

Medicina

para
y por

Residentes

es una publicación de la Fundación SIIC para el Programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACiSE)

Vol. 8, N° 1, agosto 2023

Artículo original

Las brechas de género en las áreas de trabajo del sistema de salud argentino

M.E. Elorza, M. Tortul, pág. 6

Comentarios

C. M. Díaz Olmedo, Quevedo, Los Ríos, Ecuador, pág. 11

B. R. Gil Arias, Caracas, Venezuela, pág. 12

M. L. Gunturiz Albarracín, Bogotá, D.C., Colombia, pág. 13

Red Científica Iberoamericana

Uso de redes sociales, ansiedad, depresión e indicadores de adiposidad corporal en adolescentes

R. Gómez Campos, C. Urra Albornoz, R. Vidal Espinoza, J. Riveros, O. Opazo, M. Rivera Portugal, L. Urzua Alul, M. Cossio Bolaños, J. Méndez Cornejo, pág. 15

Comentarios

R. Guevara, Caracas, Venezuela, pág. 19

C. Wydler y L. Papalia, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, pág. 20

Trastorno por déficit de atención en estudiantes chilenos

C. I. Cisternas Isla, J. Herrera González, L. Punucura Arancibia, P. Caris Muñoz, M. Sandoval Leiva, I. Morales Ojeda, pág. 22

Comentarios

E. Y. Sapia, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

J. D. Agrímbau Vázquez, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, pág. 25

Y. Ameruso, Merlo, Argentina, pág. 25

Crónicas de autores

El tratamiento de la leucemia no afecta la función endocrina del testículo en niños

R. Rey, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, pág. 27

Comentario

P. C. Prener y C. M. Melillo, La Plata, Argentina, pág. 28

■ **Informes seleccionados** pág. 29

■ **Cartas al editor** pág. 32

■ **Contacto directo con autores** pág. 35

■ **Instrucciones para los autores** pág. 36



Medicina para y por Residentes



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

Dirección Editorial
Andrés Bernal

Consejo Editorial

Marcelo Loyato, Secretario, CODEI, H. Juan A. Fernández, CABA.
Gerardo Perazzo, Director, CODEI, H. Vélez Sarsfield, CABA.
Nery Fures, Director Científico de la revista Epidemiología y Salud, Buenos Aires
Miguel Ángel Falasco, Director, CODEI, H. Dr. Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires.
Salvador Lizzio, Subsecretario de Formación Profesional, FCM-UNC, Córdoba.
Raúl Costamagna, Asociación Parasitológica Argentina, Buenos Aires.
Roberto Elizalde, Jefe de Ginecología Oncológica, H. Pirovano, CABA.
José Vázquez, Jefe de Sección Andrología, H. de Clínicas J. de San Martín, CABA.

Comisión Académica Asesora (2009-)

Gerardo Perazzo, Director, CODEI, H. Vélez Sarsfield, CABA.
Nora Castiglia, CODEI, H. B. Rivadavia, CABA.
Horacio Repetto, H. Prof. Dr. A. Posadas, El Palomar, Buenos Aires.
Roberto Elizalde, Jefe de Ginecología Oncológica, H. Pirovano, CABA.
José Vázquez, Jefe de Sección Andrología, H. de Clínicas J. de San Martín, CABA.
Pablo Núñez, Instituto Nacional de Medicina Tropical, Misiones
Marcelo Loyato, Secretario, CODEI, H. Juan A. Fernández, CABA.
Orlando Barrionuevo, Jefe de Sala de Docencia e Investigación, HZGA Mi Pueblo, Florencio Varela, Buenos Aires
Verónica González, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires
Myriam R. Laconi, Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, Mendoza.
Nicolás Masquelet, Servicio de Internación, Hospital Infantojuvenil Dra. Carolina Tobar García, CABA.
Ana Clara Bernal, Servicio de Errores Congénitos del Metabolismo, Hospital de Pediatría SAMIC
Prof. Dr. Juan P. Garrahan, CABA.

Comisión Científica de Médicos Residentes (2010-)

Ana Prosello, H. Dr. Pablo Soria, Jujuy.
Gustavo Morales, H. Córdoba, Córdoba.
Laura Iburguren, H. Subzonal Rawson, Chubut.
Francisco Paulín, H. J. A. Fernández, CABA.
Pedro Nuñez, H. Prof. Dr. J. P. Garrahan, CABA.
Elmita Acosta, H. Río Gallegos, Santa Cruz.
Federico Parra, H. San Juan Bautista, Catamarca.
Pablo Panico, H. Ángel C. Padilla, Tucumán.
Laura Francesconi, H. de Niños, San Justo, Buenos Aires
Ricardo Pastre, H. Justo José de Urquiza, Entre Ríos.
Nicolás Morello, H. de Niños Dr. Alasia, Santa Fe.
Franco Gregorietti, H. Privado del Sur, Buenos Aires.
Laura Barraza, H. San Bernardo, Salta.
Walter Hugo Vivas, C. Privada de Especialidades, Villa María, Córdoba.

Misión y Objetivos

Medicina *para y por Residentes* contribuye a la formación científica continua de los médicos de habla hispana y portuguesa recientemente egresados de sus respectivas universidades. Es una revista trimestral compuesta por 4 números agrupados en un volumen anual.

Los textos de la publicación son seleccionados por la Comisión Científica de Médicos Residentes, con el asesoramiento de la Comisión Asesora, la Dirección Científica y los asesores científicos de la Fundación SIIC.

Medicina *para y por Residentes* edita artículos relacionados con las ciencias biomédicas en todas sus disciplinas, con énfasis en la producción científica de Iberoamérica. Sus contenidos se dirigen a los profesionales y técnicos vinculados con las ciencias de la salud, con especial hincapié en aquellos de reciente graduación o en las etapas finales de su capacitación profesional.

Los revisores científicos externos (*peer review*) juzgan la trascendencia científica, la exactitud técnica, el rigor metodológico, la claridad y objetividad de los manuscritos. Los revisores no reciben compensación económica por su colaboración científica.

El contenido científico de Medicina *para y por Residentes* es responsabilidad de los autores que escribieron los textos originales.

Medicina para y por Residentes

Se desarrolla con la colaboración editorial de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).

Adhiere a la Asociación Argentina de Revistas y Editores de Ciencias de la Salud (AARECS, exAAEB)
Es indizada por SIIC *Data Bases*.

Medicina para y por Residentes

Es una publicación de la Fundación SIIC que integra el programa Actualización Científica sin Exclusiones ACISE.

Esta revista es de libre distribución entre residencias biomédicas de hospitales públicos de la Argentina y América Latina adheridos a los programas ACISE.

La versión virtual de Medicina *para y por Residentes* puede ser consultada libre y gratuitamente por profesionales residentes, concurrentes y becarios en Colecciones SIIC en www.siicsalud.com/cis/

Los médicos que escriben en español los artículos de fuentes colegas no emiten opiniones personales sino que los resumen objetivamente.

Los valores de las suscripciones incluyen todos los gastos de envío. Para más información contactarse con Fundación SIIC, entidad responsable y propietaria de Medicina *para y por Residentes* (fundacion@siic.info). Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte editorial sin previa autorización expresa de SIIC. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la ley N° 11723.



Presidente
Rafael Bernal Castro

Directora
Rosa María Hermitte

Asesores científicos (ad honorem)

Javier Lottersberger, Decano,
Facultad de Bioquímica y Ciencias
Biológicas, UNL, Santa Fe.

Berta Roth, Directora, Área
Terapia Radiante y Diagnóstico por
Imágenes, Instituto de Oncología
Ángel Roffo, CABA.

Daniel Campi, Vicedirector,
Instituto Superior de Estudios Sociales,
San Miguel de Tucumán, Tucumán.



El programa ACISE cuenta con el respaldo de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC); declarado de Interés Nacional por Presidencia de la Nación (940/13), es oficialmente reconocido por su utilidad y calidad por los ministerios de Salud (Res. Nº 1058/10 y 1258/12), Ciencia y Tecnología (Res. Nº 266/09 y 747/13) y Educación (Res. Nº 529SPU/09 y 1891SPU /12) de la Nación.

ACISE permite el acceso de profesionales e instituciones de la salud a documentación científica de calidad internacional en idioma castellano. Se desarrolla con el respaldo de SIIC y la participación de empresas privadas y organismos públicos de gobierno de América Latina.

VINCÚLESE



Registración sin cargo para profesionales e instituciones de la salud.
Más información:



Contacto para instituciones: institucional@siic.info
Atención al Lector: atencion.lector@siic.info

Artículos Originales

SIIC publica artículos originales e inéditos escritos por prestigiosos investigadores, expresamente invitados, que presentan sus trabajos de manera rigurosa, desde el punto de vista científico, y amena, desde el aspecto pedagógico. Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los artículos originales aseguran documentos de calidad en temas estratégicos de la medicina y la salud.

Las brechas de género en las áreas de trabajo del sistema de salud argentino

Gender gaps in the work areas of the Argentine health system

El objetivo de este estudio fue caracterizar a las personas ocupadas del sector de salud del partido de Bahía Blanca, Argentina, desde una perspectiva de género. Los principales resultados señalan que, aun cuando el sector esté compuesto por una mayoría de mujeres, estas enfrentan situaciones de segregación laboral horizontal y vertical, a la vez que se observan diferencias en las condiciones de contratación.

ME Elorza, M Tortul

6

Comentarios

C. M. Díaz Olmedo, Universidad Técnica Estatal de Quevedo, Quevedo, Los Ríos, Ecuador

11

B. R. Gil Arias, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela

12

M. L. Gunturiz Albarracín, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, D.C., Colombia

13

Red Científica Iberoamericana

La Red Científica Iberoamericana (RedCibe) difunde los avances médicos y de la salud de América Latina, España y Portugal que contribuyen al progreso de las ciencias médicas de la región. La RedCibe, como parte integrante del Programa ACISE, publica en esta sección artículos e informes territoriales o especializados de calificados profesionales comprometidos con la salud de Iberoamérica.

Uso de redes sociales, ansiedad, depresión e indicadores de adiposidad corporal en adolescentes

Use of social networks, anxiety, depression and indicators of body fat in adolescents

Este estudio demostró que la ansiedad y la depresión están relacionadas estrechamente con elevados índices de adiposidad corporal y, al mismo tiempo, con mayor uso de redes sociales en adolescentes de ambos sexos. Sin embargo, los indicadores de adiposidad corporal no se asociaron con el uso de redes sociales. Estos hallazgos sugieren que los adolescentes con un elevado número de horas en redes sociales, adoptan estilos de vida que perjudican principalmente su salud mental.

R Gómez Campos, C Urra Albornoz, R Vidal Espinoza, J Riveros, O Opazo, M Rivera Portugal, L Urzua Alul, M Cossio Bolaños, J Méndez Cornejo

15

Comentarios

R. Guevara, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela

19

C. Wydler, Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano; L. Papalia, Sociedad Argentina de Nutrición,

Ciudad de Buenos Aires, Argentina

20

Trastorno por déficit de atención en estudiantes chilenos

Attention deficit disorder in Chilean students

El objetivo del estudio (cuantitativo, transversal, exploratorio) fue analizar las manifestaciones comportamentales de niños diagnosticados con trastorno de déficit de atención y la funcionalidad de la familia según el cuidador responsable del niño.

CI Sistemas Isla, J Herrera González, L Punucura Arancibia, P Caris Muñoz, M Sandoval Leiva, I Morales Ojeda

22

Comentarios

E.Y. Sapia, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez; J.D. Agrimbau Vázquez, Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan,

Ciudad de Buenos Aires, Argentina

25

Y. Ameruso, Hospital Municipal Eva Perón, Merlo, Argentina

25

Crónicas de autores

La sección incluye estudios relacionados a pedido de SIIC por los mismos autores cuyos correspondientes artículos se citan. Estos trabajos fueron recientemente editados en las revistas biomédicas clasificadas por SIIC *Data Bases*. Autores prestigiosos que habitualmente escriben en idiomas no hablados en Iberoamérica relatan sus estudios en inglés y SIIC los traduce al castellano.

El tratamiento de la leucemia no afecta la función endocrina del testículo en niños

Si fue administrado antes de la edad de 10 años, el tratamiento de la leucemia con los protocolos estandarizados en las dos últimas décadas no afecta la producción de hormonas testiculares en niños. Si lo fue posteriormente, podría provocar una alteración leve, que no requiere intervención médica durante la adolescencia.

R. Rey, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

27

Comentario

P. C. Prener y C. M. Melillo, La Plata, Argentina

28

Informes seleccionados

Resúmenes de trabajos seleccionados de la literatura médica universal, escritos por médicos integrantes del Comité de Redacción Científica de SIIC.

Transmisión intergeneracional de la violencia

Frontiers in Psychiatry. 1-12, Ene 2023

29

Tratamiento del cáncer de endometrio

New England Journal of Medicine, Mar 2023

29

Utilidad de la resonancia magnética cardíaca en la hipertensión pulmonar

Revista Argentina de Radiología 87(1):3-10, Mar 2023

29

El dengue aumenta el riesgo de insuficiencia cardíaca

Travel Medicine and Infectious Disease 53(102589):1-5, May 2023

31

Cartas al editor

32

Contacto directo con autores

35

Instrucciones para los autores

36



Las brechas de género en las áreas de trabajo del sistema de salud argentino

Gender gaps in the work areas of the Argentine health system

María Eugenia Elorza

Investigadora Asistente, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS) UNS-CONICET; docente, Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina

Marina Tortul

Profesional principal, IIESS UNS-CONICET; docente, Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina

Acceda a este artículo en siicinfo

Recepción: 12/07/2022 - Aprobación: 29/9/2022

Primera edición, siicsalud.com: 5/10/2022

<https://www.siicsalud.com/experto.php/170617>

Enviar correspondencia a: Marina Tortul, Universidad Nacional del Sur, San Andrés 800, 8000, Bahía Blanca, Argentina
marina.tortul@uns.edu.ar



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



Resumen

Los estudios con perspectiva de género se centran en la forma en que se relacionan mujeres y varones en distintos ámbitos, reflejando la distribución de poder entre ambos. La división del trabajo según el género condiciona las trayectorias laborales de las mujeres, quienes suelen destinar menos horas que los varones al trabajo remunerado, lo que repercute en su ingreso laboral, así como en otras compensaciones no monetarias. El objetivo de este trabajo fue caracterizar a las personas ocupadas del sector de salud del partido de Bahía Blanca, Argentina, desde una perspectiva de género. Para ello se analizó la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), utilizando una metodología cuantitativa. Los principales resultados señalan que, aun cuando el sector este compuesto por una mayoría de mujeres, incluso mayor que en el resto del país, con mayor educación y experiencia laboral que sus compañeros varones, estas enfrentan condiciones de segregación laboral horizontal y vertical, a la vez que se observan diferencias en las condiciones de contratación. El trabajo desde una mirada de género contribuirá al diseño de políticas que se propongan la equidad de género, es decir la ausencia de diferencias sistemáticas e injustas en las condiciones y las oportunidades de trabajo entre mujeres y varones. En particular, esta información puede resultar de gran utilidad para diseñar estrategias que tiendan a mejorar la situación de las mujeres cuando la gestión de la atención de salud se encuentra descentralizada a los niveles inferiores de gobierno.

Palabras clave: perspectiva de género, segregación laboral, condiciones de contratación, equidad de género, gestión de la atención de salud

Abstract

Studies with a gender perspective focus on the way in which women and men relate to each other in different spheres, reflecting the distribution of power between them. This type of work division conditions the working life of women, who tend to dedicate fewer hours to paid work than men, affecting their labor income, as well as other non-monetary compensations. The objective of this study was to characterize the men and women employed in the health sector of Bahía Blanca, Argentina, from a gender perspective. For this, the Permanent Household Survey of the Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, as per its initials in Spanish) was analyzed using a quantitative methodology. The main results indicate that, although the sector is composed of a majority of women, this proportion being even greater than in the rest of the country, with more education and work experience than their male counterparts, women face conditions of horizontal and vertical labor segregation. At the same time, differences are observed in the contracting conditions. The study of work from a gender perspective will contribute to the design of policies that propose gender equity, that is, the absence of systematic and unfair differences in the working conditions and opportunities between women and men. In particular, this information can be very useful for developing strategies that tend to improve the situation of women when health care management is decentralized to lower levels of government.

Keywords: gender perspective, labor segregation, contracting conditions, gender equity, health care management

Introducción

El género es una construcción social vinculada a los comportamientos, las responsabilidades y las oportunidades consideradas apropiadas para cierto contexto cultural según las personas sean de sexo femenino o masculino. Esta categoría abarca la forma en la que se relacionan mujeres y varones en distintos ámbitos, y refleja la distribución de poder entre ambos.

La perspectiva de género es una herramienta conceptual que sirve para comprender los condicionantes de la construcción de identidades de género, permitiendo identificar situaciones, en general, desfavorables para las mujeres.¹ El estudio del trabajo desde una mirada de género contribuirá al diseño de políticas que se propongan la equidad de género, es decir la ausencia de diferencias

sistemáticas e injustas en las condiciones y las oportunidades de trabajo entre mujeres y varones.²

La brecha salarial de género es frecuentemente el indicador utilizado para el estudio de la situación laboral con perspectiva de género. Esta medida representa la diferencia entre el ingreso laboral promedio de los varones y las mujeres y aparece cuando se paga menos a las mujeres que a los varones por el mismo trabajo o uno de igual valor, incluso cuando tienen la misma educación y experiencia. Si bien refleja la magnitud de la desigualdad laboral entre mujeres y varones, existen otras dimensiones del empleo que dan origen a la brecha salarial de género.

Este tipo de división del trabajo condiciona las trayectorias laborales de las mujeres, quienes suelen destinar menos horas que los varones al trabajo remunerado, lo que

repercute en su ingreso laboral, así como en otras compensaciones no monetarias. También lo hace al interior del mercado laboral, donde mediante un proceso de segregación ocupacional, que puede ser vertical u horizontal, se produce un acceso diferencial a ingresos propios.

La segregación vertical se refiere a la relativa escasez de mujeres en los puestos de mayor categoría ocupacional. Esta puede ser explicada por la existencia de obstáculos invisibles que, por un lado, impiden que las mujeres asciendan a puestos jerárquicos ("techo de cristal"), y por el otro, tienden a mantener a estas en puestos de menor categoría dentro de las organizaciones ("piso pegajoso"), aun cuando tengan competencias y calificaciones idénticas o mayores que las de sus colegas varones.

La segregación horizontal denota la concentración de mujeres y varones en distintos sectores productivos, y se describe a través de la metáfora "paredes de cristal", que hace referencia a muros invisibles que dificultan el acceso de las mujeres a ciertos sectores laborales, en general más valorados por el mercado y, por lo tanto, mejor pagos. Esta última dinámica da lugar a la relativa feminización de las ramas de la estructura productiva con salarios más bajos, tradicionalmente consideradas de incumbencia "femenina", tales como: educación de nivel inicial, preparación de alimentos, limpieza de casas particulares y cuidado de niños, personas mayores e individuos dependientes.

Este proceso se refleja en el sector salud, donde las mujeres representan una alta proporción de la fuerza laboral. A su vez, las dinámicas de segregación se reproducen al interior del sector mano de obra intensiva, donde la existencia de jerarquías que contribuyen a la coordinación de las tareas en un proceso productivo también reflejan las relaciones de poder que estructuran el sistema de salud.

El género en el sector salud afecta la forma en que se realiza el trabajo, determinando la ubicación estructural de mujeres y varones en la fuerza laboral sanitaria. Las primeras se ubican principalmente en puestos de categorías ocupacionales más bajas, concentrándose en aquellas asociadas con el cuidado, tales como enfermería, y se encuentran subrepresentadas en los puestos de toma de decisiones, ya que solo ocupan el 25% en los cargos de alto nivel. A escala global, se estima una diferencia salarial promedio entre hombres y mujeres del 26% en el sector salud, superior al promedio de otros sectores, que no se explica por factores observables, como la educación o la antigüedad.³

En la Argentina, donde las mujeres también representan un alto porcentaje de la fuerza laboral sectorial, existe evidencia sobre la desigualdad de género, que perjudica a las trabajadoras de la salud.⁴ Estas, históricamente han ocupado puestos de menor calificación, aunque en las últimas décadas la desigualdad en la distribución de varones y mujeres del sector según el nivel de calificación se ha reducido.⁵ También existen diferencias en la ocupación de puestos de toma de decisión debido a que la mayoría de los cargos de conducción de la rama asistencial (dirección de hospitales, subdirecciones y jefaturas de servicios) en el sector público están ocupados por profesionales varones.⁶ En la actualidad, otra desigualdad que persiste es la vinculada a los ingresos laborales de varones y mujeres dentro del sector.⁷

Sin embargo, en la Argentina la gestión de la atención de salud se encuentra descentralizada en los niveles provinciales de gobierno.⁸ Pese a que el Ministerio de Salud de la Nación tiene la responsabilidad general de conducir, coordinar y modular el sistema de salud en su conjunto y, en particular, definir las políticas de recursos humanos en

salud, son finalmente las jurisdicciones subnacionales las que diseñarán e implementarán las estrategias que permiten formar, atraer y retener los recursos humanos en salud adaptadas a sus necesidades y posibilidades.⁹

Más aún, en algunas provincias la gestión de la salud se encuentra descentralizada a los niveles locales de gobierno, por lo cual es posible encontrar, dentro de una misma región, ciudades con sistemas de salud diferentes. En función de esta organización, adquiere relevancia evaluar las condiciones laborales de las mujeres empleadas en el sector salud de cada localidad específica. Esto permitirá diseñar intervenciones que corrijan las desigualdades de género respondiendo a las particularidades del área de estudio.

