS, C. G. Malbrán, Ciudad de 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.

Las hepatitis virales (HV) son un problema de salud pública a nivel mundial, tal como fue plasmado en la Resolución de la Organización Mundial de la Salud EB 126/R16, del año 2010, la cual, entre otros puntos, insta a todos los Estados miembros a que implementen sistemas de vigilancia epidemiológica de las HV, o a que mejoren los existentes, con el fin de obtener información fiable para orientar las medidas de prevención y control.

En la Argentina, las HV están sometidas a estrategias de vigilancia desde la implementación de la Ley de Notificaciones Médicas Obligatorias (Ley 15.465/1960). Actualmente, son vigiladas por medio de cuatro módulos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS):

Sus características distintivas son:

- Módulo de enfermedades de notificación obligatoria basado en consultas; planilla C2: tiene carácter universal, con denominador poblacional. Utiliza como fuente de información las planillas diarias de consultas, las planillas diarias de los Servicios de Guardia o Emergencia y las de ingresos y egresos de internados. Le otorga sensibilidad y oportunidad al sistema.

- Módulo de Vigilancia Laboratorial, SiViLa, basado en resultados de laboratorio; planilla L2: responde a una vigilancia complementaria a la vigilancia clínica. Provee especificidad mediante el aporte del diagnóstico específico.

- Módulo de Vigilancia Especializada: concebido para recoger información de enfermedades bajo programas nacionales. Cabe a este módulo, aún en desarrollo, la recopilación que realiza el Plan Nacional de Sangre del tamizaje de marcadores para hepatitis B y C de la sangre a transfundir.

- Módulo de Vigilancia Centinela (vigilancia intensificada): recoge información de eventos seleccionados para ser vigilados por esta estrategia, lo cual le permite determinar tendencias, focalizar actividades de vigilancia y sugerir intervenciones preventivas. La información obtenida mediante esta estrategia permite caracterizar el evento en estudio, aunque no se puede conocer su incidencia ni prevalencia al no contar con una base poblacional.

Las Unidades Centinela (UC) para HV fueron implementadas en 1992, en el marco de un Proyecto de Programa Nacional de Control para HV, planteado desde el Laboratorio Nacional de Referencia para HV. Desde la implementación del Programa VIGIA, en 2001, la estructura existente ha sido reconocida e incorporada al Sistema de Vigilancia por UC, promovido por dicho programa, modificándose cualitativamente y cuantitativamente. Entre estas modificaciones, se diseñó un programa informático basado en Internet, para el registro de los casos de HV atendidos en las UC.

Actualmente, están activas 26 UC en 17 jurisdicciones. Con distinto grado de compromiso con el cumplimiento de los objetivos de la estrategia, las UC generan información útil en forma continua, que es difundida en congresos, publicaciones en la bibliografía científica e informes anuales disponibles en Internet (www.hepatitisviral.com.ar).

A continuación, se destacan algunos hallazgos globales que resultan de la información obtenida por las UC en diferentes momentos y comunicados en las fuentes que se indican en la bibliografía.

Tipo de hepatitis, edad, sexo y factores de riesgo para la transmisión

Sobre 1 769 registros de casos en el período 2007-2010. El 46% fueron casos de hepatitis B (59% agudas), el 47% lo fueron de hepatitis C (99% crónicas) y el resto fueron hepatitis A, hepatitis sin identificar e infecciones mixtas de hepatitis B y hepatitis C. Esta distribución es heterogénea entre las distintas UC.

Tanto para la hepatitis B como para la hepatitis C se observó un predominio de pacientes de sexo masculino, con distribución heterogénea entre las distintas UC.

La distribución etaria es homogénea entre las UC: la mayoría de los casos de hepatitis B aguda ocurrieron en la franja de 25 a 34 años. La distribución etaria de la hepatitis B crónica fue amplia, con la mayor parte de los pacientes concentrados entre los 25 y los 64 años. La mayoría de los casos de hepatitis C crónica tuvieron lugar en la franja de 45 a 64 años.

