

Editorial

La modernidad, escenario sociológico del riesgo.

Contenido

- El concepto epidemiológico del riesgo.
- El diagnóstico OMS/CIE- 10 Z91.2 “Historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico”: El principal riesgo en la atención de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención médica.
- Diabetes mellitus en la población mexicana.
- Un asesino en crecimiento, cómo evitar la aparición y progresión de la diabetes mellitus.
- Hipoglucemia como factor de riesgo en personas geriátricas con diabetes mellitus.
- El síndrome metabólico como una enfermedad de alto riesgo.
- “Más vale prevenir que lamentar”, síndrome metabólico como factor de riesgo cardiovascular.
- Importancia de los factores de riesgo cardiovascular en el paciente con hipertensión.
- Ejercicio físico, prevención para el desarrollo de la presión arterial en el adulto mayor.
- El autocuidado como estrategia para reducir riesgos de enfermedades crónicas.
- Además de los riesgos biológicos existen los riesgos mentales.
- Estrés precursor de riesgo de violencia.



- Notas.
- Información para autores.
- Ubicación de la U.I.S.E.S.S.
- Directorio I.M.S.S.
- Agradecimientos.

2 Editorial

La modernidad, escenario sociológico del riesgo

*Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha.
Investigadora U.I.S.E.S.S.*

Palabras clave: Sociología, seguridad, cuerpo.

Actualmente en México se abren otras líneas de reflexión sobre la atención a la salud, estrechamente relacionadas la construcción cultural y las condiciones sociales de vida. Entonces se gesta un pensamiento renovador sobre el desarrollo que incorpora nuevas categorías de análisis, como el género y la generación. En sociología médica son construcciones sociales basadas en diferencias biológicas, que se representan relaciones de poder-subordinación en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombre y mujeres, en la niñez, la juventud y la madurez. Así poseen una historicidad y encierran siempre una jerarquización. Entonces, determinan el contenido y de los satisfactores de necesidades condicionadas socio-culturalmente. Éstas han incidido en la reconceptualización del conocimiento y las prácticas de comunidades profesionales a la luz de las condiciones actuales.

En este sentido, es necesario identificar el eje sociológico de la modernidad y su impacto en la definición disciplinar del cuidado y atención del cuerpo donde se asienta padecimientos crónicos como problema.

Al analizar la modernidad en relación con las visiones que definen diferentes campos profesionales y en la institucionalización de determinadas prácticas, se ubica una cultura somática y los discursos que reproducen desigualdades.¹ Donde la atención de padecimientos crónicos se configura como un problema social o por lo contrario, se trata de un problema que trasciende su campo de conocimiento y de respuestas institucionales. Entonces, no basta con enunciar las formas globales que adopta la modernidad, sino que es necesario explicitar una posición que nos oriente a entender la forma, cómo se materializan diversos aspectos materiales, simbólicos y de poder. Si bien, la modernidad ha sido motivo de reflexión de un orden postradicional y su reconstrucción racional,² Giddens señala la dinámica de la discontinuidad del orden social tradicional una racionalidad-racionalización.³ Como un orden postradicional, se caracteriza por el desarrollo de mecanismos de desanclaje de los sistemas y de la acción social de los ejes tradicionales: El tiempo, el espacio y las relaciones sociales. Con esta separación se liberan las restricciones impuestas por hábitos y prácticas locales. El conocimiento y las acciones sociales separadas de sus contextos de interacción son reestructuradas por medio de sistemas abstractos (señales simbólicas y los sistemas expertos),⁴ que institucionalizan entornos de fiabilidad y ofrecen la sensación de que los sistemas, generalmente funcionan como tienen que funcionar.

En esta tránsito de un orden recibido a un orden producido por los hombres, que tienen que ver con la validación de la acción social, basada en las estructuras de conciencia que tienen que conectarse con los sistemas de acción, producción y transmisión del conocimiento especializado según los requisitos de validez estén asegurados (Habermas, 1991).

La trama riesgo-peligro, confiabilidad-seguridad

La modernidad al traer continuamente el futuro al presente, mediante la incorporación de la novedad y su aplicación a las circunstancias que rodean al conocimiento. En este contexto, la probabilidad, es esencial para valorar, precisar y cuantificar hasta dónde los proyectos difieren de los resultados previstos y la forma de controlar e intervenir. Entonces la confianza⁵ y el riesgo, son fundamentales en la organización social. Es decir, para la institucionalización de saberes y prácticas profanas y de especialistas.

Este pensamiento aproxima a los individuos, grupos y hasta sociedades al peligro encarnado en los daños que estadísticamente aquejan a la población y hace de cada una de estas entidades una víctima potencial, induciendo a considerar cómo se expone a peligros y actuar en consecuencia, protegiendo, previniendo y hasta planeando posibles daños. Para lo cual se dictan conductas, ideales, tareas en forma de regímenes que moldean estilos de vida. El poder que perdieron los discursos tradicionales, se lo ha apropiado este discurso que recubre los aspectos más diversos del espacio íntimo hasta el público, bajo el denominador común que los hace compatibles en todo el mundo: El riesgo en relación con el peligro, con la fiabilidad y la seguridad (Castiel y Álvarez y Díaz 2010:63-76).

Desde esta racionalidad se interviene en la experiencia de la vida de los sujetos, para lo cual esquivo las construcciones simbólicas complejas. Los campos de profesionalización se concentran más bien en la difusión de sus saberes, de sus propuestas y de sus prácticas. Pero sobre todo en el reconocimiento social de su visión como referencia necesaria. En este sentido, se compete y se lucha por la hegemonía y legitimación social.⁶

El concepto de riesgo representa una alteración en la percepción de la determinación. Así, se encuentra en campos disciplinarios diversos, donde su definición, evaluación y su disposición aceptarlo o no, plantea la cuestión de quién y cómo se llega a considerar si determinado fenómeno es o no, un riesgo. Este pensamiento apunta a comportamientos personales y colectivos como escenarios, ambientes que hacen vulnerables a los individuos a peligros y daños. Por ejemplo a estilos de vida no salutógenos.

De allí que este pensamiento gire en torno a las prácticas y sus beneficios para proteger, prevenir y pronosticar daños y necesidades de atención social.⁷ Desde la sociología el riesgo se relaciona con el peligro y la confianza; como una cuestión individual y colectiva, desde los siguientes planteamientos:

1. Lo que el riesgo presupone es el peligro, como amenaza al resultado deseado en un particular curso de acción. El peligro es relevante para definir lo que es el riesgo.

2. El riesgo y el peligro están entrelazados con la fiabilidad. Esta confianza reduce o minimiza los peligros. Existen algunas circunstancias en las que las pautas de riesgo están institucionalizadas, estableciendo marcos de fiabilidad para controlar determinados peligros. En ese caso la competencia profesional y el azar (conscientemente calculado), son los factores que limitan el riesgo. La minimización del peligro, se ve como un riesgo aceptable, siempre que se conocen las circunstancias. Por lo que los escenarios de fiabilidad, cambian en diferentes contextos.
3. La experiencia de seguridad descansa en el equilibrio alcanzado entre la fiabilidad y un riesgo aceptable, pues determinado conjunto de peligros queda contrarrestado o minimizado. La credibilidad que depositan los actores profanos en los sistemas expertos, es una cuestión de cálculo de beneficio y riesgo, en aquellas circunstancias en las que el conocimiento experto no solo proporciona ese cálculo, sino que efectivamente produce y reproduce el universo de acontecimientos como resultado de la continua aplicación reflexiva de ese mismo conocimiento.

Así, el impacto de la modernidad en una cultura especializada, desde la trama riesgo-peligro, fiabilidad-seguridad ha impactado el conocimiento, las normatividades y las prácticas sobre el cuerpo, que se establecen en el campo profesional y en las instituciones sociales, especialmente las de salud. Los tiempos actuales y en los discursos hegemónicos de la salud, se destaca que se trata de buscar medidas de prevención para los múltiples riesgos que pueden generar daños. Así, es importante las técnicas y prácticas en la prevención de enfermedades a nivel poblacional, donde el cálculo del riesgo permite delinear regularidades y patrones utilizados en la prevención y en el control de situaciones potencialmente peligrosas. Entonces la epidemiología es un campo necesario para el análisis e intervención sanitaria, pero está lejos de ser suficiente como a veces aparenta. En la promoción de la salud y prevención, el autocuidado es una estrategia para hacer que los individuos sean personalmente responsables por la gestión de riesgos socialmente generados. La racionalidad neoliberal consiste en la yuxtaposición de individuo moral y responsable, al individuo económico y formas de subjetivación. Arendt (2003) para entender una responsabilidad colectiva propone cómo la responsabilidad ética debe ser asumida políticamente, pues para ella, lo político es necesariamente ético y se refiere a la constitución de un sujeto plural para la acción colectiva, cuyo estatuto se define en un posible orden híbrido estético-subjetivo, movido por sentimientos difusos, en los cuales pueden mezclarse la culpa y la vergüenza.

La especialización para cuidar y atender mi cuerpo

En la modernidad, la ciencia, la tecnología y la especialización tienen una importancia fundamental sobre el cuerpo. La profesionalización actualiza día a día su valor, configurado por elementos materiales, estrategias y técnicas que sirven de puntos de apoyo a las relaciones de poder y de

saber, como ha sido demostrado en varios trabajos de Michael Foucault (1991,1993). También, enriquece su valor semántico porque por su intermedio acumula capital simbólico, que penetra en la intimidad del individuo, comprometiendo su subjetividad con las etapas de su vida, su género y con su estado de salud. Asimismo, el cuerpo se ha convertido en expresión de elecciones y opciones de cada día sobre ámbitos íntimos y privados. Tal como lo propone Foucault, concebimos el discurso moderno sobre estas cuestiones como una proliferación de órdenes, reglas pronunciamientos y normas. Al elaborar un discurso científico y especializado sobre el cuerpo, en sus capacidades y sus sensaciones, donde se incluye el placer, que pretenden establecer los cánones de la normalidad y anormalidad. Este concepto de cuerpo político ha servido como un concepto para discutir cómo se ha construido el cuerpo femenino y su medicalización, en referencia a profesionales que explican, indican, pero sobre todo etiquetan lo que debe de ser y su desviación. Por una prescripción médica, psicológica, social, basada en los límites de la normalidad.⁸ Así, el cuerpo ha pasado a ser uno de los ángulos desde los cuales explorar nuevas facetas de los saberes somáticos con respecto a una hermenéutica de sus capacidades (Pedraza, 1990).

En este orden se encuentran los discursos, de órdenes simbólicos y normativos que construyen cierto tipo de sujetos en el cual confluyen múltiples prácticas, señalizaciones y determinadas estructuras valorativas, que se extienden a todas las facetas de la vida personal y social. No solo desde el discurso de la salud, sino, también del antropológico, sociológico, el de la mercadotecnia, etc. Así, la corporalidad ha transitado de ser un discurso privado a ser el eje de toda una nueva forma de prácticas públicas, sustentadas en una ideología sobre el riesgo y la prevención de daños bio-psico-sociales de un cuerpo cuyos límites que aluden a contornos socioculturales.

Con estas reflexiones el presente boletín aborda el riesgo como una noción común y su cuidado en la diabetes melitus (DM2) y su seguimiento donde pueden agregarse el estrés, la violencia, efectos mentales y la inactividad física, estados que aumentan al peligro y contribuyen hacer más vulnerables a estas personas.

Referencias

Bourdieu, Pierre (1991), *El sentido práctico*, Taurus, España, pp. 92-94.

Castiel Luis David y Álvarez Carlos Dardet-Díaz. Vigilar (se) prevenir (se): La salud persecutoria 63-76, en, *La salud persecutoria: Los límites de la responsabilidad*. Ed. Lugar, 2010. Argentina.

Foucault, Michel (1993), *Vigilar y castigar*, en: Corci P. y Alejandra Vitale (comp.), *Los cuerpos dóciles*. Argentina, pp.120-122.

Giddens, Anthony (1997), *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*, Península, España.

Habermas J (1991), El criticismo neoconservador de la cultura en los Estados Unidos y en Alemania Occidental: un movimiento intelectual en dos culturas políticas, en Anthony Giddens et. al. Habermas y la modernidad, Catedra, España, p. 157.

Pedraza Sandra. (2007) Afectos, trabajo corporal y biopolítica. En, ¿Uno solo o varios mundos? Diferencia, subjetividad y conocimientos en las ciencias sociales contemporáneas. Universidad Central Colombia, pp185-191.

1 En la modernidad, la noción de igualdad ligada a la construcción de una cultura occidental, hace referencia a una igualdad sustancial entre los seres humanos que se coloca por encima de las diferencias secundarias (de adscripción), Es a partir de la elaboración de los derechos del hombre y del ciudadano (revolución francesa) que encontramos formalmente establecido al concepto de igualdad como fundamentada del orden social. Desde este momento, la figura del ciudadano estructura un orden jurídico que prescribe la abolición de cualquier tipo de jerarquías cuando se trata de juzgar los derechos que todos los individuos tienen ante la ley, de modo que las diferencias dejan de tener la connotación de la desigualdad. Hace referencia a la urbanización, la industrialización, la secularización, la burocratización, el desarrollo del consumo, la comunicación, la educación formal de la población etc. (Gallino, 1995). Por ejemplo, a Guadalajara se le caracteriza como una sociedad heterogénea y diversificada cultural y socialmente, pues la modernización económica y social implica procesos de secularización y pluralidad social, sin explicitar el substrato sociológico de estas características.

2 “Cuando hablamos que algo es racional, pensamos que esto se refiere o bien a las personas o a las expresiones simbólicas que incluyen el conocimiento” (Habermas, 1991:157).

3 Algunos planteamientos de Giddens (1990, 1997), difundidos sobre las consecuencias de la modernidad, como un fenómeno macrosocial y otro, más relacionado con aspectos subjetivos y comportamientos. El conocimiento sobre la vida social moderna que puede ser utilizado por el interés de predicción y control, de las instituciones que va asociado a una relación instrumental del conocimiento y su aplicación para intervenir en la vida social. (Luhmann (1992).

4 Las señales simbólicas son medios de intercambio sin consideración de las características individuales o del grupo. Los sistemas expertos son sistemas de logros técnicos o de experiencia profesional que organizan grandes áreas del entorno material y social en el que vivimos. (Giddens, 1997:295).

5 Confianza. Otorgamiento de crédito a personas o sistemas abstractos; desde la fe, se deja en suspenso la propia ignorancia o falta de información. Es un fenómeno posee una relevancia peculiar y especi-

fica en el mundo de mecanismos de desenclave y sistemas abstractos. Está directamente vinculada con un sentimiento de seguridad, que mantiene a raya las amenazas y peligros potenciales que comportan las actividades más triviales. (Ibíd., p 56).

6 En este sentido es importante recordar que en la sociedad y sus instituciones hay un punto de vista que es el punto de vista de los funcionarios y que se expresa en el discurso oficial, que impone el punto de vista, de la institución o de la disciplina, como un punto de vista legítimo que todo el mundo debe reconocer, por lo menos dentro de los límites de una sociedad (Bourdieu, 1991:88:139).

7 “En estas circunstancias surge la noción de estilo de vida y la estructuración de la identidad del yo. En esta conexión las cuestiones de desigualdad social se entretienen estrechamente con las visiones de clase relacionadas con el género. Las instituciones modernas, al mismo tiempo que ofrecen posibilidades de emancipación, crean mecanismos de supresión más bien que de realización del yo” (Giddens, 1997:14).