El partido de Bahía Blanca, en la provincia de Buenos Aires, Argentina, incluye tres localidades: Cabildo, General Daniel Cerri y Bahía Blanca. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) de Argentina, su población en 2010 era de 301 572 habitantes.¹⁰

El sistema de salud del partido de Bahía Blanca hace una importante contribución a la economía local a partir de la prestación de servicios de salud derivada de una gran oferta de prestadores. Cuenta con instalaciones en el sector público en tres niveles de gobierno: el Hospital Militar, dependiente del Ejército Argentino, financiado por la nación; el nivel provincial es responsable del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna, y el nivel municipal es responsable del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero y de 56 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que se encuentran distribuidos en el territorio. A su vez, el sector privado cuenta con una amplia diversidad de actores. Estos incluyen cinco instituciones hospitalarias y una gran cantidad de profesionales independientes, así como otros servicios de diagnóstico y tratamiento.

La información sectorial sobre el recurso humano en salud es, en general, escasa, y más aún en términos desagregados según sexo. La generación de información sobre género y fuerza laboral de salud puede resultar de gran utilidad para diseñar estrategias que se propongan mejorar la situación de las mujeres que trabajan en el área. En consecuencia, este trabajo avanza, en la medida que la información disponible lo permite, en la caracterización de las personas ocupadas en un sector de salud local de Argentina, desde una perspectiva de género.

El objetivo general de este trabajo es identificar diferencias entre varones y mujeres en la fuerza laboral del sector salud del partido de Bahía Blanca en el año 2019. Los objetivos específicos son: estimar la participación de las mujeres en el sector salud en relación con el resto de la población ocupada del partido de Bahía Blanca y del resto del país; comparar las características sociodemográficas de mujeres y varones empleados en el sector salud del partido en cuestión, y contrastar las condiciones laborales de mujeres y varones que trabajan en el sector salud del mismo partido.

Métodos

Se realizó un estudio cuantitativo de la fuerza laboral del sector salud en la región de interés. La fuerza de trabajo sectorial incluye a todas las personas ocupadas, desocupadas y subocupadas que participen laboralmente en el sector, tanto en forma directa como indirecta. Su análisis permite cuantificar y caracterizar fenómenos que operan tanto por el lado de la oferta como de la demanda laboral, tales como las condiciones de acceso y permanencia en el mercado de trabajo, así como los niveles de calificación y de ingresos. Se utilizó como fuente de información la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Este es un re-

levamiento trimestral del INDEC sobre las características sociodemográficas y socioeconómicas de la población argentina, que cubre 32 aglomerados urbanos que representan más del 70% de la población urbana total del país. De acuerdo con dicho relevamiento, el aglomerado urbano Bahía Blanca-General Daniel Cerri (BBC) se considera una aproximación al partido de Bahía Blanca y el resto de los aglomerados urbanos (RAU), como representación del resto del país. Las bases de microdatos de los individuos y de los hogares para los cuatro trimestres de 2019 se obtuvieron del INDEC.¹¹

Sobre la base de la definición de fuerza de trabajo en salud pública del Ministerio de Salud de la Nación, se consideró como trabajadores de la salud a las personas responsables de contribuir, de manera directa o indirecta, a la provisión de servicios de salud, independientemente de su formación y de la institución en la que se desempeñen. Para su identificación en la base de datos se utilizó el Clasificador de Actividades Económicas para Encuestas Sociodemográficas del Mercosur 1.0 Versión Argentina. Se incluyeron como parte del sector salud las divisiones Atención, Atención a la Salud Humana, y Asistencia Social Relacionada con la Atención a la Salud, de la sección Salud Humana y Servicios Sociales. No se consideró la división Servicios Sociales Sin Alojamiento.

Se confeccionó una base de datos que combina los registros correspondientes a los trimestres de 2019. Durante dicho año, se relevaron 1242, 1298, 1300 y 1260 observaciones pertenecientes a los trimestres I, II, III y IV, respectivamente. Luego de unificar las bases de datos trimestrales se eliminaron las observaciones repetidas, debido a que, según el muestreo por rotación utilizado por la EPH, un mismo individuo es entrevistado en más de un trimestre. Se identificaron esos casos (806, 601, 588 y 0 observaciones duplicadas en los trimestres I, II, III y IV, respectivamente) y se eliminó la información correspondiente al trimestre más antiguo para mantener el dato más actualizado. Después de realizar este procedimiento, la base de datos anual quedó integrada por 3105 observaciones, de las cuales 85 correspondían a personas ocupadas en el sector salud. Se utilizó la técnica de *bootstrap* considerando 1000 repeticiones para estimar los intervalos de confianza del 95% (IC 95%) de los parámetros poblacionales, asumiendo una distribución normal.

A continuación, se detallan los procedimientos realizados para alcanzar cada uno de los objetivos específicos.

Para el primero se estimó la proporción de mujeres y varones con ocupación principal en el sector salud y en el resto de las ramas de ocupación en el aglomerado BBC y en el RAU. La EPH considera principal a la ocupación que insume la mayor cantidad de horas semanales. En todos los casos, se calcularon los estimadores puntuales y los IC 95%. Se compararon dichas proporciones usando los límites de los IC 95%. Los resultados se presentan mediante gráficos de mínimos y máximos.

Para el segundo se calculó, para el aglomerado BBC, la distribución porcentual entre mujeres y varones empleadas en el sector salud de las siguientes variables:

- I) máximo nivel de educación completo o incompleto alcanzado (categorías: sin instrucción o nivel primario o educación especial, nivel secundario y nivel terciario, universitario o superior);
- II) edad (categorías: menores de 34 años, entre 35 y 49 años y 50 años o más);
- III) situación conyugal (categorías: individuos en pareja, que incluye casados o unidos de hecho, e indivi-

duos solos, que incluye solteros, separados/divorciados o viudos), y

IV) tenencia de hijos (categorías: individuos con hijos y sin hijos).

En todos los casos se calcularon los estimadores puntuales y se construyeron gráficos de barra para su presentación.

Finalmente, para el tercer objetivo específico:

a) Mediante el procedimiento utilizado en el objetivo anterior se compararon las condiciones laborales entre mujeres y varones ocupados en el sector salud de BBC en relación con:

- la cantidad de empleos, contemplando si el individuo tiene un trabajo o más de uno;

- el acceso a puestos calificados, con base en el Clasificador Nacional de Ocupaciones del Censo de 2001 recogido por la EPH, que clasifica los empleos en las categorías: profesional, técnico, operario y empleo no calificado;
- el acceso a puestos de decisión, en términos del Clasificador Nacional de Ocupaciones del Censo de 2001, que distingue puestos de dirección, cuenta propia, jefes y trabajadores asalariados, considerando los individuos en las categorías de jefatura o dirección;

- la estabilidad laboral, considerando para los asalariados (se excluye de este análisis a las categorías cuenta propia y patrón, debido a que estas preguntas se realizan a los asalariados en la EPH) la existencia de descuentos jubilatorios por la ocupación principal y una antigüedad de 5 o más años en ella. Además, se distinguió entre empleo en el sector privado y público. Se asume que aquellos trabajadores a los que se les retienen aportes jubilatorios, que tienen más antigüedad en su trabajo y que se desempeñan en el sector público gozan de más estabilidad laboral.

b) Se compararon los ingresos laborales entre varones y mujeres sobre la base del cálculo de las brechas de ingresos salariales declarados para la ocupación principal de acuerdo con la ecuación, donde yM es el valor promedio de los ingresos de las mujeres e yV es el de los varones:

$$BrechaY = 1 - (yM / yV)$$

Esta ecuación expresa la definición de brecha salarial comúnmente utilizada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), según la cual existe igualdad de ingresos entre mujeres y varones cuando *BrechaY* es 0. Cuando *BrechaY* es positiva, hay desigualdad, entendida como un déficit de ingresos promedio de las mujeres respecto de los varones. Cuando *BrechaY* es negativa, también existe una situación de desigualdad en la que, en promedio, las mujeres obtienen mayores ingresos que los varones.

Se estimaron dos tipos de brechas:

- de ingresos laborales, que considera el salario mensual de la ocupación principal en el mes de referencia, para lo cual se descartan los valores negativos y nulos de la variable;

- de ingresos laborales horarios, entendidos como los ingresos de la ocupación principal en relación con las horas mensuales trabajadas en esta ocupación. Estas últimas se calculan a partir de las horas semanales trabajadas (corregidas por un máximo de hasta 140 horas) mensualizadas (multiplicadas por 4.3). En caso de no haber trabajado algún día de la semana (por licencia, suspensión, falta de trabajo, huelga, etcétera), se anula la observación para este cálculo.

En ambos casos, los resultados se presentan mediante gráficos de dispersión, donde el eje de las ordenadas indi-

ca la escala de salarios o salarios horarios de las mujeres, según corresponda, y el de abscisas señala la de los varones. La línea de 45° representa brechas salariales iguales a 0. De esta forma, los puntos sobre la línea indican que, en general (color negro) o para cada categoría laboral (color celeste), varones y mujeres ganan lo mismo; los puntos por debajo dan cuenta de una brecha salarial positiva, mientras que los puntos por encima, de una brecha negativa. También se calculan y presentan los IC 95% de estas diferencias salariales por categoría ocupacional.

Resultados

En BBC, el 82% de la fuerza laboral del sector salud son mujeres. Esta característica se encuentra significativamente más acrecentada que en el RAU, donde representan el 68% del total de personas ocupadas del sector. Además, se verifica que esta es una cualidad propia del sector salud: en el resto de las ramas de ocupación, la proporción de mujeres (en torno del 41%) es significativamente menor e igual entre BBC y el RAU.

En la Figura 1 se observan características diferenciadas entre varones y mujeres en cuanto a las condiciones sociodemográficas. Las mujeres tienen mayor nivel educativo: la proporción de mujeres con estudios superiores es 32% mayor que la de los varones. Esta diferencia en el nivel educativo entre géneros es menor que la registrada en el resto de la economía local (56%). Existe también una discrepancia en la composición etaria de las mujeres y los varones del sector: se observa una alta proporción de mujeres mayores de 50 años (40%) y menores de 34 años (27%), mientras que el 53% de los varones tiene entre 35 y 50 años. En relación con la situación familiar, la proporción de mujeres sin pareja es más del doble que la de varones. Finalmente, también la proporción de mujeres con hijos o hijas es mayor que la de varones.

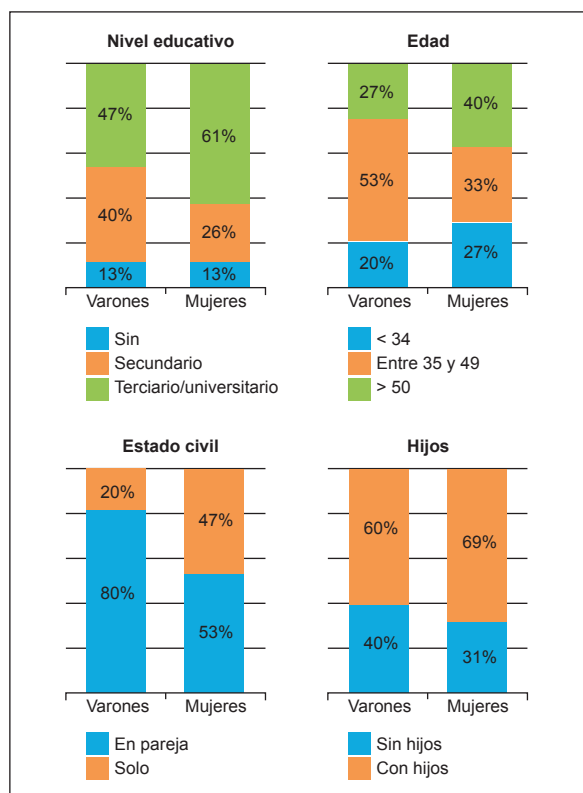


Figura 1. Características sociodemográficas de la fuerza de trabajo del sector salud. Aglomerado BBC (2019). Fuente: elaboración propia a partir de EPH (2019).

En cuanto a las condiciones laborales, el 20% de la fuerza laboral del sector salud en la región de estudio tiene más de un empleo. Si bien esta proporción es aproximadamente el doble que en el resto de la economía, no existen diferencias entre mujeres y varones del sector. Por el contrario, se aprecia una diferencia en relación con el acceso a puestos de trabajo calificados. En la Figura 2 se observa que cuando no se distingue según nivel educativo (a la izquierda), un 40% menos de mujeres se desempeñan como profesionales, mientras que la proporción de estas que trabajan de técnicas es casi 3 veces mayor que la de los varones. Esta diferencia es aún mayor cuando se discrimina por nivel educativo (a la derecha), ya que el 71% de los varones, frente al 33% de las mujeres, con estudios terciarios o superiores acceden a puestos profesionales. Incluso existe una pequeña proporción de mujeres con estudios terciarios o superiores que trabaja en posiciones no calificadas.

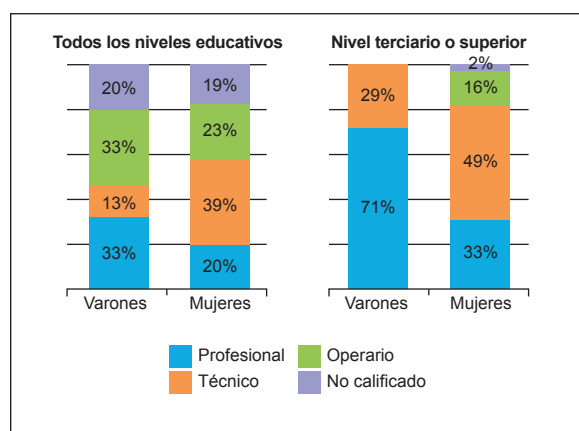


Figura 2. Calificación ocupacional de la fuerza de trabajo del sector salud. Aglomerado BBC (2019). Fuente: elaboración propia a partir de EPH (2019).

En la Figura 3 también se aprecian diferencias en relación con el acceso a puestos de decisión y con la estabilidad laboral. Por un lado, mientras el 7% de los varones accede a cargos directivos, ninguna de las mujeres lo hace y solo un 3% tiene alguna jefatura. Además, se registra que la proporción de mujeres asalariadas, es decir que trabajan en relación de dependencia, es menor que la de los varones y, de manera complementaria, la de las mujeres cuentapropistas es mayor. Por otro lado, la proporción de mujeres asalariadas que gozan de descuento jubilatorio es un 24% menor que la de los hombres. También es menor la proporción de mujeres con una antigüedad mayor de 5 años en sus empleos, así como las trabajadoras en el sector público, aun cuando la absorción pública del sector sea sustancialmente mayor que en el resto de la economía. Estas últimas parecen ser características propias del sector, pues en el resto de la economía local la proporción de mujeres que recibe descuentos jubilatorios (54%) y que trabaja en el sector público (19%) es mayor que la de los varones (50% y 11%, respectivamente).

Finalmente, en relación con los ingresos laborales, en la Figura 4 se observa que, en promedio, los salarios por hora de estas mujeres son menores que los de los varones. Este es, en particular, el caso de los profesionales que, además, se diferencian del resto de aquellos de la economía local donde el salario por hora de las mujeres es incluso mayor que el de los varones. Para el resto de

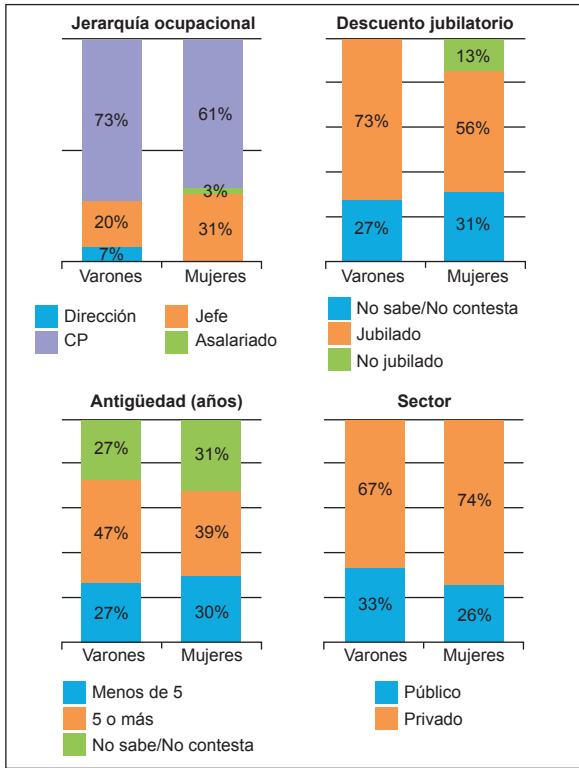


Figura 3. Estabilidad laboral de la fuerza de trabajo del sector salud. Aglomerado BBC (2019). Fuente: elaboración propia a partir de EPH (2019).

las categorías laborales del sector salud, al igual que en el resto de la economía, si bien los salarios nominales de las mujeres son menores, los salarios horarios se parecen, e incluso los de las mujeres superan a los de los varones en el caso de los operarios de la salud. Esto indica que, salvo

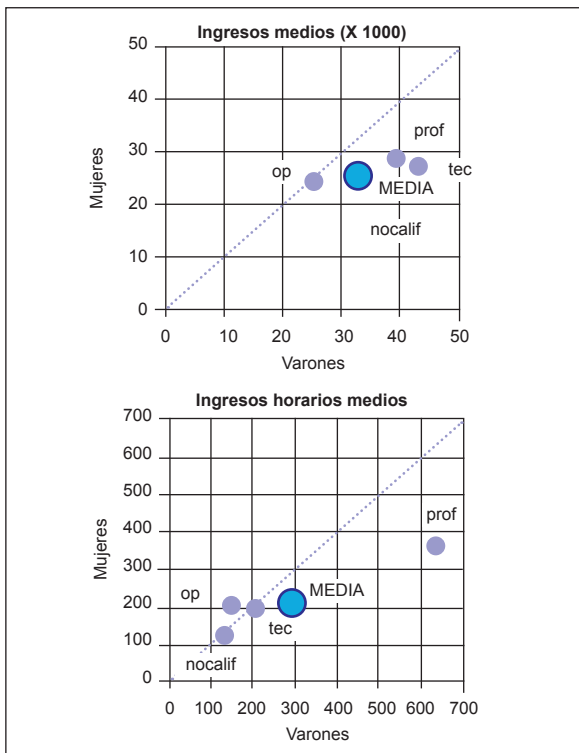


Figura 4. Ingresos laborales y horarios en la fuerza de trabajo del sector salud (pesos corrientes). Aglomerado BBC (2019). Fuente: elaboración propia a partir de EPH (2019). nocalif, no calificado; op, operario; prof, profesional; tec, técnico.

para el caso de las mujeres que ocupan categorías profesionales, estas ganan menos porque trabajan menos horas.

La disparidad de los salarios promedio se refleja en diferencias positivas del ingreso laboral mensual entre mujeres y varones del sector salud de BBC. En la Figura 5 se observa que, en promedio, la brecha de ingresos nominales es del 20%, mientras que la de ingresos horarios es aun mayor (26%). Mientras que en la mayoría de las categorías laborales la primera es mayor que la segunda, en el caso de los profesionales de la salud sucede lo contrario, con valores del 25% y 42%, respectivamente. Esta particularidad es propia del sector, en tanto que en el resto de la economía local la brecha de ingresos nominales promedio es 35%, mientras que la horaria es cercana al 0%; incluso entre los profesionales, la diferencia nominal es del 7% y la horaria del-21%, lo que indica que las mujeres con este nivel de formación ganan más por hora que los varones en el resto de los sectores productivos.

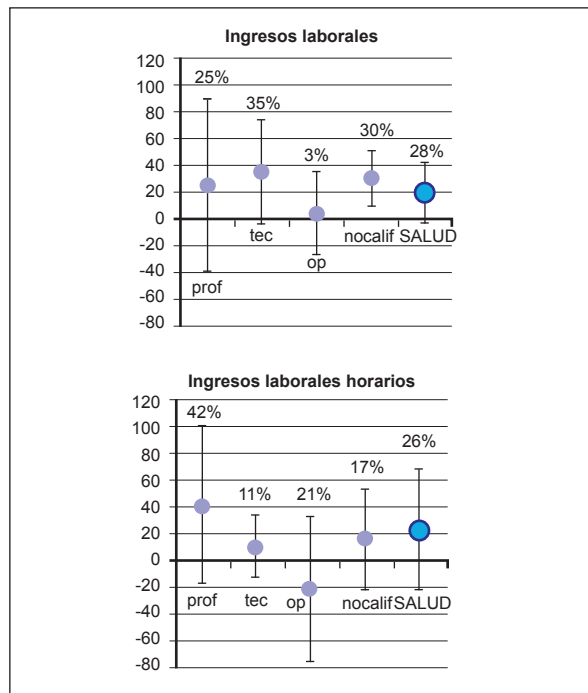


Figura 5. Brechas de Ingresos laborales y horarios de la fuerza de trabajo en salud según categoría. Intervalos de confianza del 95%. Aglomerado BBC (2019). Fuente: elaboración propia a partir de EPH (2019). nocalif, no calificado; op, operario; prof, profesional; tec, técnico.