Para la hepatitis B, se observó un predominio del informe de la conducta sexual como factor de riesgo, mientras que en la hepatitis C se verificó un predominio de factores de riesgo asociados con drogadependencia por vía intravenosa (predominante en quienes pertenecen a la cohorte de los nacidos después de 1966), transfusión y cirugía (principalmente entre quienes nacieron antes de 1966).

Genotipos de hepatitis C

Sobre 271 genotipos registrados entre los años 2007 y 2011. Se observó un predominio del genotipo 1 (65%), mientras que el genotipo 2 representa el 22 % de los casos registrados. Estos resultados están en consonancia con otros informes elaborados en nuestro país. En la UC de la ciudad de Córdoba, la relación genotipo 2/genotipo 1 es más alta que en el resto de las UC: 42% de genotipo 2, 46% genotipo 1.

Coinfección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en casos de hepatitis B y C

Sobre 1992 registros de casos en el período 2007-2011. Se observó una prevalencia de VIH entre los casos de hepatitis B aguda del 2.8%, en los de hepatitis B crónica B del 7.1%, en los de hepatitis C crónica del 8.6 % y de 48% en las infecciones mixtas B y C. Las UC constituyen la única fuente en nuestro país de prevalencia de coinfección expresada, considerando como denominador a las HV.

Prevalencia de antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) en las embarazadas

Entre los años 2001 y 2010, sobre 243 001 embarazadas tamizadas para HBsAg en los hospitales donde

se asientan las UC, se detectaron 312 mujeres positivas (0.13%). Esta prevalencia es heterogénea entre las distintas UC, lo que refleja realidades epidemiológicas diferentes. Este dato representa una evidencia suficiente para recomendar el tamizaje universal de la embarazada, en forma complementaria a la vacunación del recién nacido.

Vigilancia mediante UC

En cuanto a las estrategias de vigilancia epidemiológica de las hepatitis B y C, según lo descrito en la bibliografía internacional, presentan dos grandes problemas: subdetección, que se origina en la naturaleza silente y asintomática de estas infecciones, y subinforme, que surge a partir de las dificultades para implementar infraestructuras adecuadas para la vigilancia, por razones políticas, económicas o desinterés.

Estas dos situaciones son extrapolables a la vigilancia de las HV en la Argentina. Para mitigar ambas, es posible llevar adelante diversas acciones que requieren el compromiso activo de todos los actores involucrados en los distintos estamentos del sistema de salud: autoridades de todos los niveles y personal de salud involucrado en el diagnóstico de HV.

Si usted está involucrado en alguna de las etapas de la atención de pacientes con HV, debe saber que dichos pacientes deben estar registrados en los sistemas de notificación. Por ello, lo invitamos a analizar si esto ha ocurrido en su lugar de trabajo.

La estrategia de vigilancia por UC ha contribuido históricamente a demostrar el subinforme al módulo C2, mediante la comparación del número de casos estudiados en UC con los registrados en el C2. Además, por su papel referencial en las jurisdicciones donde están asentadas, contribuyen a mitigar la subdetección, entre otras razones por ser unidades de derivación de pacientes con riesgo incrementado para estas enfermedades.

En el año 2012 se implementó en nuestro país el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales. Desde el punto de vista administrativo, está organizado como parte del Programa Nacional de SIDA y ETS del Ministerio de Salud. Este programa de control ha venido a responder al histórico reclamo de quienes formamos el Laboratorio Nacional de Referencia para HV, de las UC para HV y de otros sectores vinculados con el diagnóstico y el tratamiento de las HV en nuestro país y, principalmente, hacerse eco de las necesidades de los individuos infectados.

Será, sin duda, una herramienta fundamental para contribuir al control de esta afección. Seguramente, las UC contribuirán al cumplimiento de sus objetivos.

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Cómo citar este artículo

Vladimírsky SN. Vigilancia epidemiológica de las hepatitis virales en la Argentina: función y resultados de las Unidades Centinela. *Epidemiología y Salud* 2(2):36-7, Nov 2014.