8 “En la vida cotidiana plantea cuestiones existenciales potencialmente perturbadoras (en especial relacionadas con la enfermedad, la locura, la criminalidad, la sexualidad, la muerte). Este secuestro de experiencias por cuidadores de la salud desvinculan la vida individual, donde las cuestiones más amplias de moral y finitud es escaso y fugaz” (Giddens, 1997:295).



Investigación El concepto epidemiológico del riesgo

Javier E. García de Alba García
Director de la UISESS

Julieta E. García de Alba Verduzco.
De la Maestría de Nutrición Clínica. Universidad de Guadalajara.

Recibido:	19/Ago/2016
Aprobado:	31/Ago/2016

Palabras clave: Riesgo, salud, enfermedad.

Introducción

Nuestra propuesta pretende hacer una crítica constructiva, de los conceptos y modelos de salud-enfermedad y riesgo, pretende descartar aquel conocimiento que no ha demostrado su utilidad, reafirmar el que ha pasado la prueba del tiempo y plantear los elementos para dar solidez a los vacíos de conocimiento sobre el tema.

Desarrollo histórico

Para comprender el concepto de “determinación de la salud”, es útil considerar la evolución de los enfoques e implicaciones relacionadas con la salud, como a continuación se esquematiza.

Originalmente el concepto de riesgo se desarrolla en el siglo XVII, cuando la navegación comercial pretendía asegurar las mercancías contra los riesgos atribuibles a la pérdida de las mercancías transportadas, al efecto se desarrollan seguros que protegían del riesgo de pérdidas materiales, mediante una retribución a la compañía aseguradora, en función de las posibilidades estimadas de una catástrofe, esta acepción posteriormente se ligó a concepto de individuo, donde se considera la probabilidad de que una persona con características definidas, pueda ser afectado -de diversa manera- por alguna enfermedad. Esta concepción epidemiológica, se hizo extensiva a poblaciones o comunidades.

El concepto de riesgo en salud, fue resultado de un doble desarrollo científico que abarcó los siglos XVI, XVII y XVIII, por un lado por del cálculo de probabilidades, realizado por matemáticos patrocinados originalmente por los aficionados a los juegos de azar (Cardano, De Moivre y Bernoulli) y por el desarrollo de los registros y las tasas de mortalidad inventadas por John Graunt y generalizadas por Petty, Susschmilch, Frank, y Achenwall. Estos desarrollos se concretaron por Bayes con el cálculo de la probabilidad condicionada y Laplace con el cálculo de tablas de vida y serán integrados en la segunda mitad del siglo XIX, por figuras como Farr, Quetelet y Galton.

Actualmente el concepto de riesgo ha sido aprovechado por la sociología alemana e inglesa, quienes lo ligan a otros conceptos como estilos de vida y modos de vida, mirada enriquecedora por su gran utilidad para comprender la complejidad, las determinaciones sociales de la incidencia de la enfermedad, evitando el pensamiento reduccionista en salud.

Desarrollo epidemiológico

El concepto de riesgo, se consolidó, al establecerse la verificación científica de causalidad para algunos padecimientos infecciosos, mediante la aplicación a fines del siglo XIX de los postulados de Henle y Koch y de manera definitiva con los postulados de causalidad de Bradford

Hill a mitad del siglo XX, quien consideró explícitamente, además de plausibilidad teórica y la relación temporal entre causa y efecto, la firmeza estadística y así poder establecer causalidad, asociación causal que el estudio de su riesgo.

El concepto de riesgo, dentro de la disciplina epidemiológica, se desarrolla en dos vertientes: El riesgo individual aunado al desarrollo clínico de la medicina y el riesgo poblacional relacionado con el desarrollo del campo de la salud pública, para este ensayo, nos referiremos a los primeros.

El riesgo individual, en epidemiología se entiende como la expresión probabilística de que una persona, de acuerdo a sus dimensiones epidemiológicas de tiempo, espacio y persona, desarrolle una enfermedad, siendo la base los estudios de morbilidad y mortalidad. Para el efecto se requiere establecer el riesgo relativo, el riesgo atribuible y la fracción etiológica, para así determinar el riesgo etiológico, que es la expresión más refinada de una asociación causal.

El riesgo relativo, entonces es la relación entre la tasa de personas expuestas al posible factor causal entre la tasa de no expuestos, es entonces una razón de morbilidad (o de mortalidad) en la cual las personas no expuestas representan a la población de referencia, su cálculo es el siguiente: Incidencia expuestos/incidencia en no expuestos.

El riesgo atribuible, es una parte del riesgo individual que puede ser relacionada específicamente con el factor estudiado, es en realidad un riesgo residual, ya que se sustrae el valor riesgo en los no expuestos del valor del riesgo de los expuestos al factor estudiado. Se calcula así: $RR-1/RR$. La fracción etiológica, se expresa como proporción del riesgo atribuible, en las personas expuestas, que se reduciría, si se elimina el factor estudiado, se calcula de la manera siguiente: $(RR-1/RR) \times 100$.

Cabe señalar que el riesgo en estudios retrospectivos o de prevalencia presenta limitaciones en función de la calidad y complejidad del modelo de estudio analítico seleccionado; la representatividad de los enfermos estudiados, su comparabilidad con el grupo de personas testigo y la población a la cual se pretende extrapolar los resultados.

Ventajas y problemas

Una ventaja de estos indicadores, es que dentro de la lógica hipotético-deductiva, nos ayudan a ubicar con mayor objetividad metas a alcanzar en los programas de promoción de salud y control de la enfermedad, así como: La dinámica del factor estudiado en el tiempo (ascenso, descenso o estabilidad); la patogenicidad y virulencia de una enfermedad dada, y el establecimiento de causas suficientes.

Sin embargo, uno de los problemas de la aplicación del concepto de riesgo, es la reducción lineal que hace de la causalidad, simplificándola en términos de una relación en ocasiones unicausal, que se expresa a manera de una razón de probabilidad, señalando que un riesgo superior al valor del riesgo de referencia ($=1$), constituye cuando pasa el doble, un riesgo alto: ($RR \geq 2$) y aunque para superar el enfoque de unicausalidad, se han relacionado los valores de causas asociadas que provocan un efecto, a manera de un riesgo: sumatorio ($2+1=3$), multiplicativo ($2 \times 3=6$) o sustractivo ($3-1=2$). O también en forma de un polinomio para el caso de la regresión múltiple ($Y = a_1x + b_2w - c_3z$). La situación causal no deja de tener un enfoque lineal.

Otro problema inherente a la aplicación y uso de estos indicadores cuantitativos, es la generalización de un riesgo individual a nivel poblacional en tiempo, espacios y grupos diversos. Esta descontextualización social que hace caso omiso de las diferencias poblacionales, encubre muchas veces la desigualdad social y la determinación social de la salud-enfermedad-atención. En una sociedad donde los riesgos sociales, políticos, económicos, etc., escapan cada vez más a las instituciones de control y protección de la sociedad industrial.

Conclusión

Por las razones anteriores se requiere hacer un esfuerzo de vinculación y coherencia entre las bases ontológicas, epistemológicas y metodológicas de que subyacen detrás del concepto de riesgo. Para establecer mediante un pensamiento complejo, un puente entre la epidemiología y las ciencias sociales y lograr un enfoque holístico del proceso salud-enfermedad y atención.

Referencias

Jenicek M. y Cleroux R. *Epidemiología. Principios, técnicas y aplicaciones*. Ediciones científicas y técnicas. Masson-Salvat. 1993. Barcelona. España, pp: 131-153.

Beck, Ulrich (2002). *La sociedad del riesgo global. Siglo XXI de España Editores*.



Investigación

El diagnóstico OMS/CIE- 10 Z91.2 “Historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico”: El principal riesgo en la atención de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención médica

Dr. Juan Enrique Sánchez Ochoa.

Médico. Psicólogo. Filósofo.

Mtro. en Terapia Familiar Sistémica y Psicología Analítica.

Doctor en Ciencias del Desarrollo Humano.

Doctor en Metodología de la Enseñanza.

e-mail:enrique.elnavegante@hotmail.com

Recibido:	19/Ago/2016
Aprobado:	24/Ago/2016

Palabras clave: Incumplimiento del régimen o tratamiento médico. Investigación. Enfoque multidisciplinario. Práctica médica.

“La historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico” es un diagnóstico que encierra detrás a un antiguo problema clínico y que causa indefectiblemente malestar entre los médicos que, de todas las épocas y culturas, alguna vez la han enfrentado o tendrán presente una situación así, en el devenir del tiempo dedicado a su labor de trabajo con sus pacientes. La falta de apego o el abandono parcial o total a los tratamientos posibles, se convirtió con el advenimiento de la sociedad informática en una serie tan constante de reportes que hizo necesaria a la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluirla.

La OMS aceptó que el diagnóstico de “historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico”, debe ser visto y estudiado al igual que otras enfermedades, como una entidad de morbo-mortalidad y defunción. Ésta se incorporó en su catálogo de la novena edición que fue publicado en 1977 (CIE-9).

En ella se incluyó y abordó el tema acerca del diagnóstico de la “historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico” (CIE-9 V15.81) y posteriormente, 26 años más tarde, este organismo mundial desarrolló un protocolo con pautas para su estudio, en el año de 2003 y fue ofrecido a la Organización Panamericana de la Salud y para su divulgación, en el año de 2004. ⁽¹⁾⁽²⁾

Ésta es una situación clínica que sigue siendo de difícil manejo y que si bien, aunque antaño haya sido común y que como se menciona, existía desde antes de la creación de este catálogo, las condiciones que devienen de ésta son ahora pesquisadas con suma atención. Las soluciones propuestas de investigación no son simples y las opciones de llevar en la práctica las alternativas que pudiesen ser viables, son más bien limitadas.

La situación de incumplimiento del régimen o tratamiento médico que se observa y se describe, es una situación que ocurre con independencia de que si los médicos que enfrentan el problema y elaboran este diagnóstico, son procedentes de formaciones chamánicas, empíricas, tradicionales o de las actuales formaciones científicas universitarias. Los médicos que en especial cuentan con esta última formación, la médica y científica, siguen y laboran bajo pautas protocolarias, legales y estadísticas rigurosamente establecidas en sus países y por tanto, el sentimiento de incompreensión hacia estos pacientes y viceversa, se magnifica. ⁽³⁾

Con independencia de ello, el enfrentar por los facultativos de cualquier formación médica el reto de esforzarse por revertir estas actitudes de incumplimiento por parte de sus pacientes o clientes que, como se señala por ejemplo en el caso del apego en los pacientes con hipertensión arterial que se evalúan con los ítems del test de Morisky-Green-Levinne, son la mayor parte de las veces incomprensibles para los tratantes de que se aduzcan razones tales como el olvido, el notorio desinterés o la apatía de dejarse de seguir las indicaciones que son consideradas útiles y que, de acuerdo a los saberes de sus tratantes, los pacientes o clientes bajo guarda, tienden reiteradamente a negarse a seguir las prescripciones. También se contemplan las medidas e indicaciones que se otorgan con el fin de obtener una mejora y seguir un auto cuidado que se les es puntualmente ofertada. Este desapego convierte la relación médico-paciente en una situación por demás compleja de afrontar y no factible de resolverse de manera definitiva solamente en la consulta.

La OMS por ello define a esta peculiar decisión de ser de los pacientes como *“La adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud. Señala que “la adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aun menores. Es innegable que para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento”*. Las consecuencias de esta actitud y omisión de cuidado, por sí misma y devenida del propio enfermo, es además de un factor de riesgo, una acción por sí misma deletérea para cualquier tipo de proceso patológico crónico. ⁽³⁾

La OMS para informar y ayudar a los investigadores en temas de salud y orientar a los médicos y otros facultativos ante esta situación desesperada, han explicado en la publicación en su documento *“Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción”* ⁽⁴⁾, que este proceso por parte de los pacientes que son renuentes es de tipo multicausal y para ello, se establecen directrices de abordaje que son mayormente de orden ecónomo-socio-psico-clínico, por lo que varían las circunstancias y las razones de origen y fondo en cada caso de cada paciente. Por lo que no hay más opción que individualizar los casos, con independencia de las idiosincrasias de las prácticas médicas y de los cuidados diferentes de país en país y de región en región.

Esto se hace tan complicado que metodológicamente sea imposible para el organismo mundial el poder establecer y estandarizar un plan protocolar único, una estrategia y una técnica de abordar de forma global la solución a este tipo de situaciones de forma científica y metodológica de investigación clínica de forma exclusivamente positivista, como ocurre por ejemplo, con las directrices de las políticas de salud que se pueden adoptar de forma uniforme, las enfermedades que requieren atenciones que dependen de inversión en tecnología, de atender a enfermedades cuyo origen es sistemático y sus pasos resolutivos son de cambiar o modificar el orden consecutivo que favorece su presentación, por citar algunos ejemplos.

Sin embargo lo que es claro, es que en el diagnóstico y condición de la *“historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico”*,

este proceso puede ser pesquisado como ejemplos: Por factores de incumplimiento debido a las propias etnicidades de los pacientes que son transterrados a otras localidades, incomprensión debido a formas culturales y costumbres que se tengan distintas a las conocidas por ellos, uso de palabras, ademanes o dietas distintas, actitudes empleadas por la formación del facultativo que inspiran recelos, falta de confianza del paciente y/o de credibilidad de las prácticas médicas ofrecidas y hasta aspecto del lugar de desempeño de la atención.