Discusión y conclusiones

El sector salud se destaca por tener una fuerza de trabajo altamente feminizada. Este trabajo muestra que esta característica es aun más aguda en el aglomerado BBC bajo estudio, incluso que en el RAU de la Argentina, e indaga sobre la presencia de brechas laborales de género.

En el área urbana analizada, donde la fuerza de trabajo utilizada en el sector salud es superior a la del RAU del país (6.5% vs. 5.7% del total de los ocupados), se encuentra que, además de haber mayor cantidad de mujeres empleadas que varones en el sector salud, el nivel de educación de estas es más alto. A su vez, la mayoría de las mujeres tienen más de 50 años, mientras que la mayoría de los varones tienen entre 35 y 50, lo cual podría ser un indicio de su mayor experiencia.

De este modo, cabría esperar que las mujeres gocen de una posición laboral privilegiada frente a los varones,

ya que cuentan con mayor educación y experiencia. No obstante, este trabajo pone de manifiesto que lo dicho no sucede. Por el contrario, las mujeres enfrentan las consecuencias de la segregación laboral en el sector salud local.

Se observa una segregación ocupacional, tanto horizontal como vertical, ya que la proporción de mujeres que ejercen como profesionales así como la de aquellas que alcanzan puestos jerárquicos, como directoras o jefas de áreas, es menor que la de los hombres. También se registran diferencias en las condiciones de contratación, pues la proporción de mujeres que trabajan de modo independiente es mayor. Incluso entre las personas que se desempeñan en relación de dependencia, la proporción de mujeres que gozan de los beneficios de la seguridad social es también menor.

Finalmente, la segregación laboral se refleja en la retribución monetaria. En el sector salud del área urbana bajo estudio, las mujeres perciben por su trabajo un 20% menos que los varones y, como en general estas trabajan menos horas que los hombres, cuando se corrige por la cantidad de horas trabajadas, la brecha de ingresos laborales general asciende al 25%. Estos valores son similares a los registrados para el sector salud de todo el país en el año 2016.¹⁰ Sin embargo, la brecha salarial es más amplia cuando se discrimina por tipo de trabajo. Así, por ejemplo, una mujer profesional de la salud recibe 35% menos que un varón y un 42% menos por hora trabajada. Estos últimos valores son superiores a los estimados para el total del país en 2016.¹⁰

La existencia de diferencias de género en la fuerza de trabajo del sector salud en el área urbana bajo estudio, incluso mayores que las verificadas para el conjunto del país, muestra la relevancia de generar información sobre las condiciones laborales en el ámbito de la salud con pers-

pectiva de género en las áreas urbanas de forma desagregada. El método estadístico utilizado en esta investigación permitió avanzar en la generación de información a partir de fuentes secundarias de datos, al resolver parcialmente la escasa representatividad de los datos a nivel local.

El trabajo presenta una serie de limitaciones vinculadas con la fuente de información utilizada, aunque resulta la más representativa del empleo en el sector salud, además de proveer datos desagregados por sexo. En primer lugar, el análisis se remite a una visión binaria de los géneros (varones/mujeres), quedando pendiente la inclusión de otras identidades de género. Sin embargo, este fue el único abordaje posible con el sistema de recolección de datos sobre empleo en la Argentina. En segundo lugar, solo se incluye a las personas ocupadas y subocupadas en el sector salud, cuando la fuerza de trabajo sectorial también debería considerar a todas aquellas que participan laboralmente en él, incluidas las desocupadas. En tercer lugar, se describe a los trabajadores en salud de forma genérica como fuerza laboral sectorial, quedando fuera del análisis algunas categorías vinculadas con el concepto de recurso humano en salud.

Se requieren mayores esfuerzos para generar información de calidad sobre las brechas de género de la fuerza laboral de salud en las áreas urbanas de diferentes países, en particular de aquellos cuyos sistemas de salud se encuentran descentralizados a los niveles inferiores de gobierno, que son los que finalmente implementan las políticas vinculadas a los recursos humanos en salud diseñadas por los niveles centrales. La relevancia de este tipo de análisis radica en que los propios sistemas de salud pueden reflejar o incluso exacerbar muchas de las desigualdades sociales que deberían abordar, como las vinculadas al género.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2023
www.siic.salud.com

Las autoras no manifiestan conflictos de interés.

Comentarios

Las brechas de género en las áreas de trabajo del sistema de salud argentino

Cecilia Maribel Díaz Olmedo

Especialista en pediatría; maestría en Atención Primaria y Clínica Infantil; doctorado en Proyectos, Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Quevedo; Universidad Técnica Estatal de Quevedo, Quevedo, Los Ríos, Ecuador

Las brechas de desigualdad de género están relacionadas socialmente con el acceso, la participación, la asignación, el uso, el control y la calidad de los recursos, los servicios, las oportunidades y los beneficios de desarrollo en todos los ámbitos de la vida. A nivel laboral causa discriminación en el lugar de trabajo, que se manifiesta mediante la escasa participación de las mujeres en puestos de liderazgo y de alta dirección, sumado a la falta de políticas de conciliación de la vida personal y profesional.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el índice actual de participación de las mujeres en la población activa a nivel mundial se aproxima al 49%, mientras que el de los hombres es del 75%. Existe una diferencia de casi el 26% y, en algunas

regiones, esta discrepancia puede llegar hasta el 50%.

En algunos países, especialmente África del Norte y los Estados Árabes, el índice de desempleo femenino supera el 16%.

Las mujeres enfrentan limitantes para acceder a trabajos mejor remunerados debido a su condición de madre y a las responsabilidades del cuidado del hogar y de los hijos. También influyen los patrones culturales patriarcales discriminatorios y violentos, arraigados aún en muchos países, donde se limita su autonomía. Si están en condiciones de trabajar bajo dependencia, deben hacerlo muchas más horas al día, tomando en cuenta las tareas diarias del hogar, muchas veces no compartidas con su pareja.

Una gran cantidad de mujeres realizan trabajos informales ocasionales con menor ingreso económico, sin contrato y sin las garantías de estar afiliado a la seguridad social. Este trabajo informal les permite contribuir con los ingresos familiares, sobre todo cuando son madres solteras o no son profesionales.

Otra de las limitantes para acceder al trabajo remunerado con contrato es la selección de personal

por maternidad; muchas empresas privadas restringen el ingreso a madres gestantes debido al gasto que produce para la empresa pagar el permiso de maternidad y las horas de lactancia, que son beneficios obligatorios de la seguridad social para las mujeres; sin embargo, no se garantiza su estabilidad laboral durante el período de gestación y la licencia de doce semanas a las que tienen derecho.

En América Latina, la población femenina, de acuerdo con el sector de actividad económica, se distribuye en: actividades empresariales de comercio 21%, manufactura 11%, turismo (alojamiento y comidas) 9%, empleo doméstico formal 11%, enseñanza 9.8% y sistema de salud 7%.

La formación académica es un factor condicionante para el desempeño laboral, de esta forma, las mujeres no profesionales tienen mayor probabilidad de acceder empleos precarios, caracterizados por la falta de remuneración monetaria y los altos niveles de informalidad. Las mujeres profesionales acceden a trabajos que les garantizan un salario suficiente para superar la pobreza, le proporcionan autosuficiencia y seguridad económica, y asegura beneficios de protección social como seguro de desempleo y pensiones dignas en la vejez.

La falta de equidad en puestos directivos empresariales está influenciada por las exigencias de las empresas, como la necesidad de disponibilidad permanente, de trabajo de horas extraordinarias y en días libres, lo que sitúa a las mujeres en una posición de desventaja a la hora de competir con sus colegas de sexo masculino e ir ascendiendo de categoría, pues ellas deben equilibrar las responsabilidades familiares y profesionales.

En la mayoría de las empresas las mujeres con cargos directivos se concentran en funciones de apoyo administrativo, como recursos humanos, finanzas y administración, en los que tienen un poder de decisión limitado y escaso margen para realizar aportaciones estratégicas, así como pocas posibilidades de ascender en la empresa. En cambio, los directivos de sexo masculino predominan en las áreas de investigación y desarrollo, pérdidas y ganancias, y operaciones que se consideran más estratégicas, y, por lo general, conducen a cargos de adopción de decisiones en niveles más altos. A medida que se asciende en el escalafón directivo disminuye el porcentaje de mujeres, lo que equivale a que los hombres siguen predominando en los cargos ejecutivos y los consejos de administración. Se ha demostrado que las empresas con mujeres en los consejos de administración tienen más probabilidades de tener también mujeres en cargos de gestión estratégica.

Es importante mencionar que las mujeres en Ecuador, al igual que en muchos otros países, desempeñan un papel significativo en el sector salud y han estado ocupando posiciones cada vez más prominentes en los últimos años. Las mujeres han sido históricamente una fuerza laboral importante en el sector salud de Ecuador, desempeñando un papel crucial como enfermeras, auxiliares de enfermería, parteras y médicas en diversas áreas profesionales de la salud. En las últimas décadas, ha habido un aumento en el acceso de las mujeres a la educación superior, lo que ha permitido el incremento en el número de mujeres profesionales en el sector salud y que cada vez estén más especializadas, a la par o, en algunos casos, superando al sexo masculino. Sin embargo, no siempre ocupan un porcentaje equivalente de cargos administrativos altos. La representación de mujeres en puestos directivos y de toma de decisiones es desigual en comparación con la de los hombres, y es también un factor condicionante la influencia política en la asignación de los puestos de dirección del sistema de salud.

Para disminuir la brecha de género en el sector salud se debe promover y garantizar el acceso equitativo de mujeres y niñas a la educación en todas las disciplinas relacionadas con la salud, la participación de mujeres en áreas técnicas, científicas y de investigación, y en roles de liderazgo en instituciones educativas de salud. Además, promover la formación y capacitación en

liderazgo para mujeres profesionales para lograr una verdadera igualdad de género en el sector salud y en todos los ámbitos de la vida.

Blanca R. Gil Arias

Médica familiar, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela

La tasa de actividad femenina creció de manera pronunciada desde la década de 1970; el aumento se estancó a partir del año 2000 y actualmente, a nivel mundial, persiste una brecha de género en la participación laboral: un 58% de las mujeres trabaja o busca trabajo, mientras que un 80% de los varones lo hace. Las mujeres tienen más probabilidades de ser excluidas del mercado de trabajo, particularmente cuando pertenecen a los quintiles de ingreso más bajos, tienen hijos de menos de 6 años, alcanzan niveles educativos menores y son más jóvenes. Por otra parte, las mujeres dedican más tiempo al trabajo no remunerado y al cuidado de otras personas en el hogar. Casi el doble de mujeres respecto de los varones cuida, y dedican 2 horas más al día en esa tarea.

La CEPAL, en la tercera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, realizada en México entre el 7 y el 9 de agosto de 2018, publicó que la Argentina es uno de los países de esta región donde el 19% de las mujeres se encontraba en el Poder Ejecutivo, formando parte de los gabinetes ministeriales, entre las 36 naciones de América que constituyen la región, mientras que el porcentaje restante es ocupado por los hombres, con lo que la brecha de género es importante.

Para el año 2021 esta situación no solo persiste, sino que se acentúa con la pandemia por COVID-19, por lo cual se requiere una respuesta que contemple una perspectiva de género para lograr la transformación hacia un desarrollo ambientalmente sostenible, que potencie la generación de empleo y la innovación.

Así, se plantean nudos que se deben resolver en las poblaciones: mayor proporción de mujeres en situación de pobreza, menores remuneraciones, brecha salarial y peor calidad del empleo de las mujeres, sobrecarga de trabajo no remunerado y de cuidados, segregación horizontal y vertical en trayectorias educativas y laborales, y menor participación de las mujeres en áreas científicas, tecnología e innovación. Todos estos planteamientos deben resolverse.

Para promover la participación social poblacional, así como el mejoramiento de la salud, la calidad de vida y el bienestar social, es imprescindible disminuir la exclusión por género en todas las naciones y áreas de trabajo, como está establecido por la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, cerrar las brechas de género, fomentando la participación de mujeres en áreas STEM (ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas), tanto académicas como técnicas, es clave para transitar hacia un cambio estructural progresivo con igualdad.

Argentina se ubica en el puesto 34 en el reporte de brechas de género del *World Economic Forum* para el año 2017; en cuanto a participación económica y subíndices de oportunidades, Argentina permanece en una posición baja.

Tienen muy poca participación en importantes sectores de la economía, en general, sectores masculinizados: 11.2% en las actividades primarias, 19% en la industria, 6% en la construcción y menos del 20% en el sector tecnológico.

Las principales fuentes de empleo para las mujeres siguen siendo el trabajo en casas particulares (99%), la enseñanza (73%) y los servicios de salud (71%). El acceso a los puestos de decisión es otra expresión de la desigualdad que sufren las mujeres. El 67% de los puestos directivos está ocupado por varones. En los casos en los que las mujeres ocupan puestos directivos, lo

hacen en áreas de menor nivel de decisión y responsabilidad financiera. En mayo de 2018, la Encuesta de Indicadores Laborales que lleva adelante la Secretaría de Gobierno de Trabajo y Empleo, revela que en la industria manufacturera solo un 18% de mujeres acceden a puestos de decisión, y aun en sectores feminizados, como servicios, solo el 60% ejerce puestos de dirección.

A pesar de tener, en promedio, más años de educación, las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de tener un empleo, con una brecha de 24 puntos porcentuales. Esta tendencia está en aumento en la región.

En Argentina, las mujeres ganan, a nivel global y en promedio, un 27% menos que los varones, y esta brecha salarial varía según estudios alcanzados, edad, cantidad de hijos y sectores donde se analicen las diferencias. Además, en este sector laboral se observan suplementos pagados por fuera de la remuneración declarada, cargas horarias y otros premios. La brecha salarial se acentúa en algunas actividades de salarios relativamente altos. El sector industrial muestra una de las mayores brechas salariales, al igual que el sector de servicios financieros.

En el artículo comentado, se comprobaron todas las brechas laborales existentes en Argentina tal como está descrito en la bibliografía, la cuales aún no se han superado y tienden a perpetuarse o incrementarse.

En el marco legal, el gobierno de Argentina ha creado leyes para disminuir las desigualdades laborales de género y sensibilizar el empoderamiento de las mujeres emprendedoras.

María Luz Gunturiz Albarracín

Bióloga, Dirección de Investigación, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, D.C., Colombia

En la actualidad, existen marcadas brechas de género en el mercado laboral que atentan contra la igualdad de género y el desarrollo sostenible.¹ La desigualdad de género es estructural en América Latina y el Caribe, y limita la autonomía económica de las mujeres. Esta desigualdad se ve reflejada principalmente en: mayor proporción de mujeres en situación de pobreza, menores remuneraciones, brecha salarial y peor calidad del empleo de las mujeres, sobrecarga de trabajo no remunerado y de cuidados, segregación horizontal y vertical en trayectorias educativas y laborales, y menor participación de las mujeres en áreas científicas, tecnología e innovación.² Sumado a esto, la desigualdad de género se potencia con las desigualdades raciales, étnicas, por edad y migración, entre otras.³

De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la exclusión o la subrepresentación de las mujeres distorsiona y sesga el desarrollo, ya que implica una diferenciación sistemática entre las oportunidades de las mujeres y los varones para expandir sus capacidades y decidir sobre sus propias trayectorias de vida. El desarrollo es un proceso de ampliación de las capacidades de todas las personas y no solo de un grupo específico.⁴

Está bien descrito que el sector salud es un ámbito históricamente feminizado. Su manifestación más relevante es la participación de las mujeres en puestos profesionales, que ha concurrido en una "feminización profesionalizada". A pesar de ello, aún no hay igualdad en la ocupación de cargos de mayores jerarquías y se sigue desconociendo la formación y experiencia de las mujeres, en comparación con los hombres, que son seleccionados para cargos directivos o de alta jerarquía.² Las tasas de matriculación y obtención de altos títulos académicos y logros educativos significativos en áreas de la salud por parte de las mujeres de Argentina, Colombia, Brasil y México, entre otros países, es mucho mayor que las de los hombres, pero la desigualdad de género en la inserción en el mercado laboral persiste.

Una proporción importante de las trabajadoras continúa desempeñándose en trabajos más precarios, inestables, con menor cobertura formal y menores salarios que los de sus pares varones. Estas desigualdades implican no solo una inserción laboral diferente, sino también una participación ocupacional segregada verticalmente.^{2,4,5} Para dar un ejemplo, para 2016 la CEPAL indicó que la incorporación de mujeres en ámbitos como la ciencia y la tecnología, las telecomunicaciones y empresas de gran tamaño puede estar contribuyendo a mejorar la situación, pero sin generar igualdad: la brecha con respecto a los hombres es aún de 25.6 puntos porcentuales, una distancia que demuestra que la inversión en la educación y formación profesional de las mujeres no las acerca de forma lineal a los ingresos de los hombres con la misma formación, situación que aún hoy es evidente para la región de las Américas y el Caribe.⁶

En cuanto a la feminización profesionalizada, han surgido varias inquietudes que, al día de hoy, siguen vigentes. Algunas de ellas son: ¿la feminización profesionalizada se ha traducido en una mejora en la inserción y las condiciones de las trabajadoras de la salud?, ¿existe mayor participación y representación en el sector?, ¿se ha facilitado el desarrollo de trayectorias laborales en áreas de especialización tradicionalmente masculinas, la reducción de brechas de ingreso y el acceso a puestos directivos? A pesar de que ha habido avances, claramente en la región de las Américas y del Caribe las brechas de igualdad de género son aún muy marcadas, y en muchos escenarios se sigue favoreciendo a los hombres por encima de las mujeres.⁵

Por otra parte, el trabajo no remunerado de las mujeres no se tiene en cuenta en el análisis económico tradicional, por lo que se le ha dado poca valoración a un trabajo que sostiene parte de la economía. Las autoras del artículo comentado indican que "En la Argentina, donde las mujeres también representan un alto porcentaje de la fuerza laboral sectorial, existe evidencia sobre la desigualdad de género, que perjudica a las trabajadoras de la salud que históricamente han ocupado puestos de menor calificación, aunque en las últimas décadas la desigualdad en la distribución de varones y mujeres del sector según el nivel de calificación se ha reducido."^{7,8} También existen diferencias en la ocupación de puestos de toma de decisión debido a que la mayoría de los cargos de conducción de la rama asistencial (dirección de hospitales, subdirecciones y jefaturas de servicios) en el sector público están ocupados por profesionales varones.⁹ En la actualidad, otra desigualdad que persiste es la vinculada a los ingresos laborales de varones y mujeres dentro del sector."⁵ Lastimosamente, esto no ocurre solo en Argentina, sino en toda Latinoamérica.

En julio de 1997, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) definió el concepto de la transversalización de la perspectiva de género en los siguientes términos: «Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad."¹⁰

Según la OIT y la OEA, la igualdad en el trabajo tiene al menos cuatro connotaciones: igualdad en el acceso, igualdad en las remuneraciones, condiciones de trabajo dignas y justas, y acceso igualitario a la protección social. Por lo tanto, mejorar la igualdad de género contribuye a la reducción de la pobreza, aumenta el crecimiento y la productividad, asegura que las

instituciones sean más representativas y se traduce en mejores resultados para las generaciones futuras. La participación de las mujeres en el mercado de trabajo fomenta el crecimiento económico, lo que a su vez reduce la pobreza y la desigualdad.¹⁰

Es claro entonces que cada país debe tener la voluntad política y recursos adecuados para poner en marcha la idea de la transversalización, y tiene la obligación de elaborar políticas y programas específicamente destinados a las mujeres, así como una legislación positiva en su favor, que permita identificar inicialmente problemas en todas las áreas de actividad, así como diagnosticar las diferencias y disparidades vinculadas con el género.

En este contexto, cerrar las brechas de género fomentando la participación de mujeres en áreas tanto académicas como técnicas, así como impulsar su liderazgo en áreas en las que siempre han estado los hombres, es clave para avanzar de manera progresiva a la igualdad.

Bibliografía

1. Vaca Trigo I. Oportunidades y desafíos para la autonomía de las mujeres en el futuro escenario del trabajo. Serie Asuntos de Género. Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2019; 154 (LC/TS.2019/3).
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Mujeres y varones en el sector salud: Feminización y brechas laborales. PNUD; 2018. Pp. 116.
3. Gúezmes García A. Brechas de género en el mercado laboral y los efectos de la crisis sanitaria en la autonomía económica de las mujeres. División de Asuntos de Género, CEPAL; 2021.
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2014: Género en el trabajo: brechas en el acceso a puestos de decisión. 1a ed. Buenos Aires. PNUD; 2014. Pp. 108.
5. Elorza ME, Tortul M. Las brechas de género en las áreas de trabajo del sistema de salud argentino. Salud(i)Ciencia 25(3):137-144, 2022.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible. XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, 2016.
7. Aspiazu EL. Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. Revista Pilquen - Sección Ciencias Sociales 19(1):55-66, 2016. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=347544730004>.
8. Rico MN, Marco F. Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina. 1a ed. CEPAL. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2006.
9. Duré MI, Cosacov N, Durzi C. La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: una aproximación cuantitativa. Rev Maest Salud Pública 7(13):1-30, 2009.
10. Organización Internacional del Trabajo. Instrumentos para la igualdad de género. Disponible en: <https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/gender/newsite2002/about/defin.htm>.