How to cite this article

Vladimírsky SN. Epidemiological surveillance of viral hepatitis in Argentina: role and outcomes of the Sentinel Units. *Epidemiología y Salud* 2(2):36-7 Nov 2014.

Bibliografía sugerida

González J. Informes de Epidemiología N° 1 al 10. Disponible en: www.hepatitisviral.com.ar/ppnhv.htm.
Vladimírsky SN, Antman J, Componentes de las UC para Hepatitis Virales, Munné MS, Otegui LO, Altabert NR, Brajterman LS, Soto SS, González JE. Análisis de registros y notificaciones de pacientes con Hepatitis C en dos módulos del sistema Nacional de Vigilancia de la salud: Unidades Centinela y C2: período 2007-2011. *Acta Gastroenterol Latinoam* 43(S1):P07, 2013.
Vladimírsky SN, Munné MS, Otegui LO, Altabert NR, Soto SS, Brajterman LS, Echenique H, Gonzalez JE, Unidades Centinela para Hepatitis Virales. Vigilan-

cia de Hepatitis Virales en Argentina: Análisis de información obtenida por las Unidades Centinela 2007-2010. *Acta Gastroenterol Latinoam* 43:22-30, 2013.
Vladimírsky SN, Munné MS, Soto SS, Otegui LO, Brajterman LS, Altabert NR, González JE. Frecuencia de genotipos del virus de Hepatitis C registrados en las Unidades Centinela para Hepatitis Virales, período 2007-2011. *Acta Gastroenterol Latinoam* 43(S1):P42, 2013.
Vladimírsky SN, Soto SS, Munné MS, Otegui LO, Altabert NR, Brajterman LS, del Mónaco R. Coinfección HIV en Hepatitis B y Hepatitis C y triples infecciones: Información obtenida por las Unidades Centinela para Hepatitis Virales 2007-2011. *Acta Gastroenterol Latinoam* 43(S1):RP-13, 2013.

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.

Incidencia de los efectos adversos de las estatinas

Incidence of statins-related adverse effects

“Según la percepción de los autores, los efectos adversos producidos por las estatinas, informados por los pacientes, alcanzan niveles superiores a los publicados. Se decidió averiguar la incidencia en nuestro medio y tratar de aportar algunas observaciones importantes. Un alto porcentaje de pacientes deciden abandonar la medicación, valiosa para el tratamiento de distintos tipos de dislipidemias y problemas cardiovasculares, sin consultar a su médico, debido a las molestias musculares, en algunos casos realmente serias.”

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a

Mónica Paula Spalvieri

Bioquímica, Circulo Bioquímico, Distrito III de FABA, Morón, 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.

Morón, Argentina (especial para SIIC)

SIIC: Las estatinas son un grupo de fármacos ampliamente difundidos para la terapia de las dislipidemias. ¿Cuáles son los efectos adversos leves más frecuentes?

MPS: Son relativamente comunes los efectos adversos leves, que corresponden a manifestaciones musculares, que varían desde mialgias (dolor muscular sin elevación de los niveles de creatina quinasa [CK]), hasta miositis (dolor e inflamación muscular con aumento de los valores de CK). El segundo efecto adverso de mayor prevalencia corresponde a la elevación de las transaminasas, en especial la alanina aminotransferasa (ALT). Estas complicaciones pueden suceder poco después de iniciar el tratamiento o se pueden producir muchos meses más tarde.

Sin dudas, el efecto adverso grave más reconocido es la rabdomiólisis. ¿Cuáles son las características de esta complicación y sus repercusiones sobre la función renal?