Situaciones así se acumulan y está por demás decir que son difíciles de resolverse a cada caso de una sola forma estandarizada. La OMS por ello se enfoca a ubicar que, para el estudio primordialmente de establecer las probables resoluciones a este diagnóstico, se hagan estableciendo que debe de valorarse también a la economía del individuo y su contraste local, regional y nacional. En base a estas premisas es posible llegar a conocer y determinar si este problema es solo una expresión de ser de forma individual, si se deriva de que en la percepción y realidad de parte del paciente y su comportamiento sea consecuencia de las limitaciones que de esta índole cursa, de si no recibe apoyos o que de la oferta de manejos a su situación desde la práctica médica y de otros recursos que se le ofrezcan, no los tenga a su alcance, sean insuficientes o no comprendidos a cabalidad en su relevancia. ⁽⁵⁾

La OMS expone su fundamento contando con el apoyo de un equipo multidisciplinar de consejeros que han venido a su vez abonando las opiniones de expertos mundiales y consultados ex professo, obtiene que la razón causal-explicativa a los aspectos que principalmente se describen y son a su vez, procedentes de los informes de médicos que ejercen en los países de más a menos desarrollados. Si bien se puede inferir y para algunos y llegarse a objetar que su base epistémica está fundamentada en la teoría socio-económica, de orientación neo-marxista o keynesiana y que debido a que en ella se señala la influencia definitiva de los factores socio-económicos, representados en poder adquisitivo limitado o de baja inversión gubernamental en apoyo a la salud, sea así aceptable o no, bajo esta perspectiva y con independencia ideológica, los incumplimientos deben ser investigados y corregidos mejorando el poder adquisitivo o los apoyos e inversión gubernamental en favor de los pacientes que no puedan subsanarse atenciones indispensables, costosas y/o de vanguardia. El tema de la pobreza ante la enfermedad sigue siendo hoy y como lo es desde antaño, el primer factor evocado por esta dirección teórica y reconocido por la OMS. ⁽⁶⁾

Por otra parte en el informe de la OMS con su perspectiva en comento, en los países de economías neo-liberales y que son líderes económicos globales, señala como otro factor en su protocolo a los aspectos que estarían solo relacionados con la deficiente inversión y dotación del sistema de salud público por restricciones políticas de inversión, migración ilegal, guerra y destrucción de centros de salud, entre otras variadas que se suman a estas problemáticas cotidianas en un nuevo mundo que pretende ser global y que en él, no fueron adecuadamente sopesadas ni tenidas oportunamente en cuenta las advertencias de sus errores y sus consecuencias. Finalmente queda por valorar las perspectivas de la psicología organizacional y las ciencias administrativas en

salud, que asumen que son los factores de personalidad y cultura provenientes del equipo humano que otorga a los usuarios los servicios de atención a la salud, la causa de esta conducta de incumplimiento de régimen terapéutico instituido. ⁽⁷⁾⁽⁸⁾

En suma, el esforzarse en reducir los riesgos dentro de las determinaciones sociales, económicas y políticas a la salud, de acuerdo a la OMS en su artículo, hacen hincapié en los siguientes puntos, que deben de considerarse de forma colegiada por los actores de las instituciones que ofrecen servicios de salud, en especial aquellos países con recursos limitados. En una perspectiva propia, quizá sea más factible en nuestro medio que para su mejor estudio y análisis resolutorio, sea esto a partir de la afirmación de la OMS de que: *“La adherencia terapéutica es un proceso dinámico (...) La investigación reciente en las ciencias del comportamiento ha revelado que la población de pacientes puede ser segmentada según el grado de disposición para seguir las recomendaciones de salud. La falta de congruencia entre la disposición del paciente y los intentos del profesional en la intervención significa que, con frecuencia, los tratamientos se prescriben a quienes no están preparados para seguirlos. El personal sanitario debe poder evaluar la disposición del paciente para cumplir lo indicado, asesorarlo sobre cómo hacerlo y seguir su progreso en cada contacto”*. Para la OMS, son *“los prestadores de servicios de salud quienes deben de evaluar el riesgo de no adherencia e intervenir para optimizar la adherencia terapéutica”*. ⁽⁹⁾

La OMS precisa que para lograr este éxito son cruciales las aplicaciones estratégicas de *“tres temas: El conocimiento (información sobre la adherencia terapéutica), el razonamiento (el proceso clínico de toma de decisiones) y la acción (herramientas comportamentales para profesionales de la salud)”*. Con ello se lograría idealistamente en nuestro medio abatir el fallo en el apego a la terapéutica y estilo de vida incorrecto médicamente a los pacientes en nuestro entorno. Para ello, lo que además se requiere es de un enfoque multidisciplinario en que en el plan de trabajo en esta cuestión, sea *“coordinada de los profesionales de la salud, los investigadores, los planificadores sanitarios y los formuladores de políticas”*. El reto será por ahora dar pasos a iniciar a pequeña escala de forma individual en cada unidad médica, un estudio cultural individual y develar las incógnitas que a cada caso de los pacientes se encuentre para formar un conjunto local que permitiría de forma gradual, dar pasos hacia lograr el deseado apego primordialmente tanto a los aspectos preventivos como al éxito en el apego al tratamiento del paciente con enfermedad crónica. ⁽⁹⁾

Referencias

1. Martín-Vegue, AJ Ramos; Vázquez-Barquero, J. L.; Castanedo, S. Herrera (2002) CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. Papeles Médicos, Vol. 11, N° 1, págs. 24-35.
2. OMS/WHO (2004) Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción, Ginebra, pág. XIII.
3. Lifshitz, A. (2016). Los fracasos de la medicina. Gaceta Médica de México, 152(3), págs.293-294.Ibid, pág XIII.
4. Ibid, pág I.
5. Patiño, D. C., Torres, A. R., & Patiño, I. C. (2015). Medicina basada en evidencias: La espera del paciente en un acto médico agotado, pág.1.

Ensayo Diabetes mellitus en la población mexicana

Alfaro Galindo Sara Lizbeth.
Universidad de Guadalajara.
Pasante Médico Cirujano y Partero.
sara-30@hotmail.com

Recibido: 19/Ago/2016

Aprobado: 29/Ago/2016

Palabras clave: Diabetes mellitus, factores de riesgo, prevención, México.

Es un conjunto de enfermedades que se caracterizan por una insuficiente acción de la insulina endógena, lo que suele provocar hiperglucemia, alteraciones en los lípidos séricos y lesiones vasculares. Se distinguen por lo menos dos enfermedades que parecen tener una naturaleza diferente: La diabetes tipo 1 (DM1) y la diabetes tipo 2 (DM2).

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad cuya prevalencia mundial ha incrementado en los últimos años. Tiene asociación con múltiples complicaciones cardiovasculares y, debido a esto, se considera como trastorno crónico complejo que tiene como consecuencia la disminución de la esperanza, así como de la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes. En México, la diabetes se ha convertido en la primera causa de muerte al contribuir con 12% del total de muertes.

México se encuentra entre los primeros 10 países con mayor número de diabéticos. Se ha estimado que para 2025 en nuestro país habrá unos 11.7 millones de diabéticos, cifra que continuaría en aumento debido al envejecimiento, la urbanización y la alta prevalencia de obesidad e inactividad física que caracterizan a la población mexicana.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), la prevalencia nacional de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos fue de 7,0% (7,3% mujeres y 6,5% hombres).

Los estilos de vida poco saludables en nuestro país son altamente prevalentes entre niños, adolescentes y adultos, lo que nos lleva a consecuencias como un aumento importante de la obesidad y sobrepeso, este es el principal factor de riesgo modificable de la diabetes.

La alimentación es un elemento esencial en el tratamiento de la diabetes, tanto que en muchos pacientes basta una alimentación adecuada para lograr el control metabólico deseado. En todo caso, todas las otras medidas son siempre adicionales o complementarias a la alimentación y nunca suplementarias.

El ejercicio también es una parte importante del plan de tratamiento de la DM. El ejercicio regular ha demostrado mejoría del control de glucemia, contribuye a la pérdida de peso y mejora la sensación de bienestar. Además, el ejercicio regular puede prevenir la DM2 en personas de alto riesgo.

Guías americanas de ejercicio físico sugieren que los adultos mayores de 18 años realicen 150 minutos/semana de ejercicio de intensidad moderada o 75 minutos/semana de actividad aeróbica vigorosa o una combinación

equivalente de los dos. Ejercicios progresivos de resistencia mejoran la sensibilidad a la insulina en ancianos con DM2 del mismo modo o aún más que el ejercicio aeróbico.

Es conveniente que el diabético coma todos los días lo mismo (en términos de calorías y distribución de nutrimentos, aunque con toda la variedad posible de platillos) y haga la misma cantidad de ejercicio, no importa que sea domingo o día festivo.

Factores de riesgo para diabetes tipo 2

- Edad mayor de 45 años.
- Obesidad o sobrepeso (índice de masa corporal mayor de 25 kg/m²).
- Familiares de primer grado con diabetes.
- Pertenencia a un grupo étnico de alta prevalencia.
- Bajo peso al nacer.
- Sedentarismo.
- Exceso de alimentos energéticos (grasas, azúcares).
- Exceso de alimentos con alto índice glucémico y bajo en fibras.
- Antecedentes de diabetes gestacional o de recién nacidos macrosómicos.
- Hipertensión arterial.
- Hipertrigliceridemia.
- Intolerancia a la glucosa o glucemia anormal en ayunas.

Criterios para el diagnóstico de diabetes

- Hemoglobina glucosilada $\geq 6,5\%$. El test debe realizarse en un laboratorio que use un método certificado por el National Glicohemoglobin Standardized Program (NGSP) y estandarizado según el ensayo Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) o
- glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl* o
- glucemia plasmática a las dos horas después del test de tolerancia oral a la glucosa (con 75 g de glucosa) ≥ 200 mg/dl o
- glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia.

Muchas enfermedades se asocian con la diabetes, algunas claramente identificadas como secuelas y otras que muestran vínculos fisiopatológicos y epidemiológicos. Lo más conocido es el síndrome metabólico, que incluye a la diabetes, la intolerancia a la glucosa o la glucosa alterada en ayunas, además de hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, disminución del colesterol en las lipoproteínas de alta densidad, obesidad abdominal y otros trastornos no necesariamente considerados en los criterios diagnósticos del síndrome, tales como apnea del sueño e hiperuricemia.

El tratamiento de la diabetes incluye diversas medidas, entre ellas se encuentran:

- El control de la glucemia.
- Alcanzar objetivos terapéuticos sobre la presión arterial y los lípidos en sangre.
- Acciones preventivas como el uso de antiagregantes plaquetarios.
- Cuidado de pies.
- Vacunación.
- Detección oportuna de complicaciones crónicas.

La implementación de estas acciones ha demostrado ser eficaz en la prevención de muerte o incapacidad prematura por diabetes.

Conclusión

Debemos generar interés público sobre el problema de la diabetes, es de gran importancia tanto a nivel nacional, sociedad y del individuo para consolidar una respuesta social a este problema y de esta manera activar las políticas nacionales necesarias para reducir el impacto de la diabetes en México.

Para ello, es importante impulsar la generación de políticas públicas saludables que incidan en los estilos de vida asociados con el desarrollo de diabetes, como pueden ser aquéllas encaminadas a disminuir el consumo de bebidas azucaradas y las que favorezcan una alimentación adecuada.

Hoy en día las estrategias preventivas suelen dirigirse más hacia las modificaciones de estilos de vida, particularmente relacionados con la obesidad y el sobrepeso. Estas propuestas acaso retrasan la aparición clínica de la enfermedad.

Al parecer solo en la medida en que participe toda la sociedad se tendrán efectos sobre la incidencia de DM2. Varios estudios han partido de administrar medicamentos sensibilizantes a la acción de la insulina a personas con intolerancia a la glucosa o glucosa anormal en ayuno; comparados con los grupos de control se ha logrado reducir la aparición de diabetes, al menos bajo los criterios diagnósticos actuales. Las opciones terapéuticas se han multiplicado, la sociedad tiene una mayor conciencia del problema, se han creado productos y servicios especiales (calcetines, zapatos, alimentos, restaurantes, gimnasios), a pesar de lo cual la morbilidad y la mortalidad van en aumento. Es un problema de salud que nos incluye a todos los miembros de la sociedad mexicana, tanto a personal de la salud para que el paciente tenga una atención adecuada, como al paciente, para que lleve un adecuado control de su enfermedad, además de redes sociales que los apoyen y de esa manera seguir adelante.

Referencias

- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27:1047–53.
- International Diabetes Federation (IDF). *Diabetes Atlas*. 4.a ed. Brussels: IDF; 2009.
- Martorell R. La diabetes y los mexicanos: ¿Por qué están vinculados? *Prev Chronic* 2005 Jan. Hallado en: <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/040100es.htm>. Acceso el 17 de Agosto de 2016.
- Phillips M, Salmeron J. Diabetes in Mexico: A serious growing problem. *World Health Stat Q*. 1992;45:338–46. 11. Villarreal Rios E, Salinas Martinez AM, Medina Jauregui A, Garza Elizondo ME, Nunez Rocha G, Chuy Diaz ER. The cost of diabetes mellitus and its impact on health spending in Mexico. *Arch Med Res*. 2000;31(5):511–4.
- Aguilar-Salinas C, Gómez-Pérez FJ. Declaración de Acapulco: Propuesta para la reducción de la incidencia de diabetes en México. *Rev Invest Clin*. 2006;58;1:71–7. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bull World Health Organ*. 2003; 81(1): 19–27.

Ensayo

Un asesino en crecimiento, cómo evitar la aparición y progresión de la diabetes mellitus

Brenda Elizabeth Gonzalez Ruiz.
Médico cirujano y partero.
Universidad de Guadalajara (CUCS).
brenda_bonitareina@hotmail.com

Elí Benjamín López Arana.
Médico cirujano y partero.
Universidad de Guadalajara (CUCS).

Recibido: 19/Ago/2016

Aprobado: 29/Ago/2016

Palabras clave: Diabetes mellitus, factores de riesgo, complicaciones, prevención.

Introducción

Hoy en día la prevalencia de la diabetes mellitus tipo II y sus complicaciones van cada vez en aumento, a tal grado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera una gran epidemia y uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, siendo que 9% de adultos mayores de 18 años se encuentran con un reciente diagnóstico ⁽¹⁾. En 2014 según encuestas de la ENSANUT, 4 millones de mexicanos refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes mellitus. Actualmente representa un gasto para el gobierno mexicano de 3,430 millones de dólares al año en la atención del paciente, así como sus complicaciones ⁽²⁾.

Desarrollo

La diabetes mellitus es considerada una enfermedad crónica que afecta a hombres y mujeres por igual, no respetando religión o estatus social, pero teniendo en común múltiples factores de riesgo, además de predisposición genética que hacen a la persona más susceptible a desarrollar esta enfermedad.

Existen factores de riesgo modificables y no modificables, los cuales influyen de manera directa e indirecta en el desarrollo y progresión de la enfermedad, por lo que la OMS sugiere cambiar dichos factores para tener un mejor pronóstico y evolución en pacientes ya diagnosticados y retrasar su aparición en pacientes que aún no han sido diagnosticados con la enfermedad, todo con el fin de evitar las complicaciones que se llegan a presentar por un mal control del padecimiento.

Entre los factores de riesgo no modificables se encuentran la raza (porcentajes en la tabla No. 1), la edad (a mayor edad mayor riesgo), la carga genética (mutación en el gen 2 TCF7L2) ⁽²⁾.

Incidencia de diabetes por raza/etnia

Raza	Porcentaje
Hispano/latino	12.8%
Asiático	9%
Raza negra	13.2%
Indígenas americanos nativos	15.9%
Razas blancas no hispanas	7.6%
Tabla #1	

Si bien es sabido genéticamente la población mexicana está mayor predispuesta al desarrollo de esta enfermedad crónica y a sus complicaciones, todo esto debido a la coexistencia con múltiples factores de riesgo modificables entre los que destacan el sobrepeso u obesidad, una mala alimentación, el sedentarismo y la falta de interés de la población ante la enfermedad.

De los factores modificables que podemos encontrar el sedentarismo, la mala alimentación, obesidad, alcohol, tabaco, fármacos (antipsicóticos atípicos, diuréticos y betabloqueadores, glucocorticoides, anticonceptivos orales, ciclosporina, ácido nicotínico, ácido nicotínico, antirretrovirales, hormonas agonistas de la gonadotropina).

Las personas con diabetes corren un riesgo mayor de desarrollar una serie de problemas de salud graves. Con el paso del tiempo, los niveles persistentemente elevados de azúcar en sangre pueden causar problemas en ciertas partes del cuerpo y conducir a enfermedades graves que afectan corazón y los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. Otras complicaciones a largo plazo de la diabetes incluyen problemas con la piel, el aparato digestivo, disfunción sexual y problemas de dientes y encías.

También se pueden presentar urgencias médicas como complicaciones a corto plazo debidas a niveles muy altos o muy bajos de glucosa en sangre. Además, las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones, las cuales pueden ser la causa de las urgencias médicas. En México, así como en la mayoría de países de ingresos altos, la diabetes es la principal causa de enfermedades cardiovasculares, ceguera, insuficiencia renal y amputación.