Lista de abreviaturas y siglas

INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos; CAPS, Centros de Atención Primaria de la Salud; BBC, aglomerado urbano Bahía Blanca-General Daniel Cerri; RAU, resto de los aglomerados urbanos; EPH, Encuesta Permanente de Hogares; IC 95%, intervalo de confianza del 95%; OIT, Organización Internacional del Trabajo.

Cómo citar

Elorza ME, Tortul M. Las brechas de género en las áreas de trabajo del sistema de salud argentino. Medicina para y por Residentes 8(1):6-14, Ago 2023.

How to cite

Elorza ME, Tortul M. Gender gaps in the work areas of the Argentine health system. Medicina para y por Residentes 8(1):6-14, Ago 2023.

Autoevaluación del artículo

Los estudios con perspectiva de género se centran en la forma en que se relacionan mujeres y varones en distintos ámbitos, reflejando la distribución de poder entre ambos, y adquieren relevancia en tanto, en general, estos estudios permiten identificar situaciones desfavorables para las mujeres. La brecha salarial de género es el indicador frecuentemente utilizado para el estudio de la situación laboral con perspectiva de género.

De acuerdo con la situación laboral en el sector salud analizada, indique el enunciado correcto:

- A, No existe segregación laboral en el sector salud; B, Los varones perciben mayores ingresos porque trabajan más; C, Las mujeres perciben mayores ingresos porque tienen más educación; D, Los varones perciben mayores ingresos laborales y horarios; E, Ninguno de los enunciados es correcto.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/170617

Conexiones temáticas

Los informes de Medicina para y por Residentes se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



Bibliografía

1. Rodríguez Sotomayor Y, Pardo Fernández A, Díaz Chieng LY, Iznaga Brooks HL, Tamayo Fonseca M. Glosario de términos relacionados con la perspectiva de género en Ciencias de la Salud. MEDISAN 24(6):1289-1307, 2020.
2. Montalvo Romero J. El trabajo desde la perspectiva de género. Rev Fac Der 49, 2020. doi: [org/10.22187/rfd2020n49a6](https://doi.org/10.22187/rfd2020n49a6)
3. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Working paper 1. Geneva: World Health Organization 2019 (WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1).
4. Aspiazu EL. Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y

- las percepciones sobre las condiciones de trabajo. Revista Pilquen - Sección Ciencias Sociales [Internet]. 19(1):55-66, 2016. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=347544730004>.
5. Rico MN, Marco F. Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina. 1a ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno, CEPAL, 2006.
 - 6- Duré MI, Cosacov N, Durzi C. La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: una aproximación cuantitativa. Rev Maest Salud Pública 7(13):1-30, 2009.
 7. Catterberg G, Duré I, Bustos JM, Langsam M, Salzman M, Marchioni C, et al. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1ª ed.

- Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018.
8. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. Salud Pública Mex 53:96-109, 2011.
 9. Duré MI, Cadile MC. La gestión de recursos humanos en salud en Argentina. Una estrategia de consensos, 2007-2015. 1a ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Argentina, 2015.
 10. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Argentina. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.
 11. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Argentina. Encuesta Permanente de Hogares 2019. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos>.

Curriculum Vitae abreviado de la autora

María Eugenia Elorza. Investigadora Asistente, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS) UNS-CONICET, y Asistente de Docencia de Economía de la Salud, Carrera de Medicina y Licenciatura en Economía, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina. Miembro de Grupo de Economía e Ingeniería de Sistemas de Salud, UNS-CONICET. Sus principales temas de investigación y áreas de interés son la evaluación de tecnologías sanitarias, localización óptima en salud y el acceso a los servicios de salud.

Uso de redes sociales, ansiedad, depresión e indicadores de adiposidad corporal en adolescentes

Use of social networks, anxiety, depression and indicators of body fat in adolescents

Rossana Gómez Campos

Doctora en Educación Física; Académica Investigadora, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

Camilo Urrea Alborno

Profesor de Educación Física, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

Ruben Vidal Espinoza

Profesor, Universidad Católica Silva-Henríquez, Santiago, Chile

Jaime Riveros

Profesor, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

Oswaldo Opazo

Profesor, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

Margot Rivera Portugal

Nutricionista, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú

Luis Urzua Alul

Kinesiólogo, Escuela de Kinesiología, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Talca, Chile

Marco Cossio Bolaños

Profesor, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

Jorge Méndez Cornejo

Profesor, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

Acceda a este artículo en siicsinfo

https://siic.info/acise_viaje/ensicias-profundo.php?id=158538



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



El uso de las redes sociales es un fenómeno relativamente reciente, complejo y adictivo. Se considera como principal medio de comunicación actual en niños, jóvenes y adultos en todo el mundo. Las redes sociales, como Facebook, MySpace, Bebo o Tuenti, permiten a sus usuarios desarrollar espacios compartidos, en los que interactúan con amigos que mantienen dentro y fuera de la red.¹

Durante la última década, las redes sociales en línea han causado cambios profundos en la forma en que las personas se comunican e interactúan.² Actualmente son cada vez más los usuarios que participan en las redes sociales para interactuar con otras personas. Por ejemplo, Facebook es considerado como el sitio web de redes sociales más grande; hoy tiene más de mil millones de usuarios activos y se estima que, en el futuro, este número aumentará significativamente, especialmente en países en desarrollo.²

De hecho, Internet y las redes sociales ofrecen una multitud de posibilidades a los seres humanos, pero también presenta algunos riesgos relacionados con la privacidad y la adicción entre los usuarios más jóvenes.³ En ese sentido, los adolescentes y los jóvenes se encuentran entre los usuarios que más utilizan las redes sociales y pasan gran parte de su vida diaria interactuando con otros usuarios por medio de Internet⁴ y, por ende, invirtiendo tiempo en el uso de redes sociales con diversos objetivos y fines.

En consecuencia, el desarrollo de las redes sociales, así como el tiempo que los niños y adolescentes pasan frente a las pantallas de las computadoras y celulares ha

aumentado significativamente en todo el mundo,² por lo que recientemente en Chile se han implementado estrategias tendientes a lograr acceso a Internet para todo el país, con el objeto de disminuir la brecha tecnológica que existe entre las diferentes regiones del país;⁵ sin embargo, no se están tomando en consideración los aspectos negativos del excesivo uso de Internet y las redes sociales, por lo que esta temática es de sumo interés para los profesionales de la salud y la educación.

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, con cambios madurativos de orden fisiológico, cognitivo, afectivo y psicosocial, factores que la predisponen a la aparición de problemáticas de carácter psicopatológico⁶ y de salud en general. Por ello, esta etapa se convierte en un período de elevada vulnerabilidad para el surgimiento de ansiedad y depresión,^{7,8} la búsqueda de la identidad personal⁹ y la adquisición de múltiples comportamientos y estilos de vida.

Por lo tanto, es común que los jóvenes duerman cerca de sus teléfonos,⁹ reflejen trastornos de ansiedad y depresión,⁷ y presenten consecuencias adversas en el desarrollo durante la adolescencia, entre las que se incluye bajo nivel educativo, abandono escolar, relaciones sociales deterioradas y mayor riesgo de abuso de sustancias, problemas de salud mental y suicidio;^{10,11} además, sumado a ello, se agrega que es un factor de riesgo significativo para trastornos cardiovasculares,¹² sobrepeso y obesidad.

Desde esa perspectiva, en una sociedad donde prevalece el sedentarismo y debido al actual estilo de vida que experimentan los adolescentes, basado en el uso desmesurado de medios electrónicos, así como la presencia de dietas deficientes y la falta de actividad física,^{13,14} es posible que el uso de redes sociales juegue un papel determinante para el incremento de la adiposidad corporal y la presencia de niveles de ansiedad y estrés elevados.

Por lo tanto, se diseñó un estudio transversal cuyo objetivo fue determinar la relación entre el uso de redes sociales y la presencia de ansiedad, depresión e indicadores de adiposidad corporal en adolescentes de ambos sexos.

Se diseñó un estudio descriptivo transversal en 148 adolescentes (70 varones y 78 mujeres) de un colegio municipal de la ciudad de Talca (Chile). La selección de

Tabla 1. Características de los adolescentes estudiados.

Variables	Hombres (n = 70)				Mujeres (n = 78)			
	Mediana	Min	Máx	Rango	Mediana	Min	Máx	Rango
Edad (años)	16.78	14.05	19.21	5.16	17.09	14.48	19.56	5.08
Antropometría								
Peso (kg)	67.0*	46.0	140.9	94.9	60.6	46.1	98.7	52.6
Estatura (cm)	173.0*	162.0	190.0	28.0	161.0	143.0	175.0	32.0
CC (cm)	82.0*	67.0	122.0	55.0	76.0	64.0	110.0	46.0
IMC (kg/m ²)	23.0	16.3	45.5	29.2	23.8	18.0	38.6	20.5
Redes sociales (horas/día)	3.0	1.0	4.0	3.0	3.0	1.0	4.0	3.0
Inventario								
Total Ansiedad	7.5*	3.0	42.0	39.0	18.0	3.0	50.0	47.0
Total Depresión	9.0*	3.0	38.0	35.0	17.0	3.0	51.0	48.0

IMC, índice de masa corporal; CC, circunferencia de la cintura.
*Diferencia significativa en comparación con las mujeres ($p < 0.05$).

la muestra fue no probabilística (accidental). El rango de edad oscila desde los 14 hasta los 17.9 años.

Se incluyeron en el estudio a los adolescentes que se encontraban en el rango de edad establecido y a los que aceptaron participar voluntariamente. Se excluyeron a los jóvenes que no completaron el total de las variables consideradas (peso, estatura, horas de uso de redes sociales e inventario de ansiedad y estrés). El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las indicaciones de Helsinki para seres humanos. También contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Católica del Maule (UCM-2018).

Las variables antropométricas, la escala de ansiedad y depresión y el uso de redes sociales se evaluaron en las instalaciones del colegio. El procedimiento se efectuó en julio de 2019. Todo el procedimiento estuvo a cargo de dos de los investigadores del estudio.

Para medir el estrés y la ansiedad y el uso de redes sociales en Internet se utilizó la técnica de la encuesta. El instrumento utilizado fue el inventario propuesto por Beck y Steer.¹⁵ El cuestionario consta de 21 preguntas, que proporcionan cuatro alternativas (no, leve, moderado y grave). El rango de puntuación es de 0 a 63. Se aplicó durante 20 a 30 minutos. Los puntajes más altos indican mayor ansiedad y depresión. Se preguntó por el número del uso de redes sociales vía Internet en h/día (1 hora, 2 horas, 3 horas, 4 horas o más). Las redes sociales consideradas fueron facebook, Instagram, Twitter, YouTube, WeChat, entre otras, de acuerdo con lo sugerido por Khajeheian *et al.*¹⁶

Las variables antropométricas se evaluaron siguiendo las recomendaciones de Ross y Marfell-Jones.¹⁷ El peso corporal (kg) se evaluó usando una balanza electrónica (Tanita, Reino Unido), con una escala de 0 a 150 kg y con una precisión de 100 g. La estatura de pie se midió con un estadiómetro portátil (Seca GmbH & Co. KG, Hamburgo, Alemania), con una precisión de 0.1 mm, siguiendo el plano horizontal de Frankfurt. La circunferencia de la cintura (CC) se midió con una cinta métrica de metal (Seca) en milímetros, con una precisión de 0.1 cm. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) de acuerdo con la fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m)}$.

Para determinar la distribución normal de los datos se realizó la prueba de Shapiro-Wilk, encontrándose que ninguna de las variables dio normalidad. La descripción de las variables se efectuó a través de su mediana y rango. Para el análisis bivariado se buscó establecer las correlaciones entre las variables de estudio, aplicándose el

coeficiente de Spearman. La comparación de los indicadores según las horas de uso de redes sociales se determinó con la prueba de Kruskal-Wallis. Todos los análisis se realizaron con el programa SPSS, versión 15.0. El nivel de confianza fue del 95% ($p < 0.05$).

Resultados

Las variables que caracterizan a los adolescentes estudiados se observan en la Tabla 1. Los hombres presentaron mayor peso, estatura y CC, en comparación con las mujeres ($p < 0.05$). Por el contrario, las mujeres reflejaron mayor ansiedad y estrés que los hombres ($p < 0.05$). No hubo diferencias en cuanto a la edad y las horas en redes sociales entre ambos sexos ($p > 0.05$).

La Figura 1 muestra las relaciones entre las variables estudiadas. Se observa una asociación positiva y significativa entre el uso de redes sociales y la ansiedad y depresión en adolescentes de ambos sexos ($r = 0.12$ a 0.25 , $p < 0.05$), así como entre el IMC y la CC y la ansiedad y la depresión en ambos sexos ($r = 0.12$ a 0.20 , $p < 0.05$), excepto en las mujeres al considerar la relación entre la CC y la ansiedad ($r = -0.05$). No hubo asociación entre el uso de redes sociales y los indicadores de adiposidad en ambos sexos ($r = -0.4$ a 0.8 , $p > 0.05$).

Las diferencias entre los indicadores de adiposidad corporal (IMC y CC) en función del uso de redes sociales se observa en la Figura 2. No hubo diferencias significativas en el IMC y la CC cuando se comparó en función de las tres categorías de uso de redes sociales en ambos sexos ($p > 0.05$). Los valores de IMC oscilaron entre 2.4 y 3.8 kg/m², mientras que los de CC variaron entre 0.22 y 3.4 cm, respectivamente.

Las comparaciones entre ansiedad y depresión de acuerdo con las tres categorías del uso de redes sociales se pueden observar en la Figura 3. No hubo diferencias entre la categoría del uso de redes de 2 a 3 horas con los adolescentes que las utilizan más de 4 h/día y entre aquellos que las usan menos de 1 h/día y los que lo hacen entre 2 y 3 h/día ($p > 0.5$). Sin embargo, sí se registraron diferencias entre los adolescentes que emplean poco (menos de 1 h/día) las redes sociales con y aquellos que lo hacen más de 4 h/día ($p < 0.05$).

Discusión

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre el uso de redes sociales y la presencia de ansiedad, depresión e indicadores de adiposidad corporal en ado-

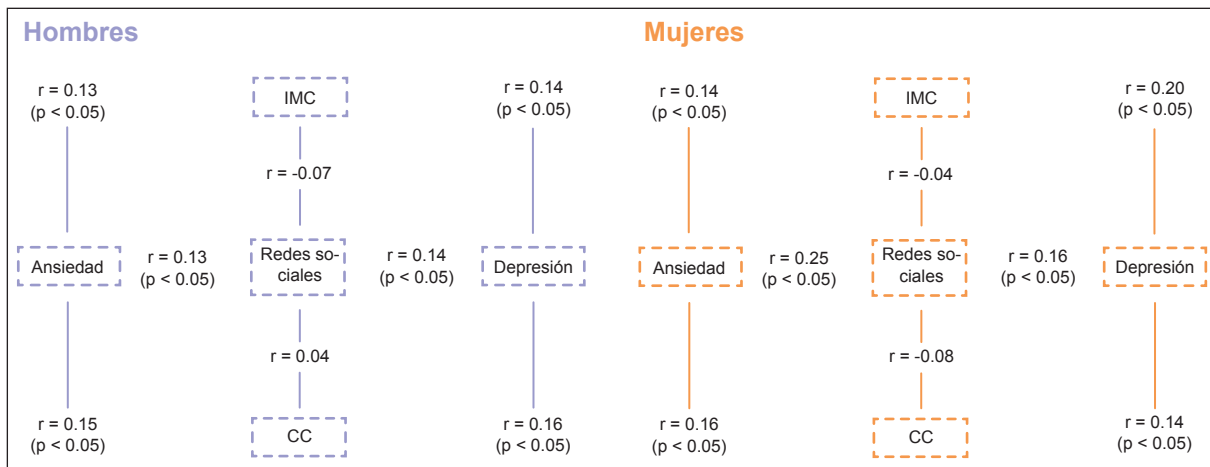


Figura 1. Relación entre redes sociales y ansiedad, depresión e indicadores de adiposidad corporal en adolescentes. IMC, índice de masa corporal; CC, circunferencia de la cintura.

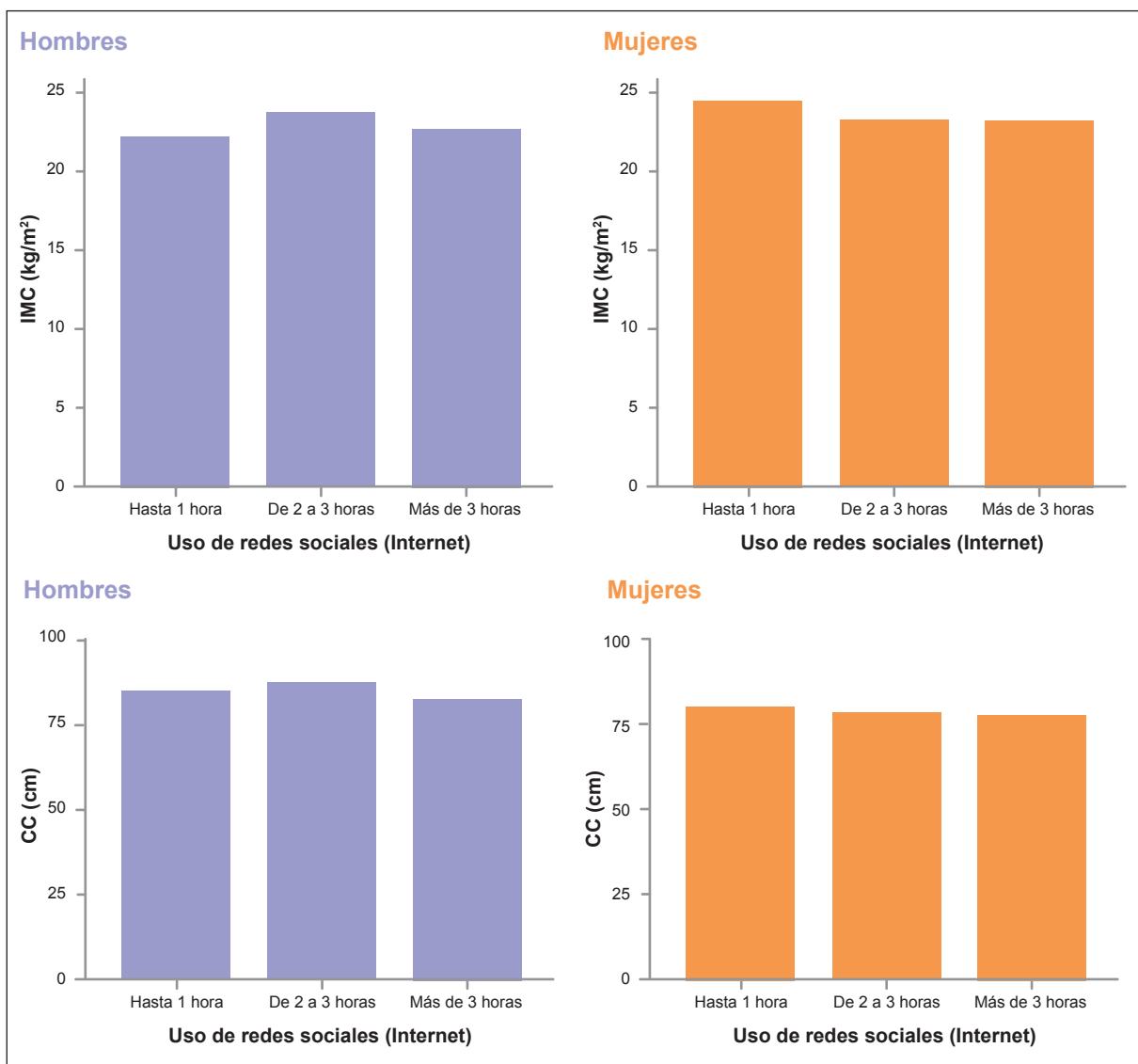


Figura 2. Comparación de las medianas de adiposidad (IMC y CC) según horas de uso de redes sociales en ambos sexos. IMC, índice de masa corporal; CC, circunferencia de la cintura.

lescentes de ambos sexos. Los resultados han puesto de manifiesto una relación positiva entre el uso de las redes sociales y la ansiedad y depresión; estas últimas, incluso, se asociaron positivamente con los indicadores de adipo-

sidad corporal en ambos sexos, excepto en mujeres en cuanto a la relación entre la CC y la ansiedad.