Los efectos adversos graves en el tratamiento con estatinas son poco frecuentes. La rabdomiólisis es el de menor frecuencia y el más perjudicial, con un cuadro caracterizado por dolor muscular grave acompañado con valores de CK que superan en más de diez veces el límite de referencia superior, mioglobinuria e insuficiencia renal. Las rabdomiólisis asociadas con estatinas causan injurias del músculo esquelético. La mioglobina tiene un efecto tóxico sobre la célula epitelial del túbulo renal y también promueve depósitos intratubulares, produciendo hipovolemia y acidosis. La mioglobina inhibe la producción de óxido nítrico, disparando de este modo la vasoconstricción y la isquemia del riñón, lo que lleva a un daño renal irreversible y fatal.

De acuerdo con la información disponible, ¿existen grupos de pacientes con mayor predisposición a las miopatías asociadas con el uso de estatinas?

Las miopatías son más frecuentes en personas con problemas clínicos complejos y en quienes reciben múltiples medicaciones, ya que las estatinas presentan interacciones medicamentosas con fármacos metabolizados por la misma vía del sistema enzimático citocromo P450, como ser: aspirina, antiácidos, antihistamínicos, antibióticos como la eritromicina, etc. Por este motivo, también debe controlarse muy bien su administración en personas que hayan superado los 70 años, en quienes se encuentran disminuidos los procesos de absorción, distribución y eliminación de fármacos en comparación con un paciente más joven.

Se ha visto también que los valores de CK suelen elevarse, con mayor frecuencia, en personas que realizan un ejercicio físico intenso durante la administración de estatinas.

Las estatinas parecen actuar como antagonistas de la producción de farnesil pirofosfato. ¿Qué mecanismos podrían vincular este efecto con la inducción de miopatía?

Los mecanismos fisiopatológicos por lo cuales inducen miopatía se desconocen. Las estatinas no sólo disminuyen la formación de colesterol, sino también de isoprenoides, bloqueando la producción de farnesil pirofosfato (intermediario en la síntesis de ubiquinona o coenzima Q10 [CoQ10]). Este hecho, además del papel de la CoQ10 en la producción de energía mitocondrial, ha llevado a la hipótesis de que las estatinas estarían involucradas en la patogénesis de la miopatía debido a la deficiencia de CoQ10. Una teoría sostiene que el bloqueo de la síntesis de colesterol por parte de las estatinas reduce el contenido de colesterol de las membranas celulares del músculo esquelético haciéndolas inestables.

¿Cuáles fueron los objetivos y la metodología del trabajo realizado por su equipo?

El objetivo del presente trabajo se centró en establecer la incidencia de los efectos adversos producidos por las estatinas utilizadas en pacientes dislipidémicos, principalmente miositis; determinar cuál es la relación de pacientes que comienzan el tratamiento sin conocer su valor inicial de CK; establecer el porcentaje de individuos que presentan una elevación de los valores de CK de más de diez ve-

ces el límite de referencia superior en forma asintomática; conocer cuáles son las estatinas más utilizadas en nuestro medio y cuál es la que presentaría mayor incidencia de efectos adversos.

Para la realización del presente trabajo se analizó una población cuya distribución geográfica fue tomada al azar, en el área de influencia del Círculo Bioquímico Distrito III de FABA, zona oeste del Gran Buenos Aires. Participaron cuatro laboratorios, los que debían interrogar a todos los pacientes que acudieron a dichos establecimientos entre los meses de febrero y julio de 2008, acerca del consumo de estatinas, sin tomar en cuenta el motivo por el cual se realizaban el análisis. De esta forma, se podría conocer el porcentaje de individuos bajo tratamiento con estatinas. En los casos en los cuales los pacientes recibían estatinas, se los interrogó acerca de cuándo habían iniciado el tratamiento, si habían tenido algún cambio de dosis o de estatina durante éste y si presentaban alguna sintomatología durante el tratamiento. Se registraron los valores de CK y ALT solicitados en el análisis y se buscaron los antecedentes en el caso de que existieran; se consignaron además, los datos de edad y sexo del paciente. Se trabajó con una única muestra de sangre obtenida en condiciones de ayuno de 8 a 12 horas. Los niveles de CK y ALT fueron determinados por métodos enzimáticos automatizados.