Estadísticamente, entre el 10% y 15% de los infartos se producen en personas diabéticas, 2% de los diabéticos son ciegos, 10% tienen disminución en su agudeza visual, el 75% de personas diabéticas mueren por complicaciones debidas a arterioesclerosis como angina de pecho o infarto de miocardio. El 10% de personas dializadas, portadoras de enfermedad renal grave son diabéticos, entre el 5% y el 10% de los diabéticos son o serán amputados de un dedo del pie o de la pierna ⁽³⁾.

Teniendo en cuenta los datos antes mencionados, es de suma importancia un tratamiento y un cambio adecuado en el estilo de vida del paciente para retrasar o prevenir la aparición de dichas complicaciones. La medida más importante y adecuada es mantener los niveles de glucosa en sangre en rangos lo más cercano a lo normal posible.

Para llegar a ese objetivo se debe de mantener una dieta saludable con alto contenido en fibra, proteína magra, grasas con mayor contenido en las monoinsaturadas y pocas polinsaturadas, alto contenido en carbohidratos complejos y pobres en simples, realizar 30 minutos de actividad física de tipo aeróbica diaria al menos 5 días a la semana, tomar los medicamentos

Ensayo Hipoglucemia como factor de riesgo en personas geriátricas con diabetes mellitus

L.N. Christian Nava Garibay.

Pasante Lic. en Nutrición.

Universidad Univer Plantel Zamora.

Recibido:	22/Ago/2016
Aprobado:	31/Ago/2016

tipo aeróbica diaria al menos 5 días a la semana, tomar los medicamentos de forma regular, revisar diariamente sus pies en busca de cortaduras, ampollas, llagas o hinchazón, cepillarse los dientes y uso de hilo dental todos los días, controlar enfermedades asociadas como hipertensión o dislipidemias, no fumar y evitar el consumo de alcohol, llevar un registro de sus glucemias capilares para que el médico pueda realizar los cambios pertinentes en el tratamiento, realizar exámenes de la visión regularmente, realizarse exámenes de laboratorio cada 3 a 6 meses dependiendo la recomendación de su médico y acudir con personal de salud capacitado en caso de presentar alguna molestia.

Para lograr a cabo este objetivo se necesita la ayuda de todo el equipo multidisciplinario (médico, nutriólogo, psicólogo, activador físico), que pongan ese énfasis en cada área que les corresponde, para poder actuar en conjunto y lograr el objetivo de evitar la progresión de la patología con un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y los cambios al estilo de vida recomendados y así mejorar su calidad de vida.

Conclusión

Pero no tenemos que dejar de lado la prevención primaria, que consistirá en campañas hacia la población “sana” con factores de riesgo, incluyendo a todos los mexicanos (por predisposición genética), donde se tendrá que hablar de la importancia del cambio de estilo de vida saludable (alimentación equilibrada y balanceada y pérdida de peso), además de actividad física, ya que según diversos estudios siguiendo estos lineamientos podemos retrasar 10 a 20 años la aparición de la diabetes mellitus o disminuyendo el riesgo de desarrollar diabetes entre 34% y 43% ⁽⁴⁾. También se tendrá promover las mediciones de HbA1c y microalbuminuria al menos una vez al año para la detección de diabéticos, así como potencialmente susceptibles a padecer diabetes. De esta manera se lograría un impacto en el sistema nacional de salud a nivel nacional ya que bajarían los costes destinados este tipo de enfermedades crónico degenerativas, siendo que se podrían usar estos recursos en programas con enfoque preventivo donde se tendrían un mayor impacto a la sociedad a largo plazo, con una mejor calidad de vida.

Referencias

1. American Diabetes Association. (2013). *Complicaciones de la Diabetes Mellitus*.
2. Ministerio D E Sanidad Y. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2* Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. *GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS*, 1, 1–181.
3. OMS. (2010). *Enfermedades crónicas y promoción de la salud*.
4. Mauvais-Jarvis, F., Andreelli, F., Hanaire-Broutin, H., Charbonnel, B., & Girard, J. (2010). Therapeutic perspectives for type 2 diabetes mellitus: Molecular and clinical insights. *Diabetes and Metabolism*, 27(4), 415–423.
5. Secretaría de Salud. (2010). *NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA2-2010, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS*. Diario Oficial de La Federación.

Palabras clave: Hipoglucemia, diabetes mellitus, geriatras.

La diabetes es una enfermedad no transmisible (ENT), frecuente en los ancianos; en quienes después de los 65 años alcanza una prevalencia del 10-20%. Las presentaciones varían desde la diabetes reciente de las personas muy ancianas hasta las de larga evolución, responsables de una acumulación de complicaciones degenerativas en el marco de comorbilidades más o menos relacionadas con la edad.

El envejecimiento de la población está asociado con un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes mellitus, así como sus complicaciones crónicas y agudas. Con los cambios en las metas del tratamiento glucémico y los niveles cada vez más bajos de hemoglobina glucosilada recomendados, la prevalencia de hipoglucemia, sobre todo en los pacientes en tratamiento con insulina, se ha incrementado.

La hipoglucemia, una de las complicaciones agudas de la diabetes mellitus, es definida por la American Diabetes Association como una glucosa sérica aleatoria menor a 70 mg/dL. Se le llama hipoglucemia leve a los episodios en que el paciente es capaz de autotratarse, mientras que un episodio severo es aquel que requiere de la intervención de terceras personas para su resolución. Es una de las complicaciones más temidas en el paciente anciano con diabetes y se asocia con afección en su funcionalidad y su calidad de vida.

Los gerontes diabéticos tienen también una peor calidad de vida que los no diabéticos y un riesgo más alto de depresión y de declive funcional.

El tratamiento de la diabetes expone a riesgos iatrogénicos, en especial de hipoglucemia. Por tanto, una valoración diabetológica y geriátrica general permite, en cada paciente anciano, fijar los objetivos terapéuticos y glucémicos.

La mejor manera de controlar la hipoglicemia es a través de una dieta similar a la utilizada para el control de la diabetes, la cual consiste en la reducción de azúcares simples, un consumo elevado de carbohidratos complejos y comidas frecuentes. Dulces, gaseosas e incluso jugos de fruta (que los fabricantes suelen endulzar con una gran cantidad de azúcar), son altos en azúcar y se deben evitar. Los alimentos que son altos en fibra dietética soluble de lenta absorción de carbohidratos ayudan a prevenir los cambios en los niveles de azúcar en la sangre. Para algunos, las frutas también pueden ser una buena adición como fructosa, el azúcar natural en la mayoría de las frutas, la cual no requiere insulina para ser absorbida por las células del cuerpo.

También se aconseja un aumento de la frecuencia de las comidas. Comer más de tres comidas por día ayuda a mantener los niveles de azúcar en la sangre y previene la aparición de los síntomas de hipoglucemia.

Recomendaciones sobre los nutrientes:

- El complejo de vitaminas B: Si la dieta tiene una deficiencia de estas vitaminas, la suplementación con vitaminas del grupo B ayudará a un perfecto metabolismo de los hidratos de carbono y fibra, así como también a la digestión y absorción de los alimentos.
- El cromo: Alivia los síntomas y eleva el nivel de glucemia, además es esencial para que la insulina funcione de manera óptima.
- El zinc: Es fundamental para una adecuada secreción de insulina.
- El magnesio: También es importante para el correcto metabolismo de los carbohidratos.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo convencionales para la hipoglucemia se basan a comer poco y aplicarse hipoglucemiantes o insulina.

Otros factores de riesgo asociados a la hipoglucemia son el compromiso fisiológico y de la respuesta contra reguladora asociada a la caída de los niveles séricos de glucosa. El tratamiento agresivo para alcanzar niveles bajos de hemoglobina glucosilada y los antecedentes de hipoglucemia severa o inadvertida modifican los umbrales en que se produce la respuesta del organismo ante la disminución de la glucosa, incrementando la probabilidad de presentar nuevos eventos de hipoglucemia graves.

Conclusión

De acuerdo a lo escrito el envejecimiento y los cambios en la reserva fisiológica producen una disminución en el desarrollo de síntomas asociados a la hipoglucemia, aumentando el riesgo de episodios inadvertidos o severos. Tradicionalmente la edad era referida como un riesgo de hipoglucemia, pero en la población mayor de 60 años la existencia de comorbilidades como la insuficiencia cardíaca, la desnutrición y la insuficiencia renal, se encuentran asociadas con un incremento en el riesgo de desarrollar estos eventos. Es necesaria la capacitación de los médicos y enfermeras de todos los niveles de atención para conocer las particularidades de las manifestaciones clínicas de la hipoglucemia que permitan su detección y tratamiento oportuno, dado que esta complicación aguda se encuentra asociada con un incremento en la mortalidad hospitalaria y a egreso, caídas y desarrollo de deterioro cognitivo que afectan directamente la independencia y funcionalidad de los adultos mayores.

Referencias

- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2009. *Diab. Car* 2009; 32: S13-S61.
- The U.K. Prospective Diabetes Study Group. Intensive bloodglucose control with sulfonylureas or insuline compared with convencional treatment and risk of complication in patient with type 2 diabetes. *Lancet* 1998; 352: 837-53.
- <http://www.zonadiet.com/salud/hipoglucemia.htm>
- Hindsworth H. The physiological activation of insulin. *Hindsworth H. La activación fisiológica de insulina. Clin Sci* 1933;1:1. *Clin Sci* 1933; 1:1.

Ensayo

El síndrome metabólico como una enfermedad de alto riesgo

Pasante L.N. José Raúl Valdez Leyva.
Universidad UNIVER Plantel Zamora.
rulo_leyvalvarez@hotmail.com

Recibido: 22/Ago/2016

Aprobado: 31/Ago/2016

Palabras clave: Síndrome metabólico, alimentación, estilo de vida, actividad física.

Introducción

El síndrome metabólico (SM) es un problema de salud pública a nivel mundial, en México se estima que el 50% de la población padece síndrome metabólico y de los 6.4 millones de adultos que han recibido un adecuado tratamiento sólo un 25% presentó una mejoría en su control metabólico. Se estima que para el año 2030 16.6 millones de personas padezcan SM, por lo que pasaremos del 7° lugar a nivel mundial al 6°.

¿Qué es el síndrome metabólico?

El SM se entiende como un desorden metabólico que conlleva a padecer mayor riesgo cardiovascular. La National Cholesterol Education Program y el Adult Treatment Panel III (NCEP/ATPIII) 2001, definen al SM como la presencia simultánea de obesidad abdominal, dislipidemia, hipertensión arterial (HTA), hiperglicemia en ayunas e insulinoresistencia, estableciéndose el diagnóstico con la presencia de tres o más de estas alteraciones en un mismo individuo. ⁽¹⁾

HTA + Obesidad + DM + Dislipidemia = Síndrome Metabólico

Fisiopatología del síndrome metabólico

La fisiopatología de esta enfermedad no está del todo clara, debido a que es un proceso altamente cambiante por las distintas etapas por las que pasa el cuerpo humano al padecer tres o más enfermedades crónicas que pueden provocar un descontrol hormonal y metabólico, lo cual hace que diversos órganos y sistemas tengan un funcionamiento inadecuado.

La fisiopatología del síndrome metabólico aún está en estudio. Se propone que la mayor actividad lipolítica de la grasa abdominal provoca aumento de la síntesis de triacilglicéridos. La acumulación de ácidos grasos de cadena larga en el hígado, músculo y algunas áreas cerebrales, sumada a la toxicidad pancreática ejercida por estos ácidos grasos constituye factores fundamentales en las modificaciones metabólicas que permiten la aparición de este síndrome.

Como parte del modelo se sugiere que el aumento de los ácidos grasos puede provocar: Disminución de la captación periférica de glucosa al inhibir la unión de los transportadores Glut-4 a la membrana celular, disminución de la secreción de insulina por las células β del páncreas (efecto lipotóxico) y aumento de la síntesis de triglicéridos hepáticos y VLDL que condicionan la generación de LDL pequeñas y densas. ⁽²⁾

Tratamiento nutricional para el síndrome metabólico

El síndrome metabólico requiere de mantener un adecuado estilo de vida saludable en conjunto de buenos hábitos de alimentación y una actividad física, para así tener un buen control y por consiguiente evitar complicaciones en las enfermedades crónicas.

El tratamiento de este tipo de patologías son de mucha importancia ya que dentro del plan de alimentación y la actividad física (AF) se deben tomar en cuenta ciertos criterios de las enfermedades con las que cursa el individuo, como por el ejemplo el grado de obesidad de la persona, tipos de alimentos mayormente consumidos, los tiempos de comida realizados en un día, la capacidad respiratoria a la hora de una AF, tipos de ejercicios que puede desempeñar sin poner en riesgo su salud, etc. y así tener una adecuada estrategia para una saludable alimentación y un plan de AF adaptado a las posibilidades y necesidades del individuo.

En primer lugar deberían realizarse modificaciones en el estilo de vida (disminución de peso, dieta y actividad física) y solamente utilizar tratamiento farmacológico cuando las medidas anteriores sean insuficientes.

La pérdida de peso tiene una importancia primaria en el manejo del SM. Esta reducción de peso debe resultar de una menor ingesta calórica (con disminución de 500-1,000 Kcal/día) y de una adecuada actividad física que aumente las pérdidas energéticas, además de una modificación de la conducta a largo plazo.

Como regla general, las personas con SM deben adherirse a un contexto de hábitos dietéticos basados en una dieta con baja ingesta de grasas saturadas, grasas trans y colesterol, reducción en ingesta de azúcares simples y aumento en la ingesta de frutas, verduras y cereales. ⁽³⁾

Lo mencionado anteriormente es la base de una plan alimenticio saludable para una persona con condiciones específicas de alguna patología, a esto se le debe incluir el consumo de omegas 3, 6 y 9, presentes en alimentos de origen animal como el pescado, frutas como el aguacate y oleaginosas como la nuez, almendra y cacahuete, por mencionar algunos que ayudarán a disminuir los niveles altos de colesterol y triglicéridos; de la misma manera se tiene que limitar el consumo de sodio (Na) para así poder contribuir con la disminución de la tensión arterial (TA) y la retención de líquidos que se pueda presentar.

Las dietas DASH y mediterránea son una buena elección para esta patología, ya que la DASH está específicamente diseñada para la disminución de la TA y la mediterránea cuenta con un consumo rico-moderado de omegas, antioxidantes y cardioprotectores, por lo cual la implementación de este tipo de dietas son beneficiosas para población con SM.

Riesgos del síndrome metabólico

Los riesgos de morbilidad y mortalidad en esta población son muy altos ya que la mala alimentación y estilo de vida sedentario hacen más propenso a los individuos a presentar un evento cardiovascular (EVC) o infarto agudo al miocardio (IAM) por la inadecuada de circulación sanguínea.

El síndrome metabólico (SM) constituye un estado de alto riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades del corazón y diabetes, y las personas sedentarias son particularmente susceptibles a padecerlo. ⁽⁴⁾

Conclusión

El síndrome metabólico es una enfermedad muy común en la población mexicana y que lamentablemente muchas personas no saben que la padecen. Para prevenir que el número de personas con SM en nuestro país vaya en ascenso se debe identificar esta enfermedad de manera temprana y hacer un plan multidisciplinario al momento de su detección, en el cual se le brinde a la población información necesaria para así hacer cambios en los hábitos alimenticios y modificaciones en los estilos de vida.