También se ha demostrado que los adolescentes que hacen uso de las redes sociales en menor proporción, re-

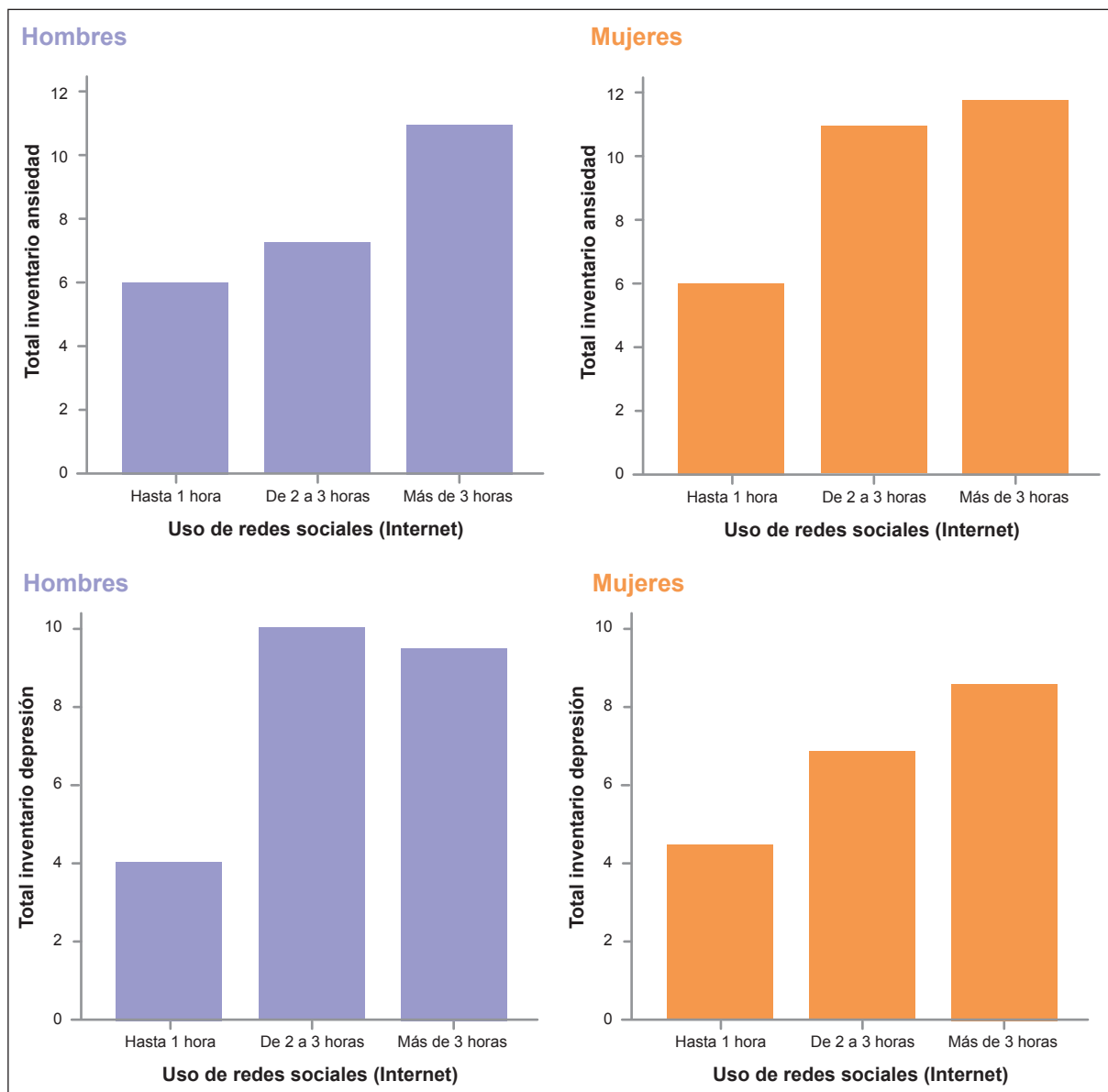


Figura 3. Comparación de ansiedad y estrés, según horas de uso de redes sociales en ambos sexos.

flejan menor nivel de ansiedad y depresión en ambos sexos, en comparación con sus contrapartes que utilizan las redes sociales durante mayor cantidad de horas.

Estos hallazgos son relevantes, dado que un excesivo uso de las redes sociales podría afectar la salud mental de los adolescentes analizados. De hecho, los resultados obtenidos en este estudio son coincidentes con los de otras investigaciones efectuadas en adolescentes.^{18,19}

El uso de redes sociales puede aumentar la exposición a interacciones sociales negativas (por ejemplo, al cibercoso), lo que puede ir en contra del estado de ánimo y la salud mental de los jóvenes.^{20,21} Otros estudios destacan que el uso de redes sociales e Internet puede servir como factor protector de enfermedades mentales, ya que apoyan y permiten la interacción social y la conexión entre grupos; además, se generan ambientes de expresión de identidad y emociones, los que pueden ser relevantes para su vida y experiencia,^{22,23} tanto personal como social y de salud física y mental, entre otros aspectos.

Los trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad tienen interacciones bidireccionales con el entorno social,

puesto que influyen en el camino de inicio y la persistencia de las enfermedades mentales,²⁴ especialmente si hacen uso excesivo de Internet y de redes sociales. Por ello, es pertinente presentar a los adolescentes una posible oportunidad de intervención para desarrollar y fortalecer las redes sociales de apoyo para individuos especialmente vulnerables.¹⁹ Esto podría ayudar a direccionar el uso desmesurado de las redes sociales hacia beneficios positivos, evitando dependencias, sobre todo en una etapa tan relevante como a adolescencia.

Por otro lado, la adiposidad corporal se relacionó positivamente con la ansiedad y depresión en los adolescentes investigados. De hecho, algunos informes han indicado que la obesidad aumenta el riesgo de ansiedad y depresión,²⁵⁻²⁷ puesto que un mayor uso de las redes sociales podría traer consigo trastornos en el sueño, mayor consumo de alimentos y, consecuentemente, un incremento en el peso corporal.

Se destaca también en este estudio la ausencia de correlación entre los indicadores de adiposidad y el uso de redes sociales, aunque algunas investigaciones respaldan

que el empleo de las redes sociales desempeña un papel relevante en la aparición de sobrepeso y obesidad;²⁸⁻³⁰ sin embargo, en este estudio los adolescentes no reflejaron esta relación positiva, quizá debido al menor número de horas promedio por día (3.0 ± 1.0 h/día), en relación con otros trabajos que han informado mayor número de horas. Por ejemplo, desde 2012 hasta 2016 el uso de redes sociales se ha incrementado al doble en cuanto al total de h/día;³¹ en un día típico, los adolescentes estadounidenses pasan en promedio 6 horas y media al día utilizando redes sociales.³²

De esta forma, la ansiedad y la depresión tienen consecuencias adversas en el desarrollo de los adolescentes, no solo debido al aumento de la adiposidad corporal y al uso desmesurado de redes sociales, sino también (como sugieren algunos estudios recientes) incluyen bajo nivel educativo, abandono escolar, relaciones sociales deterioradas y mayor riesgo de abuso de sustancias tóxicas, problemas de salud mental y suicidio,^{10,33} así como el surgimiento de conductas adictivas.³⁴

Es necesario resaltar que este estudio no evaluó el nivel de actividad física y los hábitos de alimentación; además, el número de sujetos incluidos limita la investigación al contexto abordado, por lo que los resultados deben ser analizados con precaución. Sin perjuicio de lo anterior, se destaca que es un primer estudio efectuado en la región del Maule (Chile), por lo que los resultados obtenidos pueden servir de línea de base a los profesionales e investigadores de las ciencias de la salud y educación.

En conclusión, este estudio demostró que la ansiedad y la depresión están relacionadas estrechamente con elevados índices de adiposidad corporal y, al mismo tiempo, con mayor uso de redes sociales por parte de adolescentes de ambos sexos. Sin embargo, los indicadores de adiposidad corporal no se asociaron con el uso de redes sociales. Estos hallazgos sugieren que los adolescentes con un elevado número de horas en las redes sociales adoptan estilos de vida que perjudican principalmente su salud mental. Se necesitan más investigaciones para confirmar estos hallazgos.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2023
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Comentario

Uso de redes sociales, ansiedad, depresión e indicadores de adiposidad corporal en adolescentes

Rosario Guevara

Especialista en psicología clínica, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela

El valioso aporte que han ofrecido los autores del presente artículo, lleva a reflexionar sobre la importancia de tener en consideración la estrecha relación y el impacto que existe entre la ansiedad, la depresión y las redes sociales, particularmente en los adolescentes.

La ansiedad y la depresión son trastornos que repercuten a nivel global del funcionamiento del paciente, y se manifiesta en diferentes ámbitos como el académico, el familiar y el laboral, entre otros. Ambos trastornos afectan a muchas personas, lo que lleva a que sea un problema de salud pública; es de mencionar que son más frecuentes de encontrar de lo que parece.

Las personas que padecen ansiedad pueden consumir alimentos en abundantes cantidades y en horarios inapropiados. Se suele consumir alimentos con gran cantidad de carbohidratos, que no son alimenticios o nutritivos. Por ende, impacta en el área nutricional del paciente. Por ejemplo, en algunos sujetos con diagnóstico de ansiedad y depresión, puede apreciarse el aumento del consumo de alimentos en forma acelerada o desproporcional, lo que propicia un aumento de peso o sobrepeso. En otros casos de depresión, se puede apreciar en el paciente bajo peso debido a que presenta escaso apetito.

En el caso de algunos individuos con depresión suele observarse decaimiento y poca actividad física, lo que conduce al sedentarismo, la tendencia al sobrepeso y el aislamiento. Puede producirse un círculo negativo que es necesario cortar, para mejorar la calidad de vida. Debido al estado de ánimo, el paciente deprimido no quiere realizar ningún movimiento físico; se puede notar sobrepeso, lo cual tiene repercusiones negativas tanto físicas como mentales.

Relacionado con lo expuesto anteriormente y con lo encontrado en la investigación de los autores, deben mencionarse las redes sociales. Evidentemente, lo social tiene gran importancia en la vida de los seres humanos,

como entes, que se caracteriza por la necesidad de interactuar y establecer lazos sociales significativos con el otro. Las redes sociales son de mucha utilidad cuando son bien utilizadas, ya que permiten adquirir contactos de apoyo y soporte y, por ende, generadores de salud mental. Sin embargo, el mal uso puede propiciar aislamiento, relaciones superficiales, adquisición de creencias y necesidad de cumplir con ciertos estándares para poder ser valorado por otros. Asimismo, se tiende a crear modelos de lo que permitiría ser feliz o alcanzar el éxito en las personas, además de deseos de pertenecer a ciertos grupos particulares, especialmente en los adolescentes.

Actualmente, se ha observado el incremento en los adolescentes del uso de redes sociales, que los lleva a dejar de interactuar en su núcleo familiar y social cercano durante mucho tiempo. Utilizan dichas redes una cantidad de horas exagerada, que traspasan el horario nocturno de descanso, lo que propicia la aparición de otros trastornos, como el del sueño. Otro aspecto a considerar es el aislamiento, debido a que, a pesar de utilizar las diferentes redes de carácter social, no interactúan de manera personal. Dejan de estar con las personas que son significativas y de cultivar vínculos que son realmente importantes en su medio familiar, académico y vecinal, entre otros. También, dejan de conocer otras personas en los diferentes medios en los cuales se desenvuelven. Aunado a eso, las interacciones que se desarrollan no tienen ningún tipo de afecto ni apego.

El uso exagerado de las redes sociales puede llevar a que la persona deje de realizar diversas actividades y de cuidarse en el área alimenticia, comiendo a deshoras y sin ningún tipo de hábitos. Eso genera cambios negativos en su alimentación y peso, que repercuten en su nutrición y en las otras áreas ya mencionadas. La adiposidad corporal afecta la salud física y mental, además de que el sedentarismo puede provocar efectos negativos, como una enfermedad crónica. Además, repercute en aspectos de índole psicológica, como lo emocional, la autoimagen y la autoestima (negativa). Los autores mencionan, que aunque en este estudio los indicadores de adiposidad corporal no se asociaron

con el uso de redes sociales, los hallazgos sugieren que los adolescentes que pasan un número elevado de horas en redes sociales, adoptan estilos de vida que perjudican principalmente su salud mental. Por ello, considero que nada en extremo es bueno, por más que sea del agrado de una persona. Si algo se realiza en extremo, aunque sea bueno, puede volverse negativo o contraproducente. La sabiduría y lo sano es el equilibrio, nunca los extremos.

Las redes sociales son un valioso recurso que si son utilizadas adecuadamente, ya que permiten interacción, con gran enriquecimiento social y cultural. Con un buen uso de las redes sociales se puede ayudar al paciente con ansiedad y depresión, dado que, por lo general, tienden al aislamiento. Las redes pueden ayudarlo a interactuar si se le da un buen uso. En cambio, el empleo inadecuado y desproporcionado del tiempo en las redes sociales conduce a relaciones de carácter superficial, en las que no hay un vínculo ni red que tengan una conexión afectiva y mucho menos significativa. En las redes encontramos modelos de lo que pueden ser líderes e influencers, que impactan de manera positiva o negativa en la persona. Es importante considerar que el adolescente se encuentra en una etapa en la que se desea y necesita ser aceptado e incluido dentro de los grupos, en particular por sus pares.

Es importante el abordaje de la ansiedad y la depresión desde diferentes ámbitos o especialidades. Por ende, es relevante darle un lugar prioritario a la salud mental. En este sentido, el tema expuesto por los autores representa un gran aporte y tiene relación con la salud pública, física, mental, nutricional y pediátrica. Se requieren implementar estrategias pedagógicas y psicoeducativas que permitan disminuir el número de personas afectadas y darles respuestas positivas a la población adolescente. Por ejemplo, la ansiedad y la depresión se pueden combatir mediante la actividad física, dado que los beneficios del deporte son ilimitados. Si se le da un buen uso a las redes sociales pueden ser un medio para evitar y combatir el aislamiento, tan frecuente en pacientes con depresión. Lo fundamental es la adquisición, el mantenimiento y el fortalecimiento de estilos de vida que sean positivos y saludables para las personas, lo que llevará a tener mejor salud mental y calidad de vida.

Claudia Wydler

Médica psiquiatra, Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Liliana Papalia

Médica especialista en nutrición y obesidad, Sociedad Argentina de Nutrición, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Los adolescentes de hoy crecen en un mundo digital que les resulta natural, pero los efectos que la virtualidad ejerce sobre su bienestar físico y su salud mental aún continúan en estudio.

Los adolescentes y los jóvenes se encuentran entre los usuarios que más utilizan las redes sociales y es común que los jóvenes coman o duerman cerca de sus teléfonos. ¿Qué padres desconocen lo que es pedir a sus hijos que dejen el celular para cenar en familia o para irse a dormir más temprano?

Es un tema de estudio el que el uso excesivo de las redes sociales podría tener consecuencias adversas en el desarrollo durante la adolescencia, entre las que se incluye bajo nivel educativo, abandono escolar, relaciones sociales deterioradas y, en sus extremos, mayor riesgo de abuso de sustancias, problemas de salud mental y suicidio; además, sumado a ello, se agrega que sería un factor de riesgo significativo para trastornos cardiovasculares, sobrepeso y obesidad. Esto último nos refiere directamente a la investigación en cuestión.

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el uso de redes sociales y la presencia de ansiedad, depresión e indicadores de adiposidad corporal en adolescentes de ambos sexos.

Los resultados han puesto de manifiesto una relación positiva entre el uso de las redes sociales y la ansiedad y depresión, y la presencia de estas últimas, a su vez, se asoció positivamente con los indicadores de adiposidad corporal en ambos sexos, excepto en mujeres en cuanto a la relación entre la circunferencia de cintura y la ansiedad.

Esta última diferencia entre los distintos sexos puede tener su explicación en que en las redes sociales se ve reflejado algo que se manifiesta a través de diferentes discursos, muchos de ellos paradójicos, como una modificación en la presión social sobre el cuerpo: lo que se denomina una "ilusoria liberación del cuerpo femenino". Es decir, una valorización y un culto al cuerpo sin precedentes, que específicamente en el caso de la figura femenina, es valorado de forma positiva o negativa, no solo por la mirada masculina sino, además, por una mirada que juzga a las mujeres por las mismas mujeres, que afecta la autoestima y genera mayor labilidad emocional.

Con respecto a las redes sociales, se encuentra establecido que el uso de ciertas aplicaciones que se caracterizan por proponer retos, llevan a compararse con otras personas "más exitosas" y potencian intencionalmente el éxito de los cuerpos "atractivos". Además, el permitir comentarios negativos hacia los que no lo son tanto puede generar frustración y dar lugar a elementos que son un coctel peligroso sobre la nutrición, el cuerpo y la imagen corporal, al mismo tiempo que afectan negativamente a la salud mental. La regulación emocional juega un rol central en el comportamiento alimentario y el control del peso corporal, y el proceso por el que se genera la ganancia de peso a través del tiempo es muy complejo.

El estrés y la ansiedad pueden conducir a aumento del apetito y cambios en las preferencias alimentarias. Estaríamos ante una ingesta emocional que refiere el consumo de alimentos por razones diferentes a la ingesta homeostática: esto sería para afrontar emociones, para celebrar, para socializar, en respuesta a señales del entorno y en respuesta a creencias relacionadas con los alimentos o el cuerpo. Peor aún, las redes sociales en relación con la alimentación suelen suscitar confusión al presentar diferentes discursos contrapuestos. Si a esto le añadimos que un mismo discurso suele ser modificado una y otra vez por nuevos estudios, cambios socioculturales o intereses económicos, entre otros factores, la desorientación es todavía mayor.

Si bien algunos adolescentes, por su propia iniciativa, miden y reducen su tiempo en las redes sociales para realizar actividades por fuera de sus dispositivos, esto podría no ser sencillo para adolescentes que sufren ansiedad, depresión u obesidad, con el estigma que dichos padecimientos en algunas sociedades implica.

Enfocarse en esta población cuando tienen dichos factores de riesgo, podría evitar el uso problemático de las redes sociales y promover conductas más saludables.

Sería prioritario que los padres, no solo en la adolescencia, sino antes de su llegada, entrenen a sus hijos a cortar a tiempo el uso excesivo de la tecnología para dar lugar a mayor cantidad de horas de sueño y comidas compartidas en familia, libre de dispositivos, brindando un lugar adecuado a ambas actividades fundamentales en la vida de todo adolescente.

Rever y mitigar el impacto de las redes sociales, diseñando programas eficaces de intervención que abarquen la imagen corporal, la autoestima y la educación alimentaria sería una herramienta fundamental para trabajar en el mejoramiento de la autorregulación conductual, es decir, la habilidad de inhibir impulsos, de calmarse frente al estrés, que tendría un importante efecto en la prevención del aumento y el mantenimiento del peso corporal.

Lista de abreviaturas y siglas

CC, circunferencia de la cintura; IMC, índice de masa corporal.

Cómo citar

Gómez Campo R, Urrea Albornoz C, Vidal Espinoza R, Riveros J, Opazo O, Rivera Portugal M, Urzua Alul L, Cossio Bolaños M, Méndez Cornejo J. Uso de redes sociales, ansiedad, depresión e indicadores de adiposidad corporal en adolescentes. *Medicina para y por Residentes* 8(1):15-21, Ago 2023.

How to cite

Gómez Campo R, Urrea Albornoz C, Vidal Espinoza R, Riveros J, Opazo O, Rivera Portugal M, Urzua Alul L, Cossio Bolaños M, Méndez Cornejo J. Use of social networks, anxiety, depression and indicators of body fat in adolescents. *Medicina para y por Residentes* 8(1):15-21, Ago 2023.

Autoevaluación del artículo

El uso de redes sociales, la ansiedad y depresión se encuentran relacionados con los indicadores de adiposidad corporal en los adolescentes.

¿Qué tipo de relación existe entre las variables de adiposidad corporal y la depresión, la ansiedad y el uso de redes sociales?