Según los resultados obtenidos, ¿cuáles eran las principales características clínicas y epidemiológicas del grupo de estudio?

Determinamos que un 5% de la población en estudio estaba medicado con estatinas para disminuir sus niveles de colesterol (pacientes hipertensos, dislipidémicos y diabéticos). Respecto de la distribución por edades, se dividió a la población en tres grupos, donde el mayor porcentaje correspondió a individuos mayores de 60 años. En relación con este grupo, es importante destacar que el 47% de los pacientes eran mayores de 70 años.

En el análisis de los datos, ¿resultó posible definir la proporción de alteraciones bioquímicas hepáticas o musculares en general y en determinados grupos de pacientes?

Se estableció el porcentaje de la población con efectos adversos, ya sea a nivel muscular o hepático. Un 23% de la población presentó en algún momento de la terapia efectos adversos, de los cuales un 11% correspondieron a manifestaciones musculares: miositis leves a moderadas, mialgias sin aumento en los valores de CK, y algunos pacientes se mantuvieron asintomáticos, en los cuales sólo se registró elevación de dicha enzima. Un 12% de los pacientes tratados con estatinas registraron efectos adversos a nivel hepático, con aumento de las transaminasas, principalmente de ALT (en ninguno de los casos el valor de transaminasas fue superior a tres veces al límite de referencia superior). De los 145 individuos que presentaron efectos adversos, 11 tuvieron ambas manifestaciones, musculares y hepáticas, en forma conjunta. Los promedios de CK y ALT hallados entre los varones fueron significativamente superiores a los verificados en las mujeres.

La mayor parte de los enfermos con niveles de CK por encima de 10 veces el máximo valor normal se encontraban asintomáticos. ¿A qué posibles causas podría atribuirse este hallazgo?

Se encontró un pequeño porcentaje de pacientes (0.2%) que mostró un incremento en los valores de CK de 10 ve-

ces por encima del valor de referencia superior, aun sin que presentaran síntomas. Se sospecha que podría deberse a una interacción de la estatina con otra droga, tal como fibratos, warfarina, macrólidos, digoxina, ciclosporina, azoles antifúngicos, etcétera.

Mediante la aplicación de comparación de promedios de a pares en un análisis post hoc, ¿se distinguieron diferencias entre las distintas estatinas en relación con los valores de las transaminasas hepáticas o de la CK?

Se analizó la existencia de alguna relación entre el sexo y los niveles promedio de CK y ALT. Los promedios de CK y ALT hallados entre los varones fueron significativamente superiores a los verificados en las mujeres. Asimismo, para controlar el efecto de la variable sexo, se analizaron discriminadamente los promedios de CK y ALT según el tipo de estatina indicado a los pacientes. En el análisis *post hoc* de comparación de promedios de a pares se observó que los valores promedio de ALT con lovastatina fueron significativamente mayores en comparación con atorvastatina y simvastatina. Asimismo, al analizar la toxicidad muscular y hepática en hombres, no se hallaron diferencias significativas entre los promedio de CK entre los distintos tipos de estatinas indicados a los pacientes. Al analizar la toxicidad muscular en mujeres, tampoco no se observaron diferencias significativas entre los promedios de CK según los distintos tipos de estatinas. No obstante, en cuanto a la toxicidad hepática en las mujeres, las diferencias halladas entre los promedios de ALT según el tipo de estatina indicada fueron estadísticamente significativas.

¿Cree que los polimorfismos genéticos desempeñan un papel relevante en la eficacia, seguridad y tolerabilidad de las estatinas?