De igual manera es necesario detectar los factores que indican ya una complicación del síndrome metabólico para derivar a las instituciones de salud y de esa manera adecuar un tratamiento oportuno y eficaz.

Referencias

1. Lozada M, Machado S, Manrique M, Martínez D, Suarez O, Guevara H. Factores de riesgo asociados al síndrome metabólico en adolescentes. *Gac Méd Caracas* 2008;116(4):323-329. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/gmc/v116n4/art08.pdf>
2. Schnell M, Domínguez Zury A, Carrera C. Aspectos genéticos, clínicos y fisiopatológicos del Síndrome Metabólico. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/avn/v20n2/art06.pdf>
3. Alborno López R, Pérez Rodríguez I. Nutrición y síndrome metabólico. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2012; 32(3):92-97. Disponible en: <http://revista.nutricion.org/PDF/NUTRICION.pdf>
4. Miguel Soca P. El síndrome metabólico: un alto riesgo para individuos sedentarios. *ACIMED.* 2009; 20(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/acimed/aci-2009/aci092g.pdf>

Ensayo

“Más vale prevenir que lamentar”, síndrome metabólico como factor de riesgo cardiovascular

Mitzi Rubí Becerra Moscoso.
Pasante Médico Cirujano y Partero.
Universidad de Guadalajara.
mitzibecerra16@gmail.com

Recibido:	19/Ago/2016
Aprobado:	24/Ago/2016

Palabras clave: Riesgo cardiovascular, prevención, síndrome metabólico.

El síndrome metabólico es una enfermedad crónico-degenerativa y una de las principales causas de muerte debido a sus complicaciones. En Jalisco durante el 2013 más de 13 mil personas murieron a causa de una enfermedad del corazón o por diabetes mellitus según el INEGI. Este hecho ha significado poner un mayor énfasis en la prevención, detección y control para evitar que el número de afectados siga en aumento.

Se diagnostica si se presentan por lo menos tres de los siguientes factores de riesgo, aunque una persona puede presentar cualquiera de estos factores individualmente, pero por lo general se presentan juntos:

- Exceso de grasa alrededor de la cintura. Esta situación se llama obesidad abdominal la cual eleva más el riesgo de sufrir enfermedad de las arterias coronarias que si el exceso de grasa estuviera en otras partes del cuerpo, por ejemplo, en las caderas.
- Niveles sanguíneos elevados de triglicéridos (o el hecho de estar tomando medicinas para controlar los triglicéridos altos).
- Concentración de colesterol HDL más baja de lo normal (o el hecho de estar tomando medicinas para controlar el colesterol HDL bajo).
- Hipertensión arterial (o el hecho de estar tomando medicinas para controlar la presión arterial alta).
- Concentración de glucosa sanguínea en ayunas más alta de lo normal (o el hecho de estar tomando medicinas para el tratamiento de la diabetes).

Es una enfermedad que requiere atención permanente, ya que las complicaciones a corto y largo plazo demandan atención médica y tratamientos especializados, lo que implica que su atención conlleve costos abrumadoramente altos.

Para prevenir es importante evitar los factores modificables que inciden en un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, como sedentarismo, colesterol alto, hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad o diabetes. La mayoría relacionado a la disminución del calibre de las arterias y a un menor flujo de sangre que irriga a todos los órganos del cuerpo, en especial al corazón.

Afortunadamente, estas enfermedades pueden prevenirse en gran medida, ya que tener un buen estado de salud depende más de los hábitos, especialmente de los de tipo alimentario, que de los factores genéticos o hereditarios. Esto es muy importante considerarlo para reducir los riesgos para síndrome metabólico y es aquí donde el personal de salud funge un papel importante para la prevención; llámese médico,

enfermero, nutriólogo, licenciado en cultura física, puesto que son los principales en detectar factores de riesgo que conllevan a padecer enfermedades crónico-degenerativas en personas “aún sanas”. La prevención es la principal herramienta que se dispone para reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares en la población general. Esto puede llevarse a cabo mediante las siguientes medidas:

Llevar una alimentación balanceada. Incluye todos los grupos de alimentos, ricos en fibra, bajos en azúcares refinados, bajos en ácidos grasos saturados y trans, así como alimentos que proporcionen ácidos grasos esenciales (omega 3 y 6) que contribuyen a conservar niveles adecuados de colesterol.

Alcanzar y mantener un peso saludable, a través del índice de masa corporal (IMC) y la medición de la cintura (alerta si es mayor a 102 cm en hombres y mayor a 88 cm en mujeres).

Evitar fumar. Este hábito incrementa al doble el riesgo de desarrollar infarto del miocardio por desarrollo de arterioesclerosis debido a la actividad de la nicotina y el monóxido de carbono; además atribuye a padecer otras enfermedades asociadas como hipertensión y diabetes mellitus. Estudios realizados en nuestro país señalan que el 27.7% de la población entre 12 y 65 años es fumadora, esto es casi 3 de cada 10 mexicanos.

Vigilar y mantener la tensión arterial dentro de parámetros normales. Más aún si ya se cuenta con enfermedad coronaria y/o con antecedentes familiares cardiovasculares, pues tienen mayor probabilidad de padecer algún evento cardiovascular a futuro si no se aplican las medidas preventivas necesarias.

Realizar actividad física. Se ha comprobado que el ejercicio regula los niveles de triglicéridos y colesterol HDL en la sangre y ayuda a regular la tensión arterial, se recomienda un mínimo de 30 minutos al día de ejercicio aeróbico (caminar, correr, andar en bicicleta, etc.) para disfrutar de los beneficios que éste conlleva.

Como se ha mencionado anteriormente, la prevención es el pilar para resolver los problemas de la comunidad, ya que se basa en la corrección de factores de riesgo más que en la administración irreflexiva de medicamentos. Es fundamental conocer el riesgo de la población antes de que aparezcan manifestaciones clínicas para iniciar estrategias de prevención primaria. Lejos de alarmarnos por la incidencia que se presenta en nuestro país y sobre todo en Jalisco, debemos prestar atención que la gran mayoría de las enfermedades cardiovasculares puede prevenirse, porque los factores que lo provocan están relacionados sobre todo con el estilo de vida que adoptamos y la carga genética tiene una importancia muy limitada.

Ensayo Importancia de los factores de riesgo cardiovascular en el paciente con hipertensión

Mónica Lizeth Padilla Sánchez.
Pasante Médico Cirujano y Partero.
Universidad de Guadalajara.
monicasanchez9302@gmail.com

Recibido: 19/Ago/2016

Aprobado: 25/Ago/2016

Nunca es demasiado tarde para mejorar la salud cardiovascular. Algunos factores de riesgo pueden ser controlados y otros no, pero si se eliminan los factores de riesgo que pueden cambiarse y se controlan adecuadamente los que no pueden cambiarse, es posible reducir apreciablemente el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón.

En conclusión, muchos de los avances de la medicina (medicamentos, estudios de gabinete, nuevas intervenciones) no tendrían sentido aplicarlos a la población, si no se mejora la dieta, si no se hace ejercicio físico regularmente o si se continúa con el hábito tabáquico. Si se empieza a controlar el mayor número posible de factores de riesgo y se mantienen hábitos saludables, es probable reducir el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular en un futuro y mejorar la calidad de vida de las personas.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
2. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
3. L. Moreno-Altamirano. Epidemiology and social determinants associated with obesity and type 2 diabetes in Mexico. Revista Médica del Hospital General de México, Elsevier. 2014, Jul-Sept. Vol. 77. Núm. 03.
4. Carlos Corvalán. II Foro Virtual Salud Humana y Sistemas Productivos: Efectos del Cambio Climático en la Salud Humana. Los determinantes sociales y ambientales en relación al cambio climático y la salud. OPS/OMS 2012.
5. Friel, Sharon et al. Global health equity and climate stabilisation: a common agenda. The Lancet, Volume 372, Issue 9650, 1677 – 1683.



Palabras clave: Hipertensión, riesgo cardiovascular, cardiopatía isquémica.

Introducción

Hoy en día la medición de la presión arterial de los pacientes por parte de los trabajadores de la salud se ha convertido en un acto de rutina que en algunas ocasiones llega a ser indeliberado.

Sin embargo, resulta importante no solo la adecuada toma de la presión con la técnica correcta, sino un análisis de la cifra de la presión arterial en el contexto de las características y factores de riesgo de cada paciente.

El personal de salud suele preocuparse más cuando durante la exploración se encuentra con una cifra de tensión arterial por arriba de 140/90, ¿pero qué pasa cuando un paciente maneja cifras por debajo de este valor y además tiene antecedente de diabetes?

Desarrollo

Se ha demostrado que el riesgo de enfermedad coronaria e infarto aumenta progresivamente con el incremento de la presión arterial por arriba de 115/75 mmHg. (Shen L., 2013). Asimismo, en un metanálisis que incluían más de 4,000 individuos observaron una mayor incidencia de cardiopatía isquémica en aquellos pacientes con mayores valores de presión arterial, triplicándose el riesgo comparado con la población cuya presión arterial se encontraba en rangos normales (J.Sobrinho, 2000).

Esto nos habla de una relación lineal entre estos dos padecimientos y que por ende debemos prestar atención en aquellos pacientes en los que si bien no cumplen con los criterios de hipertensión pero presentan valores de tensión arterial por arriba de lo normal u óptimo podamos intervenir de manera oportuna mediante modificación de estilos de vida.

Actualmente existen en la población general más individuos que presentan Hipertensión aunado a más factores de riesgo cardiovascular que individuos en los que se presenta la hipertensión como único padecimiento.

La hipertensión y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular se potencian entre ellos, aumentando el riesgo cardiovascular total.

En pacientes hipertensos entre los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentar enfermedad coronaria son: La edad avanzada, nivel de colesterol alto, niveles bajos de HDL, diabetes mellitus, tabaquismo, así como la hipertrofia ventricular (Wilson PW, 1994).

Las Guías Europeas para el tratamiento de la hipertensión arterial de 2013 muestran una tabla en la que dependiendo del valor de la P.A en coexistencia al número de factores de riesgo, la evidencia de daño a órgano blanco así

como antecedentes de infarto al miocardio, evento cerebro vascular, entre otras condiciones se relaciona con un determinado grado de riesgo cardiovascular el cual puede clasificarse en bajo, moderado o alto.

La progresión de la enfermedad cardiovascular se da de manera continua, debido al daño constante que genera la hipertensión en los vasos sanguíneos, aumentando el riesgo cardiovascular no solo por su asociación a mas factores de riesgo si no por las características de la misma enfermedad. De ahí que el médico debe buscar intencionadamente datos que sugieran daño a órgano blanco durante la consulta a través de una fundoscopia en busca de retinopatía, además solicitarle estudios como electrocardiograma, niveles albumina en orina y creatinina sérica. Otros estudios que ayudan a la valoración vascular o de presencia de isquemia miocárdica pueden estar sujetos a la disponibilidad económica del paciente.

Aquellos pacientes quienes ya refieren antecedentes de infarto, insuficiencia renal crónica o alguna otra enfermedad manifiesta son considerados pacientes de alto riesgo en los que la intervención farmacológica debe priorizarse, no obstante los pacientes con hipertensión que se encuentran en riesgo bajo o moderado son también pacientes en los que la intervención oportuna ya sea farmacológica o no farmacológica resulta de vital importancia. No hay por qué demorar la

intervención permitiendo que como ya se mencionó el riesgo y la enfermedad cardiovascular sigan progresando. pacientes en los que la intervención oportuna ya sea farmacológica o no farmacológica resulta de vital importancia. No hay por qué demorar la intervención permitiendo que como ya se mencionó el riesgo y la enfermedad cardiovascular sigan progresando.

Conclusión

El propósito de estimar un riesgo cardiovascular y estratificar a los pacientes con ayuda de una adecuada anamnesis, exploración física y uso de otros estudios, para identificar factores de riesgo, es brindar un tratamiento oportuno y medidas preventivas desde niveles de riesgo bajo, recordemos que un factor de riesgo bajo a largo plazo puede convertirse en un factor de riesgo alto.

A cada cifra de presión arterial que leemos pongámosle un rostro, el rostro de nuestro paciente y démonos cuenta de que no es solo un número.



Otros factores de riesgo, daño orgánico asintomático o enfermedad	Presión arterial (mmHg)			
	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA de grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA de grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA de grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR		Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
1 - 2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto
> 3 FR	Riesgo bajo a moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Daño orgánico ERC de grado 3 o diabetes mellitus	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto a muy alto
ECV sintomática ERC de grado ≥ 4 o diabetes con daño orgánico/FR	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

Figura1. Estratificación del riesgo CV total en categorías de riesgo bajo, moderado, alto y muy alto según los valores de PAS y PAD y la prevalencia de factores de riesgo, daño orgánico, asintomático, diabetes mellitus, grado de ERC y ECV sintomática. Los sujetos con PA normal alta en consulta y normal fuera de consulta (hipertensión de bata blanca), especialmente sino tienen diabetes mellitus, daño orgánico ECV o ERC, tienen un riesgo mas bajo que la hipertensión persistente con los mismos valores de PA en consulta. CV cardiovascular; ECV enfermedad cardiovascular; ERC enfermedad renal crónica; FR factor de riesgo; HTA hipertensión arterial; PA presión arterial; PAD presión arterial diastólica; PAS presión arteria sistólica.

Referencias

J. Sobrino Martínez, M. Doménech Feriacarot, A. Coca Payeras El paciente hipertenso con cardiopatía isquémica, *Medicina Integral*, 2000 Vol 36, num. 4.

Giuseppe Mancia, Robert Fagard, Krzysztof Narkiewicz Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular total, Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión Sociedad Europea de Hipertensión (ESH), Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2013, 5-7.

Paul A. James, MD; Suzanne Oparil, MD; Barry L. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8).

Ramachandran S. Vasan, M.D., Martin G. Larson, Sc.D., Eric P. Leip, M.S., Jane C. Impact of High-Normal Blood Pressure on the Risk of Cardiovascular Disease, *New England Journal of Medicine*, 2001; 345:1291-1297.

Shen L, Ma H, Xiang MX, Wang , Meta-analysis of cohort studies of baseline prehypertension and risk of coronary heart disease *Am J Cardiol*. 2013 Jul;112(2):266-71. Epub 2013 Apr 19.

Wilson PW Established risk factors and coronary artery disease: the Framingham Study. *Am J Hypertens*. 1994;7(7 Pt 2):7S

Ensayo

Ejercicio físico, prevención para el desarrollo de la presión arterial en el adulto mayor

José Alberto Andrés Ventura.

Pasante de la Lic. Cultura Física y Deportes.

Universidad de Guadalajara.

joseandres.lcfd@hotmail.com

Recibido: 19/Ago/2016

Aprobado: 23/Ago/2016

Palabras clave: Ejercicio físico, presión arterial, prevención, adulto mayor.

Introducción

Los adultos mayores son vulnerables principalmente a enfermedades crónicas, alteraciones médicas sensoriales como visión y audición, malnutrición, incontinencia urinaria, uso de polifarmacia, deterioro cognitivo, depresión, dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, alteración en la marcha y deficiencia en apoyo, obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2. Las enfermedades crónicas degenerativas constituyen una de las principales causas de muerte a nivel mundial, por lo que su crecimiento significativo ha puesto en alerta a varios países, los cuales están adoptando medidas para combatir los factores de riesgo, siendo el ejercicio físico regular, un medio de prevención y rehabilitación de estas enfermedades.