- A, Existe una relación estrecha entre las variables de adiposidad corporal y la depresión, la ansiedad y el uso de redes sociales; B, Existe una relación moderada entre las variables; C, Existe escasa relación entre las variables; D, No existe relación entre las variables; E, No es clara la relación entre las variables mencionadas.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/158538

Conexiones temáticas

Los informes de Medicina para y por Residentes se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



Bibliografía

- Durán M, Guerra JM. Usos y tendencias adictivas de una muestra de estudiantes universitarios españoles a la red social Tuenti: La actitud positiva hacia la presencia de la madre en la red como factor protector. *An Psicol* 31(1):260-267, 2015.
- Pantic I. Online social networking and mental health. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 17 (10): 652-657, 2014.
- Caldevilla D. Las redes sociales. Tipología, uso y consumo en las redes sociales 2.0 en la sociedad digital actual. *Documentación de las Ciencias de la Información* 33:45-68, 2010.
- Ahn J. The effects of social network sites on adolescent's social and academic development: Current theories and controversies. *Journal on the American Society for Information Science and Technology* 62(8):1435-1445, 2011.
- Arab El, Díaz A. Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Rev Med Clin Condes* 26(1):7-13, 2015.
- Rodríguez Puentes AP, Fernández-Parra A. Relación entre el tiempo de uso de las redes sociales en internet y la salud mental en adolescentes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología* 17(1):131-140, 2014.
- Stansfeld S, Clark C, Bebbington P, King M, Jenkins R, Hinchliffe S. Chapter 2: Common mental disorders. In: McManus S, Bebbington P, Jenkins R, Brugha T (Eds.); 2016.
- McLaughlin KA, King K. Developmental trajectories of anxiety and depression in early adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 43:311-323, 2015.
- Lemola S, Perkinson-Gloor N, Brand S, Dewald-Kaufmann J, Grob A. Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive symptoms in the smartphone age. *J Youth Adolescence* 44:405-418, 2015.
- Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: The Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 53(1):21-33, 2014.
- Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)* 9:8, 2016.
- Wancata J, Friedrich F. Depression: A diagnosis aptly used? *Psychiatr Danub* 23:406-411, 2011.
- Keating XFD, Guan JM, Pinero JC, Bridges DMA. Meta-analysis of college students' physical activity behavior. *J Am Coll Health* 54:116-125, 2005.
- Pelletier JE, Graham DJ, Laska MN. Social norms and dietary behaviors among young adults. *Am J Health Behav* 38:144-152, 2014.
- Beck A, Steer R. Beck anxiety inventory manual. San Antonio, United States: The Psychological Corporation; 1990.
- Khajeheian D, Colabi AM, Ahmad Kharman Shah NB, Bt Wan Mohamed Radzi C, Jenatabadi HS. Effect of social media on child obesity: application of structural equation modeling with the Taguchi method. *Int J Environ Res Public Health* 15(7):1343, 2018.
- Ross WD, Marfell-Jones MJ. Kinanthropometry. In: MacDougall JD, Wenger HA, Geeny HJ (Eds.). *Physiological testing of elite athlete*. London: Human Kinetics; 1991. Pp. 308-314.
- Michl LC, McLaughlin KA, Shepherd K, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: longitudinal evidence in early adolescents and adults. *J Abnorm Psychol* 122(2):339-352, 2013.
- Seabrook LM, Kern ML, Rickard NS. Social networking sites, depression, and anxiety: a systematic review. *JMIR Ment Health* 3(4):e50, 2016.
- Steger MF, Kashdan TB. Depression and everyday social activity, belonging, and well-being. *J Couns Psychol* 56(2):289-300, 2009.
- Best P, Manktelow R, Taylor B. Online communication, social media and adolescent wellbeing: a systematic narrative review. *Child Youth Serv Rev* 41:27-36, 2014.
- Back MD, Stopfer JM, Vazire S, Gaddis S, Schmukle SC, Egloff B, Gosling S. Facebook profiles reflect actual personality, not self-idealization. *Psychol Sci* 21(3):372-374, 2010.
- Ellison NB, Boyd DM. Sociality through social network sites. In: Dutton WH (Ed). *The Oxford Handbook of Internet Studies*. Oxford: Oxford University Press; 2013. Pp. 51-172.
- Marroquín B. Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clin Psychol Rev* 31(8):1276-1290, 2011.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 146(5):317-325, 2007.
- Sinha R, Jastreboff AM. Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biol Psychiatry* 73(9):827-835, 2013.
- Lindberg L, Hagman E, Danielsson P, Claude M, Persson M. Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: a nationwide study in Sweden. *BMC Med* 18:30, 2020.
- Christakis NA, Fowler JH, Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med* 357(4):370-379, 2007.
- Powell K, Wilcox J, Clonan A, Bissell P, Preston L, Peacock M, Holdsworth M. The role of social networks in the development of overweight and obesity among adults: a scoping review. *BMC Public Health* 15: 996, 2015.
- Mazur A, Caroli M, Radziewicz-Winnicki I, Nowicka P, Weghuber D, Neubauer D, et al. Reviewing and addressing the link between mass media and the increase in obesity among European children: The European Academy of Paediatrics (EAP) and The European Childhood Obesity Group (ECOG) consensus statement. *Acta Paediatr* 107:568-576, 2018.
- Twenge JM, Martin GN, Spitzberg BH. Trends in U.S. adolescents' media use, 1976 -2016: the rise of digital media, the decline of TV, and the (near) demise of print. *Psychol Pop Media Cult* 8(4):329-345, 2019.
- Common Sense Media (CSM). The common sense census: media use by teens and tweens. *DeLaney Family Fund*; 2015. Disponible en: https://www.common SenseMedia.org/sites/default/files/uploads/research/census_researchreport.pdf. Accessed 15/06/2020
- Morgan C, Webb R, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA, Ashcroft DM. Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: Cohort study in primary care. *BMJ (Online)* 359, 2017. Doi: 10.1136/bmj.j4351
- Christakis DA, Moreno MM, Jelenchick L, Myaing MT, Zhou C. Problematic internet usage in US college students: a pilot study. *BMC Med* 22(9):77, 2011.

Trastorno por déficit de atención en estudiantes chilenos

Attention deficit disorder in Chilean students

Cecilia Iris Cisternas Isla

Psicóloga, Universidad Católica del Maule, Chillán, Chile

Jéssica Herrera González

Psicóloga, Colegio Adventista de Calama, Calama, Chile

Loreto Punucura Arancibia

Psicóloga, Programa de Familia de Acogida Especializada (FAE), Viña del Mar, Chile

Patricia Caris Muñoz

Psicóloga, Colegio Adventista de Valdivia, Valdivia, Chile

Maite Sandoval Leiva

Psicóloga, Colegio Adventista de La Calera, La Calera, Chile

Ismael Morales Ojeda

Enfermero, Universidad Adventista de Chile, Chillán, Chile

Acceda a este artículo en siicsinfo

https://siic.info/acise_viaje/ensiicas-profundo.php?id=159789



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



El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) suele ser diagnosticado en edad escolar y corresponde a un trastorno mental, que se define como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (*American Psychiatric Association*, 2014).¹ Es un trastorno de origen neurológico, causado por el desequilibrio entre la noradrenalina y la dopamina, neurotransmisores cerebrales que afectan directamente las áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado.² Este síndrome afecta principalmente los contextos social, familiar y académico de quien lo padece, comprometiendo tanto la adquisición de conocimientos como el desarrollo normativo-social.³

En la actualidad, entre los trastornos que se manifiestan en los escolares, en Chile se considera al trastorno por déficit de atención (TDA) como uno de los más frecuentes.⁴ Su diagnóstico es difícil debido a la falta de pruebas de imagen o técnicas analíticas, por lo que su abordaje es principalmente clínico, apoyado en la evaluación de síntomas, evolución y disfunción.⁵

Según la *American Psychiatric Association*,⁶ el TDAH manifiesta tres síntomas centrales: inatención, hiperactividad e impulsividad; para que los síntomas de cualquiera de los subtipos se asocien con el déficit atencional, se deben dar ciertas condiciones. Una de ellas es que los síntomas se deben presentar antes de los siete años, manteniéndose en el tiempo durante un mínimo de seis meses. Además, deben afectar dos o más ámbitos de la vida del niño, como el ámbito familiar, el hogar, el colegio o la vida social de la persona; asimismo, el impacto debe ser significativo, es decir, el deterioro en su rendimiento es importante.⁷

Los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5 (DSM-5) sugieren que

el niño presenta, además, un deterioro significativo en ámbitos de su vida, en el que se puede incluir el ámbito familiar.¹ Con la manifestación de los síntomas, no solo el niño presenta dificultades, sino todos los integrantes de la familia.

Se destaca como sintomatología definitoria del TDAH la impulsividad, la hiperactividad y la inatención. Estos elementos dificultan la labor educativa de los padres, asociada con sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima e insatisfacción en su rol parental.² Los padres de niños con este trastorno suelen considerarse menos competentes en el desempeño de su papel, y otorgan una valoración poco satisfactoria a su calidad de vida.⁸ Esto se debería a que no es una tarea fácil ser padres de niños con TDAH, entre otras cosas, debido a los métodos de disciplina usuales que no funcionan con la misma eficacia que con otros niños sin este trastorno. Generalmente, el trastorno suele generar frustración y un método de sanción disfuncional, determinado por mayor permisividad y sobre-reacción por parte de los padres.⁹

Respecto al contexto familiar, la familia se define como un grupo caracterizado por la unidad de sus miembros, ya sea en vínculos sanguíneos o en relaciones de dependencia. Aquí será donde el niño aprende el comportamiento adecuado, que más tarde facilitará la adaptación a los demás sistemas, tales como el colegio u otro ámbito social.¹⁰

En los últimos años, los teóricos no han llegado a un consenso que determine si la salud familiar corresponde a la salud individual de sus miembros o a la salud del grupo unitario. Esto hace difícil determinar si el TDAH es parte del grupo familiar o propio exclusivamente del niño. De todas formas, las crisis –en este caso originadas por enfermedad– se enfrentan dependiendo de los recursos existentes en la familia, así como de la resistencia de ellos ante los cambios en el funcionamiento de la familia y en cómo enfrentan la eventualidad presente.¹¹

A partir de lo anterior, la presente investigación busca conocer las manifestaciones comportamentales de estudiantes diagnosticados con déficit atencional según el cuidador responsable del niño y la funcionalidad familiar, puesto que frente a un diagnóstico de déficit atencional en niños existirán repercusiones negativas en todo el sistema familiar.¹²

El estudio llevado a cabo fue cuantitativo, transversal y exploratorio. La población corresponde a los cuidadores de estudiantes diagnosticados con TDA, utilizando como muestra a 33 cuidadores de estudiantes que asisten a tres escuelas de la comuna de Ñuble. Además de evaluar algunas características sociodemográficas de los cuida-

res, se aplicó la escala de Conners para padres, que tiene como objetivo determinar la presencia de sintomatología característica, hiperactividad, impulsividad e inatención. En esta, el principal cuidador del niño diagnosticado con TDAH debe responder los diez enunciados indicando si los síntomas mencionados se presentan: nada, poco, bastante o mucho. Cada uno corresponde a un puntaje que va desde 0 hasta 3. Luego, se suma el total de los puntajes asignados. Para los niños de 6 a 11 años, si el puntaje total corresponde a 16 o más, las manifestaciones del TDAH son altas. En el caso de las niñas, el puntaje debe ser de 12 o más.

Finalmente, se utilizó el puntaje de Apgar familiar para analizar la funcionalidad de la familia; en el cuestionario, el adulto responsable del niño diagnosticado debe responder a las cinco manifestaciones según la frecuencia en que se presenten según su impresión personal, la que debe clasificar en: casi siempre, algunas veces y casi nunca; cada una corresponde a un puntaje que va desde 0 hasta 2. A continuación, se suma el total de los puntajes. La puntuación de 7 a 10 sugiere que la familia es muy funcional. Por otro lado, el puntaje que va desde 4 hasta 6 sugiere que la familia es moderadamente disfuncional. En último lugar, puntajes que van de 0 a 3 sugieren que la familia posee una grave disfunción.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Adventista de Chile, solicitándose a cada institución participante autorización para recabar datos. Antes de la aplicación de la encuesta, se hizo un proceso de consentimiento informado que concluyó con la firma del documento. Los datos fueron procesados con el programa SPSS v.20.

La edad de los cuidadores encuestados fue, en promedio, de 38.47 (desviación estándar [DE] = 6.73). La edad

de los niños fue de 8.3 años en promedio (DE = 1.2). En general, la edad de diagnóstico del TDAH en los niños es, en promedio, de 6.3 años (DE = 1.2).

El 84.8% de los adultos responsables son las madres de los estudiantes. Los niños diagnosticados corresponden al sexo masculino (66.2%). En cuanto al tipo de trastorno, principalmente se presentó el TDAH de tipo combinado (inatención e hiperactividad-impulsividad) en 18 estudiantes, correspondiente al 54.5% de los participantes, seguido del TDAH de tipo déficit de atención o inatento en un 45.5%. Por otro lado, la mayor cantidad de niños diagnosticados se concentran en los cursos de segundo y tercero básico, con un 63.6%.

En relación con el test de Conners para padres, la media obtuvo un puntaje de 15.2 de un total de 30 puntos (DE = 7.02) (Tablas 1 y 2).

Al hacer un análisis entre la evaluación obtenida del test de Conners y el de Apgar se obtuvo que un valor de chi al cuadrado de 0.971 ($p = 0.325$); dos casillas (00.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.33. La prueba de Fisher no demostró relación entre las variables "evaluación de Conners" y "sexo del niño" ($p = 0.465$). El estadístico exacto de Fisher obtuvo un valor de $p = 0.688$, por lo que no hay relación entre los resultados obtenidos en el test de Conners y el de Apgar. Asimismo, la correlación de Spearman no demostró relación entre los puntajes obtenidos en la escala de Conners y el puntaje de Apgar ($p = 0.069$).

Es posible identificar que "El trastorno por déficit de atención, con hiperactividad o sin ella (TDAH), es la alteración conductual más comúnmente diagnosticada en niños y niñas, que afecta entre el 3% y el 5% de los que se encuentran en edad escolar y predominantemente a los varones".¹³ Ante lo anterior, podemos indicar que existe una concordancia con los resultados obtenidos. En primer lugar, la edad de diagnóstico de los niños con déficit atencional se presenta antes de los 7 años en promedio.⁶ Esto coincide con la entrada del niño al sistema educacional, tal como lo indica Barnathan,¹⁴ quien describe, además, que este evento produce una crisis en el niño hiperactivo ante un ambiente estructurado como es el colegio, donde le resultará difícil realizar tareas implícitas de un aula de clases. Es en estos ambientes donde se produce una alarma a los padres, quienes podrían haber normalizado la conducta hiperactiva del niño.

Por otro lado, el diagnóstico o posible presencia de un trastorno no solo causa crisis en el niño, sino también provoca una crisis en uno de los miembros de la familia, lo que repercute en todo el sistema; quienes toman las directrices para resolver estas dificultades son los cuidadores responsables. En este sentido, Sorrentino refiere que, dado el diagnóstico, es posible crear un nuevo significado de la situación y actuar de acuerdo con ello.¹⁴ Nadie más que la familia puede apreciar completamente el trastorno, sus causas, su deterioro, su curso y sus consecuencias, sin recurrir al entorno social y a la interacción del niño con él. El mismo diagnóstico del TDAH depende, a nuestro entender, de este punto. Son los informes de otro, dentro de esta red so-

Tabla 1. Tipo de tratamiento recibido por escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán, Chile.

		Frecuencia	Porcentaje
Apoyo escolar del PIE	Sí	33	100.0
Apoyo académico particular (clases particulares)	Sí	1	3.0
	No	32	97.0
Tratamiento farmacológico	Sí	11	33.3
	No	22	66.7
Otros (psicólogo particular, psiquiatra, talleres extraescolares, etc.)	Sí	12	36.4
	No	21	63.6

TDAH, trastorno por déficit de atención e hiperactividad; PIE, Programa de Integración Escolar.

Tabla 2. Ítems de la escala de Conners y sus puntajes para escolares diagnosticados con TDAH en colegios de Chillán, Chile.

	Nada		Poco		Bastante		Mucho	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
1. Inquieto, demasiado activo	5	14.7	10	29.4	7	20.6	12	35.3
2. Impulsivo; se lanza a hacer las cosas sin pensar	8	23.5	11	32.4	7	20.6	8	23.5
3. Molesta a otros niños	12	35.3	16	47.1	1	2.9	5	14.7
4. No termina lo que comienza	4	11.8	5	14.7	14	41.2	11	32.4
5. Se mueve en la silla como si tuviese parásitos	7	20.6	13	38.2	3	8.8	11	32.4
6. Se distrae con facilidad			4	11.8	15	44.1	15	44.1
7. Hay que hacerle caso de inmediato a lo que quiere, si no se enoja	7	20.6	9	26.5	10	29.4	8	23.5
8. Lloro fácilmente	10	29.4	9	26.5	7	20.6	8	23.5
9. Cambia de humor bruscamente	6	17.6	15	44.1	9	26.5	4	11.8
10. Pataletas; conducta explosiva	15	44.1	7	20.6	8	23.5	4	11.8

TDAH; trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

cial, los que determinan qué niños se envían a consulta, se diagnostican y se tratan.¹⁴

Es posible observar en los resultados que el 100% recibe apoyo del Programa de Integración Escolar (PIE) y, en algunos casos, es el único tratamiento que reciben, por lo que, se puede afirmar, que los niños de la muestra obtienen un gran apoyo de parte del sistema educacional y la mayoría obtiene las herramientas para afrontar el trastorno. En este caso, el entorno social cumple un papel fundamental. Por otro lado, causa interés que en la muestra, 33 niños –el 66.7%– no se encuentran actualmente con tratamiento farmacológico y el 63.6% no recibe apoyo de profesionales de la salud tales como psicólogos, neurólogos, psiquiatras o talleres especializados. Esto es coherente con lo reseñado por Rabadán y Giménez-Gualdo,¹⁵ quienes consideran que el sistema educacional es una fuente de información primaria en la detección de algún tipo de trastorno, debido a su constante contacto con el niño o la niña.

Es importante recalcar que los niveles socioeconómico y sociocultural estarían directamente relacionados con la información adquirida acerca del proceso de intervención a realizar frente a un trastorno, en donde se ven expuestas carencias de información y estancamiento en la adquisición de un tratamiento multidisciplinario óptimo que debería llevar a cabo el niño o la niña diagnosticados. Por lo tanto, el entorno escolar es un organismo facilitador que retroalimenta al sistema familiar. Sin embargo, así como puede orientar hacia un diagnóstico en relación con la sintomatología de un niño, también es probable que normalicen conductas representativas de este trastorno en particular, convirtiéndolo en comportamientos normales, minimizando su importancia y trascendencia. Esto afecta directamente el proceso de aceptación y adaptación del sistema familiar cuando recién es detectado algún tipo de trastorno dentro de este.¹⁶

Lucena considera que el sistema educacional o familiar, en relación con el TDAH y sus manifestaciones en cualquiera de estas dos áreas, son los responsables de la concientización del trastorno como tal, pero no del etiquetamiento irracional del niño.¹⁷ Las consecuencias podrían ser trascendentalmente negativas, sintetizando que ambos sistemas deben generar comprensión y apoyo, mediante la estructuración de los diversos entornos socioculturales que se relacionan con el niño, previniendo limitaciones circunstanciales que actúen negativamente en el desarrollo del ciclo vital de cada niño diagnosticado.

Por otro lado, en la evaluación de la escala de Conners se manifiesta una diferencia transversal entre la valoración que se hace al hombre y la mujer; se establece que el hombre debe tener más de 16 puntos para considerarse con TDAH, mientras que la mujer debe tener más de 12 puntos para calificar con TDAH, lo que quiere decir que si el comportamiento de un niño es disruptivo, muy intranquilo, con sintomatología asociada con el trastorno, podría considerarse que no tiene TDAH, a pesar de que la mujer tiene un comportamiento más tranquilo al evaluarse con menos puntos.

Entre los resultados obtenidos en la relación entre sexo y evaluación de puntajes de Conners, nos encontramos que se cumplirían los criterios diagnósticos para TDAH para 6 niñas de un total de 11. En la muestra de los varones, 10 de 22 niños llegan al puntaje para detectar TDAH, según la percepción de los padres en esta evaluación. En estos resultados, el estadístico exacto de Fisher da un valor de $p = 0.465$, lo que demuestra que la variable sexo no está relacionada con la evaluación del test de Conners obtenida.

Respecto a lo anterior, otros estudios refieren que el motivo de derivación es por parte de los docentes. Además, señalan la importancia del sexo de forma intrínseca. Como mencionamos anteriormente, es común que los padres puedan normalizar la conducta hasta la entrada de los niños al colegio, momento en que se hace evidente una dificultad. Según Kyriotaki y Manolitsis, "Se identificaron con mayor precisión a las niñas, pero con más frecuencia a los niños."¹⁸ Esta identificación se explica al observar que los docentes informan conductas disruptivas por parte de las niñas, mientras que, en el caso de los varones, se deriva mayormente por la frustración producida en el entorno profesional a la hora de enseñar.¹⁹ Esto último resalta el hecho de que la información generada entre el colegio y la familia es importante para el constructo del niño, basados en un diagnóstico perceptivo de lo que se espera por el sexo, situación que debiera ser estudiada más a fondo en otra oportunidad.

Por el contrario, al evaluar a los cuidadores responsables acerca de las manifestaciones comportamentales de los niños, luego de un diagnóstico fiable de TDAH, queda preguntarse si esta percepción generada influye en la funcionalidad familiar.

Tal como se explica en la bibliografía, en los resultados se hace evidente; hay una tendencia que indica que a mayor puntaje de Conners se revelan manifestaciones más fuertes del trastorno en los niños y la disfuncionalidad familiar es creciente. Pese a ello, el estadístico exacto de Fisher no demostró relación en la muestra entre los resultados obtenidos en el test de Conners y el de Apgar ($p = 0.688$), a la vez que la correlación de Spearman no demostró asociación entre los puntajes obtenidos en la escala de Conners y la de Apgar ($p = 0.069$). Pese a ello, la incapacidad de las familias para hacer frente al padecimiento del TDA de uno de sus miembros puede ser un factor de riesgo al agravar las manifestaciones del síndrome, afectando el sistema biopsicosocial en el que se desarrollan.

En esta muestra, las pruebas realizadas no indicaron relación entre el test de Conners y el de Apgar. Por ello, no es posible relacionar ambas escalas; pese a esto, el 24.2% de las familias presentó disfunción familiar grave o moderada, lo que pone de manifiesto que la principal fuente de apoyo corresponde al PIE. Entre los comportamientos descritos en la escala de Conners se detectan valores de mucha inquietud en el 35.3% de los niños, bastante y mucha facilidad para distraerse en el 88.2% y bastante dificultad para terminar lo que empieza en el 41.2%.