Los polimorfismos genéticos juegan un papel relevante en la eficacia, seguridad y tolerabilidad de los medicamentos. La proteína CYP es polimórfica y posee varias isoenzimas que se caracterizan por actuar como hidroxilasas. Alrededor de la mitad de los fármacos utilizados actualmente en clínica médica son metabolizados por la isoenzima CYP3A4, que también metaboliza a la lovastatina, la simvastatina y la atorvastatina. La fluvastatina es metabolizada principalmente por la isoenzima CYP2C9, y contribuyen en menor medida la CYP3A4 y la CYP2C8. La rosuvastatina no es totalmente metabolizada por la CYP2C9, pero tiene cierta interacción con esta isoenzima. Además, se ha observado que distintas alteraciones del gen CYP estarían involucradas en la aparición de efectos colaterales, incompatibilidad o variación en la eficacia terapéutica de más de 30 compuestos farmacéuticos. La simvastatina, además de la vía del CYP3A4, utiliza para metabolizarse el sistema enzimático CYP2D6. Una característica importante de este último es que existen polimorfismos genéticos poblacionales que son los responsables del amplio rango de actividad observado en la enzima CYP2D6: desde un metabolismo ultrarrápido hasta ausencia absoluta de acción.

Las interacciones medicamentosas son un factor importante en términos de la toxicidad inducida por fármacos. ¿Cuál es el nivel de información del que disponen los pacientes en relación con el uso conjunto de estatinas y otras drogas?

El grado de interacción con otras drogas que utilizan la misma vía de metabolización puede resultar en un pronunciado incremento o descenso en la concentración

plasmática de las estatinas. El uso de fibratos, eritromicina, drogas inmunosupresoras, como la ciclosporina e itraconazol, incrementa los niveles plasmáticos de las estatinas, con el consecuente aumento del riesgo de miopatías. De acuerdo con lo observado en nuestro trabajo, los pacientes no poseen suficiente información sobre las posibles interacciones entre las estatinas y otras drogas que les son administradas.

En función de los conocimientos actuales, ¿existen otros trabajos similares publicados en América Latina?

No hemos encontrado trabajos publicados con respecto a la administración de estatinas y la incidencia de efectos adversos en América Latina. Sin embargo, la *Food and Drug Administration* (FDA) ha publicado nuevas advertencias en cuanto a la prescripción de estatinas y otras drogas en forma conjunta, así como su relación con otro tipo de efectos adversos como los cognitivos y aumentos de los niveles de glucosa en sangre y de hemoglobina glucosilada.

¿Considera que la determinación de los niveles iniciales de transaminasas y de CK podría constituir un recurso para colaborar en la detección precoz de la toxicidad de estos fármacos?

Consideramos que sería importante contar con los valores iniciales de ALT y CK para descartar enfermedades de base y poder conocer, ante un posible aumento de di-

chas enzimas, si éste probablemente se debe a la medicación o evaluar la posibilidad de administrar igualmente la estatina extremando los controles periódicos y la dosis en individuos con problemas hepáticos o musculares. Recientemente, la FDA desestimó el uso de evaluar periódicamente los niveles de ALT debido a la escasa y aparente relación entre su aumento y la administración de estatinas.

A modo de conclusión, ¿cuáles son sus recomendaciones para la práctica cotidiana?

Nuestras recomendaciones, en función de las observaciones realizadas y los resultados obtenidos son: determinar los valores iniciales de ALT y CK, para descartar enfermedades de base; realizar controles periódicos, principalmente de CK, ya que la práctica nos ha demostrado que existen pacientes con niveles de esta enzima mayores de 10 veces el valor normal, en forma asintomática, lo cual podría llevar a una rhabdomiólisis; advertir al paciente sobre el control del color de su orina, y suspender la medicación hasta consultar a su médico inmediatamente; advertir al paciente sobre una posible interacción con otras drogas, incluso aquellas de libre prescripción.

Finalmente, recomendamos un uso adecuado en cuanto a la prescripción por parte del médico con respecto a la dosis, así como el estudio de la interacción con otros fármacos que el paciente debe ingerir.

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Cómo citar este artículo

Spalvieri MP. Incidencia de los efectos adversos de las estatinas. *Epidemiología y Salud* 2(2):38-40, Nov 2014.

How to cite this article

Spalvieri MP. Incidence of statins-related adverse effects. *Epidemiología y Salud* 2(2):38-40, Nov 2014.