En pacientes hipertensos, el VO_2 máx alcanzado durante una prueba de esfuerzo tiene significación pronóstica. Una cifra baja de VO_2 máx se asocia de forma significativa e independiente con mayor incidencia de eventos cardiovasculares y mortalidad total en pacientes con HTA, por lo que el efecto beneficioso del ejercicio va más allá de la simple disminución de las cifras de presión arterial.

La práctica regular de ejercicio físico a una intensidad ligera-moderada induce una serie de adaptaciones que producen beneficios para la salud. El ejercicio mejora el perfil lipídico y el control de la glucemia, reduce o previene la hipertensión arterial, la obesidad y el estrés, mejora la forma física y aumenta la longevidad, entre muchas otras.

Desarrollo

A nivel mundial la población de adultos mayores aumenta, repercutiendo en los ámbitos económico, social y principalmente en el sistema de salud, quien deberá ofrecer mayores servicios acorde a sus necesidades.

Por medio de la consulta médica clásica, resulta infravalorado el deterioro que puede llegar a tener el adulto mayor, tanto es así que la valoración geriátrica integral (VGI) resulta una herramienta para detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades del adulto mayor en la dimensión médica, mental, funcional y social. Los resultados de este tipo de valoraciones tienen por objetivo, analizar los parámetros necesarios que deben de tomarse en cuenta en la prescripción de un programa de ejercicios en pacientes con obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2.

Esto se logrará si se cuenta con un trabajo multidisciplinario capaz de dar un enfoque particular a la historia clínica de cada paciente.



Los humanos a medida que se hacen mayores, disminuyen su actividad física, hoy en día en la sociedad moderna el nivel de actividad física voluntaria disminuye tan pronto se alcanza la madurez. Si se tiene en cuenta la importancia del ejercicio para mantener la salud cardiovascular y muscular, no es sorprendente que los adultos inactivos tengan un deterioro en su capacidad funcional y en la tolerancia a los esfuerzos físicos. El objetivo de llevar a cabo un programa de actividad física es la intervención temprana para prevenir el deterioro funcional y la dependencia para así enlentecer o retrasar la aparición de riesgo de mortalidad, enfermedades crónicas, así como la institucionalización, el deterioro cognitivo y funcional.

Riesgos de llevar una inactividad física:



Estudios epidemiológicos han demostrado una fuerte relación entre la inactividad física y la presencia de factores de riesgo cardiovasculares, como hipertensión arterial, resistencia a la insulina, diabetes, dislipidemia y obesidad, así también, otros estudios clínicos y epidemiológicos, han sustentado que la práctica regular de actividad física, es un importante factor para la prevención y tratamiento de estas enfermedades.

Ejercicio en la hipertensión arterial

Los programas de ejercicio con actividades de alto componente dinámico previenen el desarrollo de HTA o bajan la presión sanguínea en adultos con presión arterial normal o HTA. Sin embargo, el efecto de la actividad física en la presión arterial es más acentuado en los pacientes hipertensos y se reduce una media de 6-7 mmHg en la presión arterial sistólica y la diastólica, frente a 3 mmHg en los normotensos. No se ha demostrado

que la edad, el peso y la raza influyan en el efecto hipotensor del entrenamiento y aunque no está clara la influencia del sexo, la respuesta hipotensora parece ser ligeramente menor en las mujeres.

En cuanto a las características del programa de entrenamiento, parece que todos los tipos de ejercicio, incluidos los ciclos con pesas, disminuyen los valores de presión arterial en hipertensos. Hasta el momento no parece haber acuerdo sobre la intensidad de ejercicio más adecuada, aunque los de intensidad moderada producen disminuciones similares o incluso superiores a las producidas por los de gran intensidad. En lo que respecta al tipo de ejercicio, no existe un acuerdo sobre la efectividad de programas que incluyan actividades aeróbicas como andar, trotar o correr, nadar, montar en bicicleta o bailar a una intensidad moderada (un 40-60% del máximo consumo de O_2 o un 60-75% de la frecuencia cardíaca máxima), con una duración por sesión de 30-45 min y al menos 4-5 días por semana. Se pueden realizar circuitos de pesas, una serie de 8-10 repeticiones por ejercicio, de intensidad entre el 40 y el 50% de una repetición máxima individual (1 RM), de tal manera que no se sobrepasen valores de 150 mmHg de presión arterial sistólica y 100 mmHg de presión arterial diastólica.

La aplicación de test físicos y la evaluación de la salud individual es de gran importancia para el desarrollo efectivo del programa de ejercicios, principalmente en personas con enfermedades crónicas degenerativas por lo que, antes de aplicar un test hay que tener en consideración ciertos aspectos, identificando el riesgo de la enfermedad y conocer el estado de salud individual, de esta forma con la prescripción adecuada de un programa se logrará aumentar la aptitud física, reducir los factores de riesgo, promover la salud y mejorar la calidad de vida; lo que nos lleva a buscar estrategias que garanticen que los sujetos puedan permanecer activos por el resto de la vida, considerando que los beneficios de los ejercicios solo perdurarán con la continuidad de la práctica.

Por otro lado, la práctica de actividad física, también tiene riesgos que deben ser considerados, el riesgo más común en el caso de los adultos, son los daños que puedan presentarse a nivel del músculo esquelético, de igual manera, un incremento de la actividad física intensa, puede llevar a un riesgo de aparición de muerte cardíaca e infarto al miocardio; en ese sentido, en adultos sedentarios la actividad física debe ir en aumento de forma gradual, para conseguir la adaptación del organismo a las cargas de trabajo físico. En población anciana frágil se recomiendan programas más conservadores en cuanto a intensidades, potencia, volumen y frecuencia del entrenamiento, cuanto más gradual sea la progresión mejor será la tolerancia y los efectos secundarios serán menores.

La actividad física debe ir en aumento de forma gradual, para conseguir la adaptación del organismo a las cargas de trabajo físico. En población anciana frágil se recomiendan programas más conservadores en cuanto a intensidades, potencia, volumen y frecuencia del entrenamiento, cuanto

más gradual sea la progresión mejor será la tolerancia y los efectos secundarios serán menores.

Conclusión

La práctica del ejercicio físico puede llegar a ser la intervención más eficaz para retrasar las diferentes enfermedades crónicas, siempre que éste se lleve a cabo de forma constante y siga un proceso gradual de adaptación del organismo a las cargas de trabajo cuando se haya sido una persona inactiva o sedentaria.

Si se hace un balance entre riesgos y beneficios de la práctica de actividad física es claramente favorable a los beneficios, sobre todo cuando la práctica es regular, el ejercicio debe ser considerado como la piedra angular en la que deben basarse las modificaciones del estilo de vida para la prevención de las enfermedades crónicas.

En un programa de entrenamiento para prevenir o intervenir en el desarrollo de enfermedades crónicas, se debe incluir ejercicios de fuerza, resistencia, equilibrio y marcha, ya que este tipo de entrenamiento multifuncional propicia importantes mejorías en la capacidad funcional del adulto mayor, elemento fundamental para el mantenimiento de la independencia en las actividades básicas de la vida diaria. Antes de iniciar con el programa de entrenamiento se tienen que tomar en cuenta algunas consideraciones para el desarrollo del ejercicio físico.

Los programas de entrenamiento mixtos, en los que se incluyan tanto ejercicios de resistencia como de fuerza, favorecen que el entrenamiento resulte más ameno además de asegurar el efecto antihipertensivo deseado, con lo cual se disminuyen los abandonos del ejercicio.

Referencias

Araceli Boraita Pérez. Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *RevEspCardiol*. 2008; 61(5):514-28.

Mikel Izquierdo, E.L Cadorey A Casas Herrero. Ejercicio Físico en el Anciano Frágil: Una Manera Eficaz de Prevenir la Dependencia. *JournalKronos*, Volumen: 13, Número 1 del año 2014.

Rossana Gómez, Henrique Monteiro, Marco Antonio Cossio-Bolaños, Domingo Fama-Cortez, Angelina Zanesco. El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. *RevPeruMedExp Salud Publica*. 2010; 27(3): 379-86.

Roxana Gisela Cervantes Becerra, Enrique Villarreal Ríos, Liliana Galicia Rodríguez, Emma Rosa Vargas Daza, Lidia Martínez González. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Aten Primaria*. 2015; 47(6): 329 – 335.

Ensayo

El autocuidado como estrategia para reducir riesgos de enfermedades crónicas

Lizza Giovany Vela Montalvo.

Licenciada en Enfermería.

Universidad de Guadalajara.

lizzavela04@gmail.com

Recibido: 19/Ago/2016

Aprobado: 29/Ago/2016

Palabras clave: Enfermedades crónicas, mortalidad, riesgos, educación para la salud, autocuidado.

Introducción

En México, más del 50% de la población entre 20 y 69 años de edad (> 20 millones), es portadora de por lo menos una de las enfermedades crónicas no transmisibles¹ y más de la mitad lo desconoce. Estas enfermedades son un problema de salud pública a nivel mundial y día a día aumentan de forma desenfrenada. Existen muchas causas ligadas a éstas como una predisposición genética que ante esa no hay mucho que hacer, pero además hay otros factores sociales, culturales y sobre todo educativos que nos frenan en una prevención de riesgos y nos hacen más susceptibles a desarrollar estas patologías en la mayoría de los casos hasta mortales.

Entre las enfermedades crónicas destacan las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad.

La amenaza es cada vez mayor pues el número de personas, familias y comunidades afectadas está aumentando y esta amenaza constituye una causa subestimada de pobreza y dificulta el desarrollo económico de muchos países sobre todo los que están en vías de desarrollo.

Desarrollo

La salud es un proceso complejo determinado por factores biológicos, psicológicos y sociológicos en el que el género, por su interrelación con todos ellos, tiene un papel importante. Rohlfs y Borrell han demostrado que las conductas relacionadas con la salud son diferentes en las mujeres y en los hombres, aunque son cambiantes con el tiempo.³

Estadísticas del Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) en México, muestran que la esperanza de vida se ha incrementado, las mujeres viven en promedio más años que los hombres. En 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33; para el 2005 la tendencia cambió a 77 y 73 años, respectivamente.⁴

Las enfermedades crónicas se caracterizan por su larga duración, progresividad e incurabilidad, requiriendo tratamiento y control por un número extenso e indeterminado de años. Debido a la importante carga que representan y a la estrecha relación entre mortalidad y morbilidad es necesario puntualizar que la reducción de los factores de riesgo puede ayudar al control o prevención de dichas enfermedades.

Se entiende por factor de riesgo cualquier atributo característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad. Un 45% de la mortalidad mundial total es atribuible al efecto de factores de riesgo evitables (41% para América Latina y el Caribe).⁵

Las enfermedades crónicas graves tienen por causa factores de riesgo común y modificable. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo. Entre ellos destacan el sobrepeso y la obesidad, una alimentación poco sana, inactividad física y el consumo de tabaco.

Existen muchas políticas de salud que fomentan la actividad física, la alimentación saludable; otras por su parte hacen hincapié en los riesgos que trae consigo el consumo de tabaco, alcohol y drogas, en un sinnúmero de medios nos bombardean con ideas sobre lo que nos beneficia o perjudica, pero estas ideas aunque bien intencionadas son insuficientes pues se requiere que cada individuo se haga cargo de su propio estado de salud, tomando en cuenta que el personal de salud solo es un guía y no nos va a cuidar sino que nos mostrará el camino que nos conviene seguir para evitar complicaciones quienes ya tienen el padecimiento y evitar las enfermedades crónicas quienes aún no las padecen, es por esto que se requiere que cada quien se empodere de su autocuidado.

Dorothea Orem refiere que el auto cuidado es la práctica de actividades que las personas efectúan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y su seguridad. En este sentido considera el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades biológicas, sino también las psicológicas, espirituales y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que una persona realiza para mantener la salud y desarrollarse de una forma que sea favorable para su vida.⁶

La realización del autocuidado requiere de la acción intencionada y calculada, que está condicionada por la adquisición del conocimiento y de habilidades de una persona y se basa en la premisa que las personas saben cuándo necesitan ayuda y por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar.

Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado y en algunas circunstancias, la persona puede decidir, por cualquier razón, no iniciar la conducta de auto cuidado cuando es necesaria.

Conclusión

El educar a las personas acerca del autocuidado, les estimula a tomar un papel más activo respecto de su salud. Las coloca en una posición más segura, permitiéndoles tomar decisiones informadas y confiadas acerca de su beneficio personal.

En muchos aspectos, somos los herederos de las decisiones que tomaron otras generaciones anteriores: Políticos, dirigentes empresariales, financieros y gente corriente. Las futuras generaciones se verán afectadas a su vez por las decisiones que hoy tomemos. Todos nos enfrentamos a una alternativa: mantenernos, o aceptar el desafío e invertir ya en la prevención de enfermedades crónicas.

Si no se actúa, unos 388 millones de personas morirán de enfermedades crónicas en los próximos 10 años. Muchas de esas defunciones serán prematuras y afectarán a familias, comunidades y países. Las repercusiones macroeconómicas serán sustanciales.⁷

No hay nada que justifique que las enfermedades crónicas sigan segando prematuramente la vida de millones de personas cada año por estar relegadas a un segundo plano en la agenda del desarrollo sanitario, cuando conocemos ya perfectamente la manera de evitar esas defunciones.

Conocemos las causas. El camino a seguir está claro. Actuar está ahora en tus manos.

Referencias

1. Velásquez, M. Rosas, P. Lara, E. Pastelón, Sánchez, C. Tapia, C. “Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México”, Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. en Arch. Cardiol. Mex. 2003; 73 (1): 62-77.
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud. OMS 2016 obtenido de la página de internet http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/
3. Arenas, M. Guillermina, Torres A. “Factores de Riesgo para enfermedades crónicas en universitarias del área de salud”. Revista Enfermería universitaria ENEO – UNAM vol 5 16-23.
4. INEGI.- “Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Mujer. 2006 INEGI. Estadísticas sociodemográficas. Dinámica de la población”.
5. Ministerio de Salud y Ambiente e INDEC. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2014. Argentina.
6. Orem, D. E. Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica. Pennsylvania, Masson y Salvat; 1993; 419-421.
7. Avellaneda A, Izquierdo M, Torrent Farnell J, Ramón JR. Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. An Sistema Sanit Navarra [Internet]. 2007 [citado 15 Feb 2010];30(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S11376_627200700030002&script=sci_arttext&tlng=pt

Ensayo

Además de los riesgos biológicos existen los riesgos mentales

Susana de la Rosa Hernández.
Lic. en Psicología.
Becaria de U.I.S.E.S.S.
susanadelarosa.gdl@gmail.com

Recibido: 22/Ago/2016

Aprobado: 31/Ago/2016

Palabras clave: Enfermedad, salud, psicología, social.

Cuando hablamos de enfermedades crónicas, siempre parece que hablamos de la enfermedad en sí, convertimos a la persona que padece la enfermedad en la enfermedad. En lugar de ver a “Don Juan” o a “Doña Pancha” vemos a “El Cáncer” o a “La Diabetes”.