Comentarios

Trastorno por déficit de atención en estudiantes chilenos

Elizabeth Yamila Sapia

Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez,
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Jorge Diego Agrimbau Vázquez

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan,
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es la alteración conductual diagnosticada más frecuentemente en niños y niñas en edad escolar. Constituyen alrededor del 3% al 5% de los casos y es más frecuente en varones. Se define como: "un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo." Refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Su base neurobiológica está causada por el desequilibrio entre la noradrenalina y la dopamina, neurotransmisores cerebrales que regulan las áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado. Este síndrome genera repercusiones y compromete el contexto social, familiar y académico de quien lo padece. Afecta tanto la adquisición de conocimientos durante el aprendizaje, como el desarrollo de las normas conviviales dentro de la sociedad.

En varias ocasiones al momento del ingreso escolar, se produce una crisis en el niño hiperactivo al encontrarse con un ambiente estructurado como es el colegio, donde le resulta difícil realizar las actividades que se llevan a cabo en el aula de clases. Estos ambientes producen una alarma en los padres que, previamente, podrían haber normalizado la conducta hiperactiva del niño.

Este estudio se realizó en tres escuelas de la comuna Ñuble en Chile. El objetivo fue analizar las manifestaciones en el comportamiento de niños con diagnóstico de déficit de atención y evaluar la dinámica familiar. En la población de estudio se incluyeron 33 cuidadores de niños con TDAH que asistían a las escuelas con programa de integración escolar. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Connors para padres con el fin de determinar la presencia de sintomatología, característica, hiperactividad, impulsividad e inatención, y el puntaje Apgar familiar para analizar el funcionamiento familiar.

En relación con los resultados, se observó un predominio de sexo masculino en los niños con déficit de atención (66.2%). La edad de diagnóstico del TDAH fue antes de los 7 años en promedio, coincidiendo con el ingreso del niño al sistema educacional. En cuanto al tipo de trastorno, principalmente se presentó el TDAH de tipo combinado (inatención e hiperactividad-impulsividad) en 18 estudiantes (54.5%), seguido del TDAH de tipo déficit de atención, en un 45.5%. Las familias presentaron disfunción familiar grave o moderada en el 25%. Entre los comportamientos de los niños descritos en la escala de Connors se detectan valores de mucha inquietud en el 35.3% de los niños, bastante y mucha facilidad para distraerse en el 88.2% y bastante dificultad para terminar una actividad iniciada en el 41.2%. Se destaca que el 100% de los

niños recibió apoyo del programa de integración escolar, que funcionó como un importante soporte por parte del sistema educacional, ya que les permite a los niños obtener las herramientas para afrontar el trastorno y, en algunos casos, es el único tratamiento que reciben.

Yanina Ameruso

Hospital Municipal Eva Perón,
Merlo, Argentina

En este estudio se analizan las manifestaciones comportamentales de niños diagnosticados con trastorno de déficit de atención y la funcionalidad de la familia según el cuidador responsable del niño. Se realizó un análisis de tipo cuantitativo, transversal y exploratorio, y me permito decir que es también un análisis descriptivo de esta cohorte, ya que se ha estudiado la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional determinada en un solo momento temporal. Es decir, se ha estimado la magnitud y distribución de esta enfermedad en un momento dado, bajo ciertas condiciones específicas. La metodología utilizada para este análisis es sumamente correcta y ha sido puntillosamente detallada en el cuerpo del estudio, lo que le otorga validez e invita a continuar investigando sobre este tema, tan importante para la inserción e inclusión de estos futuros adultos en nuestra sociedad. El Programa de Integración Escolar (PIE) no debe ser el único sostén de las familias, sino que estos niños deben tener garantizado un programa de tratamiento interdisciplinario que pueda lograr su inclusión social y evitar el colapso de sus cuidadores y, por ende, las manifestaciones negativas de su entorno, sobre todo a nivel familiar. Poder entender esto es lograr tomar conciencia que estos niños serán el futuro de nuestra sociedad y que es responsabilidad del Estado o del sistema de salud brindarles la mejor atención y todas las herramientas que requieran para obtener su mayor potencial. Seguramente deberán requerir de tratamientos y terapias alternativas, no solo el apoyo escolar, lo que ha quedado demostrado que es insuficiente para el mejor desarrollo de estos niños. Al mismo tiempo se plantea otra discusión; si bien más de la mitad de los niños recibían tratamiento farmacológico, los resultados están a la vista. ¿Me pregunto si estos niños requieren tratamiento farmacológico o sufren efectos adversos de este? ¿Sería necesario implementar más terapias alternativas en lugar de simplemente escolarizarlos y no profundizar más allá en el tema? ¿Dónde queda contemplada la contención del cuidador en enfermedades crónicas? Son interrogantes que se plantean a la luz de las evidencias demostradas de este estudio, que sugieren seguir evaluando a esta cohorte de pacientes y que, seguramente, servirán de desencadenante para reafirmar que el tratamiento es interdisciplinario y multimodal, que involucra tanto a la escuela como al tratamiento farmacológico, la familia, las terapias (psicopedagogía, psicología, fonoaudiología, terapias alternativas) y el tratamiento familiar. Felicito a los autores y los invito a seguir estudiando este tema para completar los interrogantes planteados.

Lista de abreviaturas y siglas

TDAH, trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TDA, trastorno por déficit de atención; DE, desviación estándar; PIE, Programa de Integración Escolar.

Cómo citar

Cisternas Isla CI, Herrera González J, Punucura Arancibia L, Caris Muñoz P, Sandoval Leiva M, Morales Ojeda I. Trastorno por déficit de atención en estudiantes chilenos. *Medicina para y por Residentes* 8(1):22-6, Ago 2023.

How to cite

Cisternas Isla CI, Herrera González J, Punucura Arancibia L, Caris Muñoz P, Sandoval Leiva M, Morales Ojeda I. Attention deficit disorder in Chilean students. *Medicina para y por Residentes* 8(1):22-6, Ago 2023.

Autoevaluación del artículo

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad suele ser diagnosticado en edad escolar y corresponde a un trastorno mental definido como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

¿A qué edad suele diagnosticarse el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?

A, Edad escolar; B, Adolescencia; C, Adultez temprana; D, Adultez tardía; E, Vejez.

Verifique su respuesta en: www.sicsalud.com/dato/evaluaciones.php/159789

Conexiones temáticas

Los informes de Medicina para y por Residentes se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.

**Bibliografía**

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Quinta ed.). Arlington: Panamericana; 2014.
- Díaz García I. Aplicación del test de Apgar para valorar la disfunción familiar en familias con niños con TDAH: protocolos de investigación. Tesis de Enfermería, Universidad de Salamanca, Ávila, España; 2015. Disponible en: http://gredos.usal.es/xmlui/bitstream/handle/10366/125568/TG_Diaz-Garcial_AplicaciontestApgar.pdf?sequence=1
- Stassen Berger K. Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia (novena ed.). Madrid: Editorial Mecia Panamericana, 2012.
- Cerda A, Domic M, Quiroz J, Ramos M, Urzúa A. (2009). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños escolarizados. *Rev Chil Pediatr* 80(4):332-338, 2009.
- Quintero J, Castaño de la Mota C. Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatr Integral* 18(9):600-606, 2014.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) (Quinta ed.). Washington D.C.; 2013.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Guías de práctica clínica en el SNS. Edita Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf
- Harrison C, McLaughlin D. Parenting practices of mothers of children with ADHD: The role of maternal and child factors. *Child Adolescent Ment Health* 11:82-88, 2006.
- Grau-Sevilla D, Marco-Taberner R, Miranda-Casas AR, Roselló B. Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Rev Neurol* 44(Supl 2):S23-S25, 2007.
- Cardona A, Eusse K, Figueroa S, Garizado A, Sanchez M, Torres A. La dinámica familiar y las prácticas de crianza como elemento clave en la ecuación parental. Tesis de Psicología, Universidad Nacional abierta y a distancia, Palmira, Colombia; 2014. Disponible en: <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/2684/4/41946256.pdf>
- Díaz-Loving R, García-Méndez M, Rivera-Aragón S. Continuidad y cambio en la familia: factores intervinientes. México City, México: Editorial El Manual Moderno; 2015.
- Isorna FM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Vigo, ES: Servicio de Publicaciones da Universidade de Vigo; 2013.
- Álvarez C, Duany V, Pérez R. Modificación de conocimientos en familiares de niños y niñas con trastornos por déficit de atención. *Medisan* 15(4):447-453, 2011.
- Barnathan C. Niños con TDAH, cambios en la interacción familiar a partir del diagnóstico. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina; 2004. Disponible en: http://184.168.109.199:8080/jspui/bitstream/123456789/1622/1/106_barnathan.pdf
- Rabadán Rubio JA, Giménez-Gualdo AM. Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Rev De la Facultad de Educación* 15(2):185-212, 2012. Disponible en: <http://espacio.uned.es/fez/view/bibliuned:EducacionXI-2012-15-2-5080>
- Bianchi E. Infancia, normalización y salud mental: figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 22(3):761-779, 2015.
- Lucena FJH. TDAH y educación: hacia una visión holística y comprensiva de su evaluación y tratamiento. *El Guiniguada* 15:145-172, 2006.
- Kypriotaki M, Manolitsis G. Teachers' Evaluations for the Detection of PrimarySchool Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Eur J Spec Needs Educ* 25(3):269-281, 2010.
- Baltar Del Pino E. Identificación del alumnado con TDAH en el aula de Primaria: ¿existen diferencias debidas al sexo? Tesis de Magister en Educación Primaria, Universidad de Granada, Granada, España; 2015. Disponible en: http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/40389/1/Baltar_del_Pino_Elia_TFG.pdf

El tratamiento de la leucemia no afecta la función endocrina del testículo en niños

Rodolfo Rey

Centro de Investigaciones Endocrinológicas Dr. César Bergadá, Ciudad de Buenos Aires, Argentina



Rey describe para SIIC su artículo editado en *Human Reproduction* 34(12):2480-2494, Dic 2019.

La colección en papel de *Human Reproduction* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 2018. Indizada en Science Citation Index, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Life Sciences, Reference Update, Index Medicus/Medline, EMBASE/ExcerptaMedica, Biosciences Information Service of Biological Abstracts (BIOSIS), Cambridge Scientific Abstracts y SIIC *Data Bases*.



<https://www.siicsalud.com/dato/crosiic.php/163046>

Los tumores malignos de la sangre representan casi el 40% de los cánceres pediátricos. El uso de la quimioterapia ha producido mejoras notables en la supervivencia general en las últimas décadas. Este avance ha hecho que exista una creciente población de sobrevivientes de cáncer infantil, que están sujetos a secuelas a largo plazo, los más frecuentes de los cuales son los trastornos endocrinos.

El testículo adulto produce espermatozoides y hormonas; entre estas últimas, los andrógenos son generados por las células de Leydig y la hormona anti-mülleriana (AMH) es secretada por las células de Sertoli. En el niño no se producen espermatozoides.

Existe considerable información sobre el efecto nocivo que tiene la quimioterapia sobre la producción de espermatozoides. En cambio, poco se ha estudiado su efecto sobre las células de Leydig y las células de Sertoli en el adulto, y los datos son prácticamente inexistentes sobre los efectos en el testículo antes del desarrollo puberal.

En este estudio nos preguntamos si los tratamientos estandarizados utilizados en niños y adolescentes con neoplasias hematológicas, incluidos la leucemia linfoblástica aguda (LLA) o la leucemia mieloide aguda (LMA) y el linfoma no Hodgkin (LNH), afectan la producción hormonal de los testículos durante la niñez y la adolescencia.

Para responder este interrogante estudiamos 91 niños con LLA, LMA o NHL, tratados antes de los 10 años de edad o después, y que tuvieron un seguimiento a largo plazo. Elegimos la edad mencionada porque antes de ella aún no ha comenzado el desarrollo puberal. Nuestra hipótesis era que el efecto del tratamiento quimioterápico sobre la producción hormonal de los testículos sería diferente en

la infancia y en la adolescencia. Los resultados mostraron que, en los niños que recibieron la quimioterapia antes de los 10 años, todas las hormonas testiculares fueron normales hasta 12 años después del final del tratamiento, indicando así que los regímenes quimioterapéuticos que se han venido usando en las últimas dos décadas para el tratamiento de las leucemias es seguro con relación a la función endocrina testicular, es decir que no afecta la producción de andrógenos a nivel de las células de Leydig ni la producción e AMH a nivel de las células de Sertoli. Eso se mantiene así durante 12 años luego de finalizada la quimioterapia.

Cuando el tratamiento con quimioterapia se extendió hasta una edad superior a los 10 años, es decir cuando probablemente ya había comenzado el desarrollo puberal, los valores de AMH y de testosterona fueron normales, pero se observó que las hormonas producidas por la hipófisis encargadas de controlar la función de las células de Sertoli –es decir, la hormona foliculoestimulante (FSH)– y de las células de Leydig –es decir, la hormona luteinizante (LH)– habían aumentado por encima de lo normal en un porcentaje importante de los pacientes. Cuando hay un incremento de las hormonas hipofisarias LH y FSH, se interpreta que el testículo necesita un estímulo extra, ya que con el estímulo habitual no alcanzaría a producir niveles normales de sus hormonas. Se considera entonces que existe un compromiso leve de la función testicular, que es compensada con mayor estímulo hipofisario. Esto se conoce como disfunción testicular leve o hipogonadismo primario compensado.

En resumen, la respuesta a nuestra pregunta es que la quimioterapia usada en pediatría para tumores malignos hematológicos no afecta significativamente la función endocrina testicular en niños tratados antes de los 10 años, pero se asocia con mayor frecuencia con disfunción hormonal testicular leve y compensada cuando el tratamiento quimioterápico termina una vez que la pubertad ya está en marcha, o sea en mayores de 10 años. Esto no requiere ningún tratamiento hormonal durante la adolescencia ni en el adulto joven. En este estudio no pudimos identificar ningún factor de riesgo o predisponente de relevancia –como podrían ser la gravedad de la enfermedad o el protocolo de abordaje quimioterápico utilizado– que se asociara más frecuentemente con el compromiso testicular leve observado en los pacientes mayores de 10 años.

Conexiones temáticas



Otros artículos publicados por el autor

- Al-Attar L, Noël K, Dutertre M, Belville C, Forest MG, Burgoyne PS, et al. Hormonal and cellular regulation of Sertoli cell anti-Müllerian hormone production in the postnatal mouse. *J ClinInvest* 100:1335-1343, 1997.
- Bergadá I, Milani C, Bedecarrás P, Andreone L, Ropelato MG, Gottlieb S, et al. Time course of the serum gonadotropin surge, inhibins and anti-Müllerian hormone (AMH) in normal newborn males during the first month of life. *J ClinEndocrinolMetab* 91:4092-4098, 2006.
- Grinspon R, Rey R. Anti-Müllerian hormone and Sertoli cell function in paediatric male hypogonadism. *Horm Res Paediatr* 73:81-92, 2010.
- Grinspon RP, Freire AV, Rey RA. Hypogonadism in pediatric health: adult medicine concepts fail. *Trends EndocrinolMetab* 30:879-890, 2019.
- Grinspon RP, Gottlieb S, Bedecarrás P, Rey RA. Anti-Müllerian hormone and testicular function in prepubertal boys with cryptorchidism. *Front Endocrinol* 9:182, 2018.
- Grinspon RP, Ropelato MG, Gottlieb S, Keselman A, Martínez A, Ballerini MG, et al. Basal FSH and peak gonadotropin levels following GnRH infusion

show high diagnostic accuracy in boys with suspicion of hypogonadotropic hypogonadism. *J ClinEndocrinolMetab* 95:2811-2818, 2010.

- Long WQ, Ranchin V, Pautier P, Belville C, Denizot P, Cailla H, et al. Detection of minimal levels of serum anti-Müllerian hormone during follow-up of patients with ovarian granulosa cell tumor by means of a highly sensitive enzyme-linked immunosorbent assay. *J ClinEndocrinolMetab* 85:540-544, 2000.
- Rey RA, Grinspon RP, Gottlieb S, Pasqualini T, Knoblovits P, Aszpis S, et al. Male hypogonadism: an extended classification based on a developmental, endocrine physiology-based approach. *Andrology* 1:3-16, 2013.
- Rey RA, Grinspon RP. Normal male sexual differentiation and aetiology of disorders of sex development. *Best Pract Res ClinEndocrinolMetab* 25:221-238, 2011.
- Young J, Chanson P, Salenave S, Noël M, Brailly S, O'Flaherty M, et al. Testicular anti-Müllerian hormone (AMH) secretion is stimulated by recombinant human FSH in patients with congenital hypogonadotropic hypogonadism. *J ClinEndocrinolMetab* 90:724-728, 2005.

Comentario

El tratamiento de la leucemia no afecta la función endocrina del testículo en niños

Paola C. Prener

Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios, La Plata, Argentina

Claudia M. Melillo

Instituto Médico Mater Dei, La Plata, Argentina

El abordaje multidisciplinario del cáncer infantil ha mejorado el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes, con impacto en la salud pública y psicosocial. Los niños y adolescentes que llegan a la edad adulta son susceptibles a la aparición de secuelas asociadas con los protocolos terapéuticos y los factores individuales. Entre las endocrinopatías más frecuentes se encuentran los trastornos gonadales, que se manifiestan por enfermedades puberales, insuficiencia gonadal y alteraciones de la fertilidad. Los tratamientos contra el cáncer pueden afectar a los testículos en todas las etapas de la vida.

Los autores del presente artículo original aportan resultados sobre la línea somática testicular, mediante un análisis transversal y longitudinal con seguimiento prolongado en el tiempo en niños prepúberes puberales con cáncer hematológico, tratados con los esquemas terapéuticos estandarizados recomendados por el ALL IC-BFM 2002. La población evaluada incluyó pacientes pediátricos provenientes de dos hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, entre 2002 y 2015. Se clasificaron en dos subgrupos: niños menores de 10 años, y mayores de dicha edad al finalizar el tratamiento. Este valor de corte se asocia con la probabilidad del inicio del desarrollo puberal y con la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. Según Chemes (2001), la infancia se ha considerado clásicamente como una fase inactiva del desarrollo testicular, cuando, en realidad, se caracteriza por una actividad intensa e inaparente. En los testículos prepúberes existe proliferación de células de Sertoli inmaduras y aumento en el número de células de Leydig y del volumen testicular. El epitelio germinal del varón es más sensible a los efectos de la quimioterapia y la radioterapia que las células de Sertoli y Leydig. Un aspecto destacable del presente estudio radica en contar con datos sobre el impacto de los tratamientos oncológicos en enfermedades hematológicas malignas en niños y adolescentes. Los datos de la literatura provienen de extrapolaciones de adultos que han padecido cáncer durante la infancia.

Los biomarcadores utilizados para estimar el daño y la funcionalidad testicular se basan clásicamente en la cuantificación de las hormonas del eje hipotálamo-hipófiso-testicular y el análisis del semen, de ser factible. Los autores del trabajo que se comenta, analizaron datos demográficos, clínicos y de laboratorio aportados por las historias clínicas de los pacientes. El tamaño muestral

incluyó 97 varones, con un rango etario comprendido entre 1.1 y 16.6 años al momento del diagnóstico e inicio del tratamiento. Entre los datos evaluados se incluyeron estadios de Tanner (desarrollo genital y vello púbico) y volumen testicular con orquídometro de Prader; también, datos de laboratorio endocrino: hormona anti-Mülleriana (AMH), gonadotrofinas (hormona luteinizante [LH] y hormona foliculoestimulante [FSH]) y testosterona total (T). Los biomarcadores de la disfunción testicular directos e indirectos de las células de Sertoli fueron AMH y FSH, y de las células de Leydig, testosterona y LH, respectivamente. El descenso de la AMH y la T, y el aumento de las gonadotrofinas se expresaron como valores absolutos y desviación estándar, sobre la base del rango de edad y el estadio de Tanner según datos publicados por Grinspon *et al.* (2011).

Los autores detectaron disfunción compensada de las células de Sertoli y Leydig, con elevación leve a moderada de las gonadotrofinas durante la pubertad, sin cambios relevantes en la AMH y la T. Los niveles normales de testosterona y LH durante el desarrollo puberal, en la gran mayoría de los casos, revelan una resistencia de las células de Leydig a la terapia. En prepúberes, los niveles de AMH se mantuvieron dentro de los rangos esperados, lo que indica ausencia de gonadotoxicidad, sin cambios en las gonadotrofinas. El seguimiento a largo plazo permitió identificar un subconjunto de pacientes con elevación transitoria de las gonadotrofinas y normalización de sus niveles al finalizar el desarrollo puberal. En las últimas etapas puberales se observó disminución del volumen testicular. La medida de inhibina B y el estudio del semen permitirían determinar si la etiología de estos cambios responde a daño en la célula de Sertoli o en la línea germinal. Las limitaciones del estudio fueron la ausencia de datos para inhibina B, estudio del semen y carencia de seguimiento de algunos pacientes por cierre del estudio (previo al inicio de la pubertad).