Autoevaluación del artículo

Las estatinas se utilizan con gran frecuencia para el enfoque de distintas afecciones vasculares.

¿Cuáles son los efectos adversos más frecuentes de las estatinas?

A, Las alteraciones musculares; B, La psicosis secundaria; C, La hemólisis; D, La leucopenia; E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/130812

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.salud.com/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

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.salud.com/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, dirígala 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

Ante cualquier inquietud, comuníquese por medio de Mensajes a SIIC: www.siic.salud.com/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.salud.com/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

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.salud.com/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.salud.com/instruccoes_sic_web.htm

Caso surja qualquer dúvida, comuníquese com expertos.siic@siic.salud.com, 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.salud.com/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

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.salud.com/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.salud.com/guidelines_sic_web.htm

For further information or inquiries, please contact expertos.siic@siic.salud.com 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.

- **XXVIII Congreso Argentino y Latinoamericano de Médicos Residentes de Cirugía**
Asociación Argentina de Médicos Residentes de Cirugía General
Mar del Plata, Argentina
21 y 22 de marzo de 2015
www.aamrcg.com.ar/ActCongreso.html
- **Congreso de Cirugía de Mar del Plata**
Mar del Plata, Argentina
21 al 24 de marzo de 2015
www.cirurgiamdq.org.ar
- **Simposio de Anestesiología en el Paciente Bariátrico**
Sociedad de Cirujanos de Mar del Plata
Mar del Plata, Argentina
21 al 24 de marzo de 2015
www.cirurgiamdq.org.ar
- **XXI Congreso de la Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía de Pierna y Pie Mar del Plata, Argentina**
14 al 18 de abril de 2015
www.samecipp.org.ar
- **XXII Congreso Argentino de Hipertensión Arterial**
Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial
Tucumán, Argentina
16 al 18 de abril de 2015
www.saha.org.ar
- **XXX Congreso Argentino de Psiquiatría**
Asociación de Psiquiatras Argentinos
Mar del Plata, Argentina
22 al 25 de abril de 2015
www.apsa.org.ar
- **Cirugía Bariátrica y Metabólica: Enfoque Multidisciplinario**
Mendoza, Argentina
7 al 9 de mayo de 2015
info@congresobariatrica.com.ar
www.congresobariatrica.com.ar
- **Jornadas de Otoño de la Asociación Argentina de Cirugía**
Asociación Argentina de Cirugía
Salta, Argentina
15 y 16 de mayo de 2015
www.aac.org.ar
- **XII Congreso Argentino de Graduados en Nutrición**
Salta, Argentina
19 al 22 de mayo de 2015
congresonutrisalta.com.ar
- **XXXIII Congreso Nacional de Cardiología Región NEA: Sociedad de Cardiología de Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones**
Rosario, Argentina
28 al 30 de mayo de 2015
www.fac.org.ar/1/cong/2015/index.php
- **XXXVIII Congreso Anual de Alergia e Inmunología**
Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
13 al 15 de Agosto de 2015
secretaria@aaaic.org.ar
www.alergia.org.ar
- **XII Congreso Argentino e Internacional de Mastología**
Sociedad Argentina de Mastología
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
6 al 8 de septiembre 2015
www.samas.org.ar
- **VI InterAmerican Oncology Conference "Estado Actual y Futuro de las Terapias Antineoplásicas Dirigidas"**
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
8 y 9 de octubre de 2015
secretariat@oncologyconferences.com.ar
www.oncologyconferences.com.ar
- **InmunoColombia 2015 XI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Inmunología (ALAI) X Congreso Colombiano de Alergias, Asma e Inmunología (ACAAI)**
Medellín, Colombia
13 al 16 de octubre de 2015
contacto@inmunocolombia2015.com
www.inmunocolombia2015.com/congreso
- **XXXII Reunión Anual de la AAOMM**
Asociación Argentina de Osteología y Metabolismo Mineral
Bahía Blanca - Sierra de la Ventana, Argentina
29 al 31 de octubre del 2015
www.aaomm.org.ar