Como Licenciada en Psicología y actual estudiante de la Maestría en Ciencias Socio-médicas considero que sería antiprofesional de mi parte dejar de lado a la persona, al individuo, al sujeto y su contexto; quién es ese sujeto, cómo se define, sus sentires y pensamientos sobre la enfermedad y resaltar que no es sólo eso, sino que son también sus preocupaciones familiares, económicas, sociales y culturales.

Las personas que atendemos tienen vida, no nos debe parecer sencillo decirles que están enfermos, que su responsabilidad es estar sanos y que “de seguro están enfermos por su culpa”. ¿Acaso no recordamos que al dar una noticia tan fuerte como el de padecer una enfermedad crónica desequilibra a las personas que atendemos y para las cuales trabajamos?, ¿no podemos reconocer que esa persona ya viene con problemas y se le irán sumando más riesgos?

Se nos dice que la salud mental y social está desconectada de la salud física en los entornos de las ciencias de la salud en los que nos movemos actualmente; eso es erróneo. Al momento de comentar una noticia sobre la salud de alguna persona, tenemos que tomar en cuenta su situación mental y social.

Tradicionalmente se ha definido a la salud como “ausencia de enfermedad”, la enfermedad se asocia a sensaciones como el malestar, el dolor, la incomodidad, etc., claramente perceptibles y que inciden directamente en la capacidad funcional de la persona. En cambio, el estado de salud no se “percibe”. De este modo, el concepto más convencional de salud está ligado a parámetros biológicos.

En 1948, en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se definió a la salud como “el estado de absoluto bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad”. En esa definición, aparecen, por primera vez, como componentes de la salud dos áreas relevantes del ser humano: la psicológica y la social, que se suman a la biológica, para dar lugar al concepto “integral” de salud, que implica factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes, tanto en el origen como en el entendimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar (Álvaro, J. L., Garrido, A., Torregrosa, J.R., 1996).

Si la misma OMS, que es una organización internacional, menciona que es necesario un equilibrio entre lo biológico, psicológico y social, ¿por qué de manera local no lo estamos aplicando?, ¿por qué en México seguimos hablando de que la salud y sus riesgos son sólo biológicos?

Por esta razón, hablar de riesgos nos debe llevar a plantear elementos que nos remitan a la integralidad del ser humano, ejemplos de riesgos que nos remiten a factores psicológicos y sociales:

Conductas alimentarias

- Comer en exceso.
- Dejar de comer (saltar comidas).
- Abusar de lo dulce o lo salado.
- Comer demasiado rápido.
- “Picar” entre comidas.
- Efectuar un número inadecuado de comidas (por ejemplo, no desayunar).
- Abusar de alimentos grasos.
- Tomar bebidas gaseosas.
- No seguir una dieta equilibrada.
- No vigilar el peso.

Drogas

- Fumar.
- Beber alcohol.
- Consumir medicamentos sin prescripción médica.
- Consumir drogas: Cocaína, heroína, cannabis, etc.

Actividad

- No llevar a cabo ningún tipo de ejercicio físico.
- Realizar esfuerzos físicos bruscos.
- Llegar al agotamiento físico.

Descanso

- Trasnchar.
- Dormir pocas horas.
- Dormir en exceso (incluso de día).

Higiene personal

- No usar la ducha diariamente
- Descuidar la higiene del cabello, ojos, nariz, pies.
- No lavarse las manos antes de comer.
- No cepillarse los dientes después de cada comida.
- Descuidar la limpieza de la ropa.

Trabajo

- Deficiente organización del tiempo en el trabajo.
- Falta de comunicación con los compañeros de trabajo.
- Participar en conflictos laborales.
- Desarrollar una actividad laboral que genere insatisfacción.
- Deterioro en la comunicación con mandos y/o empleos.

Pareja y familia

- Falta de comunicación.
- Entablar discusiones frecuentes.
- Incompatibilidad de aficiones para el tiempo libre.
- No afrontar los problemas cotidianos.

Amigos y entorno social

- No disponer de tiempo para las relaciones sociales.
- Ruptura en la comunicación con vecinos y conocidos.
- Desinterés por las actividades de tipo lúdico.

Relaciones sexuales

- Relaciones poco placenteras (insatisfacción sexual).
- Mala planificación de las relaciones sexuales.
- Inestabilidad y falta de seguridad e higiene.
- Promiscuidad sexual.

Otros comportamientos de riesgo

- Conducción temeraria de vehículos.
- Falta de medidas de seguridad en el trabajo.
- Comportamientos de riesgo doméstico (electricidad, productos tóxicos, etc.)
- Divorcio.
- Desempleo.

Extraído de: Álvaro, J. L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (Coord.) (1996) *Psicología Social Aplicada*. Editorial McGraw Hill. Madrid, España.

Aspectos psicológicos

- Trauma.
- Estigma.
- Discriminación.
- Pérdida.
- Miedo.
- Angustia.
- Culpa.
- Castigo.
- Estrés.
- Sufrimiento.
- Autoexclusión.
- Vergüenza.
- Dependencia.
- Vulnerabilidad.
- Negación.
- Ira.
- Frustración.
- Irritabilidad.
- Impaciencia.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Imagen alterada del cuerpo.
- Alteración de la sexualidad.
- Incumplimiento.
- Pérdida de un sentido de control sobre sus vidas.
- Dificultades interpersonales familiares.
- Hostilidad hacia la familia o grupo social.

Aspectos sociales

- Rechazo.
- Cambios de hábitos.
- Prohibiciones.
- Pérdida de la dignidad.
- Cambio del papel en la familia y de la dinámica familiar.
- Pérdida del control y de la independencia.
- Pérdida de intimidad.
- Cambios de rutinas e imposibilidad de ciertas tareas.
- Dependencia.
- Aislamiento social.
- Inadaptación social.
- Estigmatización.
- Aumento de los costes médicos.
- Recriminaciones y anatemas religiosos y moralistas.
- Problemas educativos.
- Invalidez.
- Imposibilidad de planificar el futuro.
- Discriminación laboral.
- Absentismo laboral significativo.
- Desempleo.
- Problemas económicos.

Todos estos riesgos nos llevan a la cuenta de que el sistema en que vivimos no nos da el sustento suficiente para tener un equilibrio benéfico para todos y todas en nuestro país.

Una parte importante en los estudios en salud mental se ha preocupado por investigar las causas sociales del deterioro psicológico. La importancia que tienen las experiencias psicológicas y sociales asociadas a la clase social, el género o el desempleo han sido puestas de manifiesto en numerosas investigaciones.

Durante los años sesenta se comenzaron a realizar numerosas investigaciones epidemiológicas en las que se encuestaba a la población acerca de diferentes síntomas de deterioro psicológico. Las personas que pertenecen a una clase social más baja tienen un mayor riesgo de sufrir trastornos en su salud mental, ya que no sólo están expuestas a un mayor número de sucesos estresantes sino que disponen de un repertorio menor de recursos materiales y psicológicos, con lo que su control sobre el medio social es menor y sus estrategias de afrontamiento resultan más deficitarias y menos exitosas. Las diferencias en depresión entre hombres y mujeres están relacionadas, generalmente, con la situación social de desventaja que ocupan con respecto a los hombres. El desempleo tiene consecuencias negativas para la salud mental, el empleo como institución social cumple una serie de funciones que satisfacen necesidades materiales y psicológicas básicas como son proveer de unos ingresos económicos, estructurar nuestro tiempo, facilitar las relaciones interpersonales, dar un estatus e identidad sociales, participar en metas colectivas y desarrollar una actividad. (Álvaro, J. L., Garrido, A., Torregrosa, J.R., 1996).

Al hablar de riesgos psicológicos y sociales en artículos científicos es: Buscar artículos que hablen de los riesgos psicológicos y sociales de las enfermedades.

Estamos ante explicaciones complementarias. El gran riesgo en las enfermedades crónicas es continuar con la desconexión de la persona, es no comprender que esto se trata de manera integral.

Desde la psicología social de la salud se problematiza que es necesario enfrentar el reto de lograr la participación de la sociedad frente a las problemáticas de salud y promover estilos de vida y medidas de prevención contra ellos. La comunidad debe de ser la mayor preocupación y el compromiso principal debe ser con la población.

Referencias

Aguilar, M. A., Reid, A. (Coord.) (2007) *Tratado de Psicología Social: Perspectivas socioculturales*. Universidad Autónoma Metropolitana. Editorial Anthropos. México.

Álvaro, J. L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (Coord.) (1996) *Psicología Social Aplicada*. Editorial McGraw Hill. Madrid, España.

Ensayo

Estrés precursor de riesgo de violencia

Dra. Celia Ramírez Aréchiga.

Universidad de Guadalajara.

Revisión por Lic. Kira Peralta y Lic. Katherine Barkley.

Recibido: 23/Ago/2016

Aprobado: 31/Ago/2016

Palabras clave: Violencia, estrés, personas.

Alguna vez te has preguntado, ¿por qué surge la violencia en el ser humano?

Para responder a esta pregunta hablaré de los procesos internos -físicos, mentales y emocionales- del ser humano para después hablar del entorno social, ya que la violencia es un mecanismo de expresión culminante de procesos internos.

El ser humano, al igual que todos los seres vivos, tiene una gran capacidad de interacción y respuesta a su entorno. Cómo respondemos -nuestras emociones pensamientos y comportamiento- está determinado por la interpretación positiva o negativa que da nuestro cerebro a los estímulos percibidos por nuestros sentidos de acuerdo a las emociones asociadas con las experiencias que hemos vivido, de placer (positivas) o de dolor (negativas), las cuales están guardadas en nuestro banco de memorias. La pronta y adecuada respuesta ante los estímulos negativos, como un riesgo o peligro, es lo que ha permitido la sobrevivencia y evolución del ser humano. Este mecanismo de respuesta de sobrevivencia y adaptación es conocida como "estrés".

El estrés no es malo ni bueno, es una reacción fisiológica provocada por la percepción de situaciones adversas o estimulantes (Cannon, 1915). Esta reacción fisiológica se activa y prepara al cuerpo para afrontar la situación mediante cambios inmediatos en el sistema nervioso y el sistema hormonal, de forma secundaria también altera el sistema inmune.

En general, el aprendizaje dentro de la teoría conductual se define como un cambio relativamente permanente en el comportamiento, que refleja una adquisición de conocimientos o habilidades a través de la experiencia. (Papalia & Wendkos, 1987). Una de las formas de aprendizaje dentro de la teoría conductual es el Aprendizaje Asociativo o por contigüidad, propuesto por el americano Edwin Guthrie (1886- 1959), el cual se desprende de los postulados de Thorndike y Pavlov. Este autor explica la asociación de dos estímulos -en ausencia de respuesta o estímulo incondicionado- por medio del principio de contigüidad. Este principio establece que cuando dos sensaciones ocurren juntas en forma repetida, acaban por asociarse, de manera que posteriormente cuando ocurre sólo una de estas sensaciones (estímulo), la otra sensación también es evocada (respuesta). Es así como la combinación de estímulos que ha ocupado a un movimiento, al volver a presentarse, tenderá a ir seguido por este movimiento. "Una estructura de estímulo alcanza toda su fuerza asociativa con ocasión de su primer apareamiento con las respuestas" (Hilgard & Bower, 1978). (A., H., & S., 1997).

Es importante reconocer en este punto, que nuestra capacidad de memoria va más allá de lo que somos conscientes, por lo tanto, cualquier suceso que genere una reacción positiva (placer) o negativa (dolor) será registrada y asociada con algún elemento del entorno que rodea ese momento (una persona, una voz, un color, un lugar, un movimiento), lo que genera que la emoción y reacción activada ante ese momento en particular se vuelva a

activar al identificar cualquiera de los elementos guardados en la memoria cerebral, dado que se ha identificado y clasificado dicho suceso como una amenaza ("estresor"). (Ej. tienes una discusión desagradable y después la mente asocia ese lugar y los detalles asociados con el evento y los guarda en tu memoria como factores amenazantes. El ir a ese lugar de nuevo activa esa memoria y la emoción que conlleva.).

Hay una gran diferencia entre "estresor" y "estrés", cómo ya se mencionó antes, el estresor es el elemento que se percibe como amenazante; posteriormente surge en consecuencia la reacción natural de autodefensa: El estrés. Es la percepción y no la situación la que nos estresa. Esta percepción es distinta en cada individuo, factor que queda más claro cuando se identifica que un "estresor" digamos un perro, puede generar una reacción de estrés en una persona mientras que en otra no, dependiendo de la memoria de experiencia emocional que esta tenga asociada hacia los perros, misma que puede ser positiva o negativa.

Hans Selye, endocrinólogo austriaco nominado al premio Nobel por sus investigaciones pilares sobre la respuesta de estrés, divide el mecanismo de la respuesta de estrés en tres fases:

1. **Alarma:** Consta de la percepción del estímulo, activación física-emocional-mental y las tres opciones de respuesta del estrés: congelamiento (parálisis), huir o pelear.
2. **Resistencia:** Nuestro organismo mantiene la activación física-emocional-mental tratando de superar la amenaza o adaptarse a ella ya sea de forma consciente o inconsciente, misma que puede durar semanas, meses o años (si es muy larga se le considera estrés crónico). Si el estrés acaba, el organismo puede volver a su estado normal.
3. **Agotamiento:** cuando el estímulo estresante es continuo o se repite con frecuencia, el organismo agota sus recursos de afrontamiento (resiliencia) y pierde su capacidad de adaptación; surgen enfermedades asociadas al estrés como: Insomnio, falta de concentración, depresión, fatiga y patologías cardiovasculares, gastrointestinales o metabólicas. Además surgen alteraciones emocionales, mentales y de conducta. (Selye, 1950).

La percepción

La **percepción** es una función básica en relación a la asimilación de la información sensorial de nuestro entorno: es comparar y relacionar información nueva con información previamente archivada. Durante este proceso las emociones e interpretaciones de la información previamente archivada se asignan también a la información nueva. Un ejemplo puede ser que nuestra pareja nos engañe con una mujer que vestía con minifaldas de forma regular. Al ver en la calle una mujer en minifalda es muy posible que sintamos el dolor de la traición del engaño, a pesar de que la persona sea otra.

¿Qué tiene que ver esto del estrés con la violencia?

Bien, como se puede ver en la primera fase, la fase de Alarma, hay tres tipos de respuesta: Congelar, huir o pelear. Esta fase es nuestro instinto de supervivencia que se activa, como cuando los perros perciben una amenaza a su vida, a su territorio o familia y atacan, huyen o se congelan (como sucede cuando se quedan paralizados en la mitad de la calle).

Cuando estamos estresados o estresadas somos más predispuestos a ser violentos/as. Se especula que los descubrimientos sobre el estrés puedan ayudar a explicar el por qué las personas que no son típicamente violentas se vuelven violentas en situaciones asociadas con agresión: Sus hormonas del estrés se elevan, facilitando el surgimiento de la agresión y volviéndolos más propensos a ser violentos en situaciones aparentemente benignas. En un estudio científico con ratas, publicado en la revista Behavioral Neuroscience (Neurociencias del comportamiento) (Kruk, Halász, Meelis, & Haller, 2004), de la Asociación Americana de Psicología, se demostró que el cambio hormonal que surge por la respuesta de estrés, estimula directamente el centro de control de agresión de sus cerebros. Este experimento se suma a las explicaciones del por qué bajo los efectos del estrés, los seres humanos (en fase de alarma) explotan tan fácilmente y es más difícil que se calmen.

El miedo es el detonador

La **percepción** de una amenaza ya sea real o imaginaria activa el miedo (emoción primaria) que conduce a generar, participar en o permitir la violencia. El miedo ansiedad se define como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anularlo o contrarrestarlo mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión; (Sandin & Chorot, 1995)

Además al ser víctima de violencia -en cualquiera de sus formas- es común que la persona se quede en un estado constante de ataque y se vuelva más propensa a la violencia, ya que al estar en una situación violenta se generan reacciones de estrés más fuertes, que se quedan grabadas en la memoria inconsciente o consciente durante años. Esto alarmantemente puede generar en consecuencia que la persona replique esta violencia hacia otras u otros: principalmente hacia aquellos/as que forman parte de su círculo más cercano, como los hijos e hijas, quienes pueden llegar a convertirse a su vez en personas que violenten o por el contrario, permitan ser violentadas, generando así un círculo vicioso de estrés-violencia.

Además al ser víctima de violencia -en cualquiera de sus formas- es común que la persona se quede en un estado constante de ataque y se vuelva más propensa a la violencia, ya que al estar en una situación violenta se generan reacciones de estrés más fuertes, que se quedan

grabadas en la memoria inconsciente o consciente durante años. Esto alarmantemente puede generar en consecuencia que la persona replique esta violencia hacia otras u otros: principalmente hacia aquellos/as que forman parte de su círculo más cercano, como los hijos e hijas, quienes pueden llegar a convertirse a su vez en personas que violenten o por el contrario, permitan ser violentadas, generando así un círculo vicioso de estrés-violencia.

El efecto del entorno y la sociedad actual en el estrés personal y familiar

Es bien sabido que el entorno afecta al ser humano y viceversa. Los cambios en el ritmo de vida, y en el medio ambiente, así como las presiones económicas y sociales generan situaciones que nos van condicionando día a día. La sociedad actual ha sido orillada por diversos factores a trabajar el doble, descansar la mitad y simplemente "sobrevivir", convirtiéndose cada día más en una comunidad colectivamente estresada e individualista, en la cual se incrementa la disfunción familiar, la violencia, la delincuencia - que a su vez genera miedo en la sociedad- y la indiferencia social.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) menciona que estamos ante un "exceso de información, intensificación del trabajo y de las presiones temporales, mayores exigencias de movilidad y flexibilidad, estar siempre 'disponible' debido a la tecnología de los teléfonos móviles y por último pero no menos importante, el miedo de perder el trabajo" (Trabajo). En especial en la situación económica actual de México en la que se balancea de un lado a otro, cambiando drásticamente afectando a miles de personas en cuanto a su estabilidad y seguridad financiera, que en una gran parte de la población mexicana es de supervivencia.

Aunado a esto hay un entorno en constante y acelerado movimiento: Ruido y caos en la ciudad, que nos mantiene en un estado de alerta sin motivo aparente, y estimula en nosotros emociones como: miedo, preocupación, frustración o desesperación. Este estado se suma al estrés que ya teníamos, haciéndonos cada vez más reactivos o en otras palabras, más propensos a violentar.

Por si fuera poco, el estrés es contagioso

Desde 1995 la Organización Mundial de la Salud declaró que el estrés, específicamente el laboral, se ha convertido en una epidemia mundial y en la nombró la epidemia del siglo XXI. Una descripción general de las epidemias es: un daño o desgracia que afecta a gran parte de la población y causa un perjuicio grave, pueden estar compuesta por enfermedades o fenómenos que muestran un crecimiento veloz y un factor alto de contagio. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés laboral provoca el 25 por ciento de los 75 mil infartos al año registrados en México; hasta ahora, 75 por ciento de los trabajadores mexicanos padecen este mal, lo que coloca al país en primer lugar a nivel mundial en esta categoría; le siguen China con 73 y Estados Unidos con 59 por ciento.

Este efecto de contagio de estrés se observa con mayor frecuencia en las grandes ciudades, como Nueva York, la Ciudad de México y ahora la Zona Metropolitana de Guadalajara, en donde los y las habitantes caminan por las calles cuales ollas de presión que con cualquier pequeño estímulo explotan. Puede que exploten en ese mismo instante, o que –con la cultura de “no pasa nada” o “farol de la calle, obscuridad de la casa”-, se guarden la reacción hasta llegar a casa o el trabajo donde se desquitarán las personas con quienes conviven.

En un estudio del Instituto de Max Plank en Alemania demuestra el factor de contagio emocional del estrés mostrando que tu estrés es mi estrés (Engert, Plessow, Miller, Kirschbaum, & Singer, 2014). En este estudio se observó como el simple hecho de ver a otra persona en una situación estresante nos estresa, a esto se le llama un fenómeno de “estrés empático”. En este estudio se vio que los participantes se estresaban al ver a su pareja estresada e inclusive al ver a un extraño en video estresándose. Los investigadores concluyeron que incluso nos estresamos al ver personas estresadas o sufriendo en un programa de televisión. En resumen, este estudio comprueba el gran potencial de contagio que tiene el estrés.

Estresor, ¿real o imaginario? La ausencia del presente

Otra de las grandes habilidades de nuestro cerebro, la imaginación, puede ser un gran beneficio o una gran tortura. Cuando se trata de hechos futuros, la imaginación genera situaciones hipotéticas y el cuerpo comienza a prepararse para pelear o huir (uno o una no planea congelarse, normalmente eso se da por estado de shock), causando incertidumbre, para lo cual reaccionamos ante lo que creemos que sucederá, imaginamos respuestas y creamos situaciones ficticias con el peor escenario que podemos imaginar y lo peor de todo es que, nos lo creemos. Esto resulta en que nuestro cuerpo sufre los daños del estrés antes de tiempo, el costo biológico de 1,400 reacciones bioquímicas que se generaron pero realmente no fueron necesarias, puesto que no se tuvo que correr a toda velocidad para huir de un tigre hambriento o pelear contra la invasión de su hogar.

Muchas de las situaciones que activan estrés además de las imaginarias futuras, son hechos del pasado a los que les damos vueltas una y otra vez en nuestra cabeza y corazón. Esto nos lleva a actuar, pensar y revivir una antigua realidad. Se ha registrado que hasta el 85% de situaciones que consideramos estresantes no son del presente y el 25% de estas acaba solucionándose mejor de lo esperado.

Esto sucede porque el cerebro no distingue entre lo real y lo imaginario, que por más increíble que parezca, ha sido científicamente comprobado (Abraham & Von Cramon, 2009). Las áreas del cerebro que se iluminan en una resonancia magnética funcional –esto sucede cuando se activa esa parte del cerebro- al comer una manzana, se activan de nuevo con el simple hecho de pedirle a la persona que se acuerde de cuando come una

manzana. Entonces, ¿qué es lo que sucede? Sucede que nuestro cuerpo al no saber si es real o sólo una imagen, genera la reacción química, nerviosa y hormonal como si fuera real, por ello al recordar algún conflicto, pensar en un examen, o imaginar ser víctima de violencia, se revive la ansiedad y los síntomas como manos sudorosas y taquicardia; se experimenta el desgaste físico con tan solo recordar el evento.

Este es precisamente el grave problema de la actualidad, percibimos como amenazantes a nuestra vida y/o territorio cualquier detalle: El cobrador del banco, mi colega molesto, la que pita en el carro de atrás, la lluvia, la posibilidad de ser violentada en la calle, etc. ante todo respondemos con una reacción física-emocional-mental que no siempre corresponde al grado de riesgo o peligro. Se activa entonces la alarma del estrés ante el sinfín de estresores cotidianos que realmente no son de vida o muerte.

Una forma de evitar esto es aprendiendo nuevas habilidades de afrontamiento para estar mejor equipados y entrenados con respuestas alternativas más efectivas y prácticas que las del estrés-violencia. Además, la buena noticia es que para reajustar la alarma y que se active la reacción del estrés solo cuando sea necesaria, tenemos instalada la habilidad natural de autorregulación, una función cognitiva humana. Esto permite convertir las reacciones negativas o no deseadas de estrés, en respuestas positivas y resilientes, dando lugar a soluciones proactivas y creativas para afrontar con éxito los estresores ya sean reales o imaginarios.

Conclusión

Se dice que es nuestra conciencia lo que distingue al ser humano del animal, a diferencia de los animales, el ser humano tiene la capacidad de aprender, razonar, reflexionar y tomar decisiones, entre sus muchas habilidades cognitivas y mentales. Sin embargo, en momentos de estrés estas capacidades se bloquean de forma automática, pareciera que uno pierde el control, diciendo cosas que no quería decir, haciendo cosas que lastiman a quienes nos rodean o a una/uno mismo. El decir que esta es una respuesta “automática”, es verdad a medias, ya que aunque sí es una reacción instintiva, la realidad es que tenemos la capacidad de regularla. Para ello necesitamos reconocer que tenemos esa capacidad y que es posible domar a esa o ese cavernícola instintivo interno que reacciona ante las posibles amenazas, reales o imaginarias, acabando entonces con el círculo vicioso de las respuestas de estrés-violencia.

Referencias

A., V., H., P., & S., K. (1997). *Teorías Psicológicas aplicadas a la educación: Teorías conductuales del aprendizaje*. En *Manual de psicología educacional* (págs. 45-82). Ediciones UC.

Abraham, A., & Von Cramon, Y. (2009). *Reality=Relevance? Insights from Spontaneous Modulations of the Brain's Default Network when Telling Apart Reality from Fiction*. *Reality and Personal Relevance*, 3:e4741.

Cannon, W. (1915). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. New York, NY: Appleton & Company.

Engert, V., Plessow, F., Miller, R., Kirschbaum, C., & Singer, T. (2014).

Cortisol increase in empathic stress is modulated by social closeness and observation modality. *Psychoneuroendocrinology* (45), 192-201.

Hilgard, E., & Bower, G. (1978). *Teorías del aprendizaje*. México: Ed. Trillas.

Kruk, M. R., Halász, J., Meelis, W., & Haller, J. (2004). Fast positive feedback between the Adrenocortical Stress response and a Brain Mechanism Involve in Aggressive Behavior. *Behavioral Neuroscience*, 118 (5), 1062-1070.

Papalia, D., & Wendkos, O. (1987). *Psicología del Desarrollo*. México: McGraw Hill.

Sandin, B., & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En *Manual de Psicopatología* (Vol. 2, págs. 53-80). Madrid: McGraw Hill.

Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, 1382-1392.

Trabajo., O. I. (s.f.). "¿Por qué importa el estrés en el trabajo". . Obtenido de http://www.ilo.org/global/about-theilo/newsroom/features/WCMS_184830/lang-es/index.htm



Yakult

Producto a base de leche fermentada que contiene más de 8,000 millones de *Lactobacillus casei* Shirota vivos, que promueven nuestra salud.

¿Qué es el *Lactobacillus casei* Shirota?

Es una bacteria láctica y probiótica capaz de llegar viva a los intestinos.

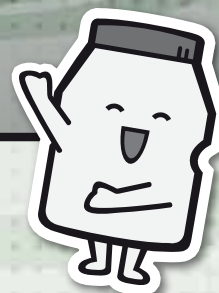
Beneficios del *Lactobacillus casei* Shirota

Mantiene en equilibrio la flora intestinal.

Promueve el movimiento peristáltico, ayudando a disminuir las molestias del estreñimiento.

Ayuda a prevenir enfermedades intestinales.

Contribuye a la reducción de sustancias tóxicas.



El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores.

Información para autores

- Los manuscritos deberán basarse en el manual “Uniform requirements for manuscripts submitted for biomedical publication”, del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.
- Deberá llevar hoja frontal con título, autores, grado, adscripción y dirección de correspondencia.
- Resumen menor a 100 palabras.
- Artículos originales llevarán introducción, material y métodos, resultados y discusión.
- Ensayos llevarán introducción, desarrollo y conclusiones discutidas.
- Referencias, citadas estilo APA.
- Cuadros y figuras en archivo aparte, los primeros con números romanos y segundos con arábigos.

Ubicación de la U.I.S.E.S.S.

Belisario Domínguez No.1000, Bajo la Farmacia Central del del Centro Médico Nacional de Occidente en la colonia Independencia. Guadalajara, Jalisco, México. CP. 44340 Teléfono y fax 36 68 30 00 Ext. 31818.



¿Tienes algún comentario, sugerencia o te gustaría participar con nosotros?



Puedes escribirnos a los siguientes correos electrónicos:

Dr. Javier E. García de Alba García (Jefe de la U.I.S.E.S.S.)

javier.garciaal@imss.gob.mx

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha (Investigadora U.I.S.E.S.S.)

ana.salcedo@imss.gob.mx

Boletín U.I.S.E.S.S. está incluido en los índices:

- Imbiomed
- Dialnet
- Latindex
- Benson collection of university of texas libraries
- www.yakult.mx
- Cengage learning

Visita nuestra página web:

www.uisess.org

BOLETÍN UISESS, Año 17, Número 2, Mayo-Agosto 2016, es una publicación cuatrimestral editada por la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, ubicada en Centro Médico de Occidente, Belisario Domínguez No. 1000, Col. Independencia, C.P. 44349, Tel. 36683000 ext. 31818, Editor Responsable. Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2015-08311102490-106 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor, impreso por Distribuidora Yakult Guadalajara S.A. de C.V. Periférico Poniente Manuel Gomez Morín No. 7425, Tel. 31345300, este número se terminó de imprimir en septiembre de 2016, con un tiraje de 500 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional del Derecho de Autor. Sin embargo para fines didácticos se autoriza la reimpresión y traducción de trabajos publicados siempre y cuando se cite la fuente. También se otorga permiso para fotocopiar con fines de uso institucional interno, uso educativo en las escuelas o uso personal.



Editora del Boletín

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha

Editor Asociado

Dr. Javier Eduardo García de Alba García

Versión Electrónica

Martha Angélica Gallardo García

Consejeros Eméritos

Dr. Jorge Alonso Sánchez

Dr. Alejandro Bravo Cuellar

Dr. Luis Vargas Guadarrama

Consejo Editorial

Dra. Adriana Balderas Peña

Dra. Lourdes Ramírez Dueñas

Dra. Blanca Ramírez Hernández

Dra. Yesenia Peña Sánchez

Dra. Blanca Miriam Torres Mendoza

Dra. Refugio Torres Vitela

Comité Editorial Internacional

Dra. Roberta D'Baer, Univ. of South Florida

Dra. Raminta Danylatute, Univ. of Wrigth

Dr. David Hayes Bautista, UCLA

Dra. Susan C. Weller, Univ. of Texas



Directorio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Director General

Lic. Mikel Arriola Peñalosa

Director de Prestaciones Médicas

Dr. José de Jesús Arriaga Dávila

Jefe de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildosola

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Salvador Cázares Queral

Coordinador de Investigación Médica

Dr. Fabio Salamanca Gómez

Directorio

Delegación Jalisco del I.M.S.S.

Delegado Estatal

Dr. Marcelo Castillero Manzano

Jefe de Prestaciones Médicas

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Enc. Coordinación de Planeación y Enlace

Dra. Elsa Armida Gutiérrez Román

Jefe de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.

Dr. Javier E. García de Alba García

Agradecimientos:

A las autoridades institucionales y a Distribuidora Yakult Guadalajara por su apoyo para el diseño y la impresión de este boletín.

Corrección

Hugo Enrique González Reyes

Diseño Gráfico

Oscar Gregorio Gómez Vázquez

www.yakult.mx