Los autores concluyen que los regímenes terapéuticos utilizados para el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda, la leucemia mieloide y el linfoma no Hodgkin en niños y adolescentes de este estudio, no causa hipogonadismo primario manifiesto. La disfunción testicular moderada quedaría compensada por un leve ascenso de las gonadotrofinas hipofisarias, sin requerimiento, en general, de terapia de reemplazo androgénica. La mayoría de los niños tratados por cáncer cursan normalmente su pubertad, con desarrollo de características sexuales secundarias y niveles normales de testosterona. Diferentes organismos internacionales sugieren el seguimiento del crecimiento y el desarrollo puberal en esta población. Recomiendan la derivación a un endocrinólogo pediátrico de aquellos pacientes que no tengan signos de pubertad a los 14 años, o que muestren fracaso de la progresión de esta etapa.

Tratamiento del cáncer de endometrio

Copenhague, Dinamarca

New England Journal of Medicine, Mar 2023

El dostarlimab más carboplatino-paclitaxel ha demostrado efectos beneficiosos para el tratamiento del cáncer de endometrio primario avanzado o recidivante, particularmente en los tumores deficientes en reparación de desajustes con inestabilidad microsateletal alta.

El cáncer de endometrio es el sexto cáncer más frecuente entre las mujeres en todo el mundo y el segundo tipo más prevalente de cáncer ginecológico. El carboplatino más paclitaxel es la quimioterapia estándar para el tratamiento de primera línea del cáncer de endometrio primario avanzado o recidivante. Sin embargo, los resultados a largo plazo siguen siendo deficientes, con una mediana de supervivencia general de menos de tres años. El dostarlimab es un inhibidor del punto de control inmunitario que se dirige al receptor de muerte celular programada. La quimioterapia citotóxica se asocia con efectos inmunomoduladores, como la interrupción de las vías inmunosupresoras y una mayor respuesta citotóxica de las células T. Por lo tanto, la combinación de quimioterapia e inmunoterapia puede tener efectos sinérgicos en el tratamiento del cáncer de endometrio.

El objetivo del presente ensayo clínico fue evaluar la eficacia y la seguridad de dostarlimab en combinación con carboplatino y paclitaxel en comparación con placebo más carboplatino y paclitaxel en pacientes con cáncer de endometrio primario avanzado o recidivante.

Se realizó un ensayo en fase III, aleatorizado, a doble ciego, multicéntrico. Los participantes tenían al menos 18 años y presentaban cáncer de endometrio primario avanzado o recidivante (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO] estadio III o IV) confirmado histológica o citológicamente, que no era susceptible de tratamiento curativo. Las pacientes se aleatorizaron en una proporción de 1:1 para recibir dostarlimab (500 mg) o placebo por vía intravenosa en combinación con carboplatino en un área bajo la curva de 5 mg por mililitro por minuto y paclitaxel a una dosis de 175 mg por metro cuadrado de superficie corporal por vía intravenosa cada tres semanas durante los primeros seis ciclos, seguido de dostarlimab (1000 mg) o placebo por vía intravenosa cada seis semanas durante un máximo de tres años o hasta la progresión de la enfermedad, la interrupción del tratamiento debido a efectos tóxicos, la retirada del paciente, la decisión del investigador de retirar al paciente o la muerte. Los criterios principales de valoración fueron la supervivencia libre de progresión evaluada por el investigador de acuerdo con los Criterios de Evaluación de la Respuesta en Tumores Sólidos, versión 1.1, y

la supervivencia general. Además, se evaluó la seguridad mediante el registro de eventos adversos.

Desde el 18 de julio de 2019 hasta el 23 de febrero de 2021, se examinaron en total 607 pacientes de 113 sitios en 19 países. De las 494 pacientes que se sometieron a aleatorización, 118 (23.9%) tenían tumores deficientes en reparación de desajustes (dMMR, por su siglas en inglés) con inestabilidad microsateletal alta (MSI-H, por su sigla en inglés). No se observaron diferencias sustanciales entre los grupos en las características demográficas y clínicas de los pacientes en la población dMMR-MSI-H o en la población general. Las características demográficas de las pacientes fueron representativas de las enfermas con cáncer primario de endometrio avanzado o recidivante. En total, 54.7%, 20.6% y 8.9% de los pacientes tenían un diagnóstico de carcinoma endometriode, adenocarcinoma seroso y carcinosarcoma, respectivamente. La mayoría de las pacientes (82.6%) no habían recibido previamente radiación pelviana externa.

En la población con tumores dMMR-MSI-H, la supervivencia libre de progresión estimada a los 24 meses fue del 61.4% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 46.3% a 73.4%) en el grupo de dostarlimab y del 15.7% (IC 95%: 7.2% a 27%) en el grupo de placebo (cociente de riesgos para progresión o muerte: 0.28; IC 95%: 0.16 a 0.50; $p < 0.001$). En la población general, la supervivencia libre de progresión a los 24 meses fue del 36.1% (IC 95%: 29.3 a 42.9) en el grupo de dostarlimab y del 18.1% (IC 95%: 13.0 a 23.9) en el grupo de placebo (cociente de riesgos para progresión o muerte: 0.64; IC 95%: 0.51 a 0.80; $p < 0.001$). La supervivencia general a los 24 meses fue del 71.3% (IC 95%: 64.5 a 77.1) con dostarlimab y del 56% (IC 95%: 48.9% a 62.5%) con placebo (cociente de riesgos para la muerte: 0.64; IC 95%: 0.46 a 0.87).

Los eventos adversos más frecuentes que tuvieron lugar o empeoraron durante el tratamiento fueron náuseas (53.9% de los pacientes en el grupo de dostarlimab y 45.9% de los del grupo de placebo), alopecia (53.5% y 50%) y fatiga (51.9% y 54.5%). La erupción cutánea y la erupción maculopapular fueron los eventos adversos con las mayores diferencias entre los grupos de tratamiento y se informaron con mayor frecuencia en el grupo de dostarlimab que en el grupo de placebo (22.8% frente a 13.8% para la erupción y 14.1% frente a 3.7% para la erupción maculopapular). Los eventos adversos graves fueron más frecuentes en el grupo de dostarlimab que en el grupo placebo.

El tratamiento con dostarlimab más carboplatino-paclitaxel aumenta de forma significativa la supervivencia libre de progresión entre las pacientes con cáncer de endometrio primario avanzado o

recidivante, con un beneficio sustancial en la población con tumores dMMR-MSI-H. El perfil de seguridad de esta combinación fue congruente con los perfiles conocidos de los fármacos individuales en el régimen.



www.siicsalud.com/dato/resiic.php/173000

Transmisión intergeneracional de la violencia

Kuala Lumpur, Malasia

Frontiers in Psychiatry, 1-12, Ene 2023

Es imperativo que cualquier forma de abuso infantil sea reconocida y detenida de manera temprana para reducir el daño que causa a las mujeres más adelante en la vida.

El consumo de drogas ha aumentado de forma considerable en todo el mundo. El número de mujeres involucradas en el consumo de drogas es menor que el de los varones, pero se ha duplicado en los últimos años. Las mujeres con trastorno por consumo de metanfetamina tienen un riesgo significativamente mayor de cometer y ser víctimas de hechos de violencia. El trauma infantil y la victimización violenta se reconocen como factores de riesgo que conducen al consumo de drogas. Estos desencadenan el consumo de drogas como una estrategia de afrontamiento para aliviar el dolor de ser maltratado o indirectamente al causar un estilo de vida criminal que medie el contacto con el consumo de drogas. La violencia de pareja es un patrón de violencia, abuso o intimidación utilizado para controlar o mantener el poder sobre una pareja en una relación íntima.

Diversos estudios sugieren que existe una estrecha relación entre la violencia de pareja y el consumo de drogas. Los niños criados en un hogar violento tienen más probabilidades de volver a experimentar o replicar la violencia en sus relaciones interpersonales adultas. El trauma infantil también se asocia con un inicio más temprano del consumo de drogas. El impacto del trauma infantil se correlaciona no solo con la edad de inicio, sino también con la gravedad de la dependencia.

El propósito del presente estudio fue examinar la correlación entre el trauma infantil, la violencia de pareja y la autoeficacia percibida como padres entre las mujeres que informaron haber usado estimulantes de tipo anfetamínico en un centro institucional de rehabilitación de drogas.

El presente estudio transversal se realizó en Malasia entre diciembre de 2020 y marzo de 2021. Los criterios de inclusión fueron todas las mujeres de entre 18 y 65 años, todas las que pudieron comunicarse



Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

y comprender en bahasa malayo o inglés, mujeres con antecedentes de uso de estimulantes de tipo anfetamínico y capaces de leer y escribir con fluidez en bahasa malayo, y todas aquellas que pudieron dar su consentimiento informado y escrito. En total, 106 participantes fueron reclutados por muestreo intencional, de los cuales 88 eran madres. Se utilizaron cuestionarios para recoger datos sociodemográficos y variables de estudio (trastorno psiquiátrico, trauma infantil, salud y experiencias vitales de la mujer, y autoestima como padres). La media de edad de las 106 participantes fue de 33.5 años. En cuanto a la educación y el empleo, 87.7% (n = 93) completaron la educación secundaria y 71.7% (n = 76) tenían un empleo a tiempo completo. La mayoría de estas mujeres habían experimentado abuso emocional, abuso sexual y negligencia física en su infancia. Todas las participantes fueron diagnosticadas con trastorno por consumo de drogas, el 10% (n = 11) fueron diagnosticadas con ansiedad, depresión o psicosis/esquizofrenia, y el 8.5% (n = 9) de estas mujeres habían recibido tratamiento psiquiátrico antes.

Alrededor del 11% (n = 12) de ellas tuvieron un episodio de intento de suicidio. Alrededor de la mitad, 48.1% (n = 51), de las participantes tenían familiares que consumían drogas. Además, el 53.8% (n = 57) de los participantes tenían amigos que consumían drogas.

Durante la edad adulta, el 70.5% (n = 74) y 30.5% (n = 32) habían experimentado violencia física y sexual por parte de su pareja, respectivamente. El abuso emocional infantil aumentó de forma significativamente las probabilidades de que las personas experimenten violencia sexual en un 20.9%. No se demostró asociación significativa entre la minimización y negación con la violencia física en la edad adulta. Otros dominios del trauma infantil, como el abuso físico, el abuso sexual, la negligencia emocional y la negligencia física, no se asociaron significativamente con la violencia física y sexual de la pareja.

En términos de competencia parental, obtuvieron un 79.5% para la autoeficacia y un 54.4% para la satisfacción de los padres. La negligencia emocional se correlacionó negativamente con la eficacia percibida de los padres. Por otro lado, el abuso emocional y el abuso físico durante la infancia se correlacionaron negativamente con la satisfacción.

Ni el trauma infantil ni la violencia de pareja tuvieron una relación significativa con la escala de eficacia como padres. Por el contrario, dos dominios de trauma infantil se relacionaron con la satisfacción de los padres, especialmente el abuso emocional y el abuso físico.

Se encontró que el trauma infantil y la violencia de pareja no tuvieron una relación significativa con la eficacia de

los padres. Por el contrario, el abuso emocional y físico durante la infancia se correlacionaron de forma negativa con la satisfacción como padres. Es imperativo que cualquier forma de abuso infantil sea reconocida y detenida temprano para reducir el daño que causa a las mujeres más adelante en la vida. Como el trauma y el abuso pueden ser intergeneracionales, se recomienda explorar el papel de las mujeres como perpetradoras de violencia de pareja y abuso infantil y cómo el consumo de drogas podría exacerbar la violencia. Aparte de eso, es igualmente importante investigar los roles protectores que las mujeres pueden desempeñar para romper el ciclo de violencia.



www.siicsalud.com/dato/resiic.php/173005

Utilidad de la resonancia magnética cardíaca en la hipertensión pulmonar

San Miguel de Tucumán, Argentina

Revista Argentina de Radiología 87(1):3-10, Mar 2023

La resonancia magnética cardíaca es sumamente útil para la evaluación del ventrículo derecho, en pacientes con hipertensión pulmonar. El estudio revela anomalías fisiológicas y anatómicas de las cavidades derechas, reducción de la fracción de eyección del ventrículo derecho y compromiso de la interrelación entre ambos ventrículos.

La hipertensión pulmonar (HP) se caracteriza por el remodelado de la vasculatura pulmonar y el aumento progresivo de la resistencia vascular pulmonar; el resultado final es la hipertrofia y el remodelado del ventrículo derecho (VD). Si la HP no es tratada puede ocurrir la muerte por insuficiencia cardíaca derecha. Actualmente, la HP se define hemodinámicamente por una presión arterial pulmonar media superior a 20 mm Hg en reposo, medida por cateterismo cardíaco derecho. Si bien la HP es una enfermedad poco frecuente, con una prevalencia de 5 a 25 casos por millón de habitantes, se asocia con elevada morbimortalidad.

Independientemente de la causa, la evaluación del VD es una herramienta clave, ya que su deterioro precede a la manifestación clínica. Aunque la función del ventrículo izquierdo (VI) puede ser estudiada en forma exhaustiva por ecocardiografía Doppler, este método tiene limitaciones en la valoración del VD debido a su situación retroesternal, la mala definición de su superficie endocárdica y la dificultad para aplicar modelos volumétricos que permitan calcular su volumen, dado que los modelos se basan en presunciones geométricas difíciles de adaptar a la morfología compleja del VD. A pesar de que la ecocardiografía tridimensional podría ser un método más prometedor, no siempre garantiza una visualización adecuada del VD completo.

En cambio, la resonancia magnética cardíaca (RMC) es un método no invasivo indispensable para el estudio del VD, ya que permite valorar el tamaño, la morfología, los volúmenes y la masa, así como determinar la fracción de eyección (FE) del VD y la presencia de fibrosis. Se puede analizar, además, la anatomía de la arteria pulmonar y sus ramas y, por medio de la secuencia de contraste de fase, permite valorar la velocidad pico y promedio de la AP y el grado de insuficiencia de la válvula pulmonar. También pone de manifiesto el comportamiento del tabique interventricular (TIV) y puede detectar cardiopatías asociadas. Por lo tanto, la RMC brindaría amplia información pronóstica en pacientes con HP en su fase inicial y permitiría evaluar el seguimiento. El objetivo de este estudio fue evaluar la función del VD y del VI en la HP mediante RMC.

Se analizaron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico previo (mediante cateterismo cardíaco derecho) de HP, derivados para su evaluación mediante RMC, entre julio de 2016 y septiembre de 2017. Se comparó con un grupo control de individuos sin HP, comparables en edad y sexo, sin hallazgos patológicos en la RMC. Para el presente trabajo se incluyeron nueve pacientes y nueve controles.

En la RMC se obtuvieron secuencias de *Turbo Field Echo* (TFE) para el estudio de la anatomía cardíaca y función ventricular, por las cuales se adquirieron imágenes en planos de dos, tres y cuatro cámaras y eje corto de los ventrículos, e imágenes en corte axial para valoración de la arteria pulmonar (AP). Asimismo, se obtuvieron secuencias de *Inversion Recovery Turbo Field Echo* tardía (IR-TFE tardía) 10 minutos después de la administración de gadolinio (0.2 mmol/kg), para la valoración del realce tardío (estudio de fibrosis/necrosis miocárdica) en planos de dos, tres y cuatro cámaras y eje corto. La adquisición se sincronizó con el ciclo cardíaco mediante señal de electrocardiograma. Todas las secuencias fueron adquiridas en apnea espiratoria. Todos los estudios fueron evaluados por un cardiólogo especialista en RMC con cinco años de experiencia.

Se midió el volumen telediastólico (VTD) y volumen telesistólico (VTS) del VD y del VI, excluyéndose de la cavidad los músculos papilares y las trabéculas; se estimó la FE y se calculó la superficie corporal de los pacientes mediante la fórmula de Dubois y Dubois con el objetivo de indexar el VTD y VTS de ambos ventrículos (volumen/superficie corporal en m²). Se evaluó la presencia de movimiento anómalo del TIV. Se compararon los valores de estas variables encontrados en el VD con los hallados en el VI (interrelación VD/VI).

Se calculó el área de la aurícula derecha (AD) y de la aurícula izquierda (AI). Se midió el diámetro del tronco de la AP y sus ramas derecha e izquierda. Finalmente, se analizó la presencia de realce tardío en ambos ventrículos.

Las comparaciones estadísticas se realizaron con prueba de la *t* de Student para datos agrupados o pareados, de *chi* al cuadrado o correlación de Pearson según el caso.

Todos los pacientes del grupo de HP pertenecían al grupo 1 de la clasificación de la *European Society of Cardiology* (ESC) y la *European Respiratory Society* (ERS).

La FE del VI fue similar en ambos grupos ($p = 0.30$). Además, en el VI ambos grupos presentaron valores similares de VTD y VTS. Al indexar los volúmenes se mantuvo esta similitud.

Para el VD, la FE fue menor en pacientes con HP ($p < 0.05$). El grupo de HP presentó mayor VTD y VTS, y estas diferencias se mantuvieron al indexar los volúmenes. En la HP, el aumento de VTD fue menor que el de VTS. Esta diferencia fue más pronunciada al indexar los volúmenes a la superficie corporal ($p < 0.001$). Al analizar la interrelación VD/VI, en el grupo control en el VD se mantuvieron similares los valores de VTD y VTS, mientras que en el grupo de HP estos valores incrementaron en el VD: VTD ($p < 0.001$) y VTS ($p < 0.001$). Estas diferencias observadas en la HP se mantuvieron al indexar ambos volúmenes. En el grupo control, la FE del VD se mantuvo en valores similares que en el VI, pero en el grupo de HP la FE del VD estuvo disminuida ($p < 0.05$).

En cuatro pacientes del grupo de HP se observó movimiento anormal del TIV con curvatura hacia la izquierda en diástole; ningún control presentó esta anomalía. Asimismo, en tres pacientes del grupo de HP se encontró realce tardío intramiocárdico en los puntos de inserción del VD en VI.

La evaluación de pacientes con HP mediante RMC demuestra alteraciones fisiológicas y anatómicas de las cavidades derechas, con disminución de la FE del VD que también afecta la interrelación VD/VI. Se recalca la importancia de una evaluación temprana y secuencial del VD con RMC para valorar la mejor estrategia terapéutica para cada caso en particular.



www.siiicsalud.com/dato/resiic.php/173109

El dengue aumenta el riesgo de insuficiencia cardíaca

Toayuan, Taiwán (República Nacionalista China)

Travel Medicine and Infectious Disease
53(102589):1-5, May 2023

Cuando los pacientes presentan disnea en el esfuerzo inmediatamente después de ser diagnosticados con dengue, los médicos deben estar alertas y evaluar la posibilidad de insuficiencia cardíaca.

El dengue es una enfermedad infecciosa transmitida por mosquitos. Según estudios previos, en áreas endémicas tradicionales la afección cardíaca en adultos con infección por el virus del dengue (VD) es frecuente y tiende a resolverse espontáneamente sin tratamiento específico. El calentamiento

global ha llevado a la expansión del área epidémica de infección por el VD y esta ha llegado a lugares en donde adultos y personas de edad avanzada nunca habían sido infectados por el VD y no cuentan con inmunidad. Es importante determinar el impacto de la infección por el VD en la enfermedad cardiovascular en los adultos mayores o en aquellos con enfermedades crónicas, ya que esto servirá para el desarrollo de políticas públicas y la asignación de recursos al sistema de salud. Se han descrito eventos cardiovasculares graves, en particular insuficiencia cardíaca (IC), vinculados con la infección por el VD, pero este tema no se ha evaluado a fondo.

La IC es una enfermedad progresiva y una de las principales causas de muerte. Según la Sociedad Europea de Cardiología, la IC es un síndrome clínico caracterizado por síntomas y signos causados por una anomalía cardíaca, lo que provoca reducción del gasto cardíaco. Los síntomas típicos incluyen disnea, hinchazón de los tobillos y fatiga. Los signos incluyen edema pulmonar y de las extremidades inferiores. Como enfermedad tropical desatendida, la IC inducida por la infección por el VD puede estar infradiagnosticada y no bien identificada. El objetivo de este trabajo fue evaluar la asociación entre el dengue y la IC.

El presente estudio observacional retrospectivo utilizó un diseño de serie de casos autocontrolados. La información fue extraída de la base de datos de enfermedades infecciosas de notificación obligatoria y los datos de reclamos del Seguro Nacional de Salud de Taiwán. Se incluyeron todos los casos de dengue confirmados por laboratorio que fueron hospitalizados por IC dentro del año posterior a la infección por el VD, entre 2009 y 2015 (se excluyeron los casos de IC previa a la infección y los casos graves de dengue, como fiebre hemorrágica). Los primeros 7 y 14 días después de la infección por VD fueron considerados los intervalos de riesgo, y los otros períodos fueron definidos como intervalos de control. El cociente de tasas de incidencia (CTI) y el intervalo de confianza del 95% (IC 95%) para la IC fueron estimados mediante regresión de Poisson condicional.

Entre los 65 906 pacientes con dengue confirmado por laboratorio, 230 ingresaron por IC después de la infección por el VD en el plazo de un año. Entre todos los casos, 181 (78.7%) ingresaron en el hospital debido a la gravedad de la infección por el VD. La mayoría de los eventos de hospitalización por IC (86.96%) se observaron en pacientes mayores de 60 años. Solo 28 (12.17%) tenían enfermedad coronaria subyacente.

El CTI de hospitalización por IC dentro de la primera semana después de la infección por el VD fue de 56.50 (IC 95%: 43.88 a 72.75). En los análisis de subgrupos, este riesgo fue más alto en sujetos mayores de 60 años (CTI: 59.32, IC 95%: 45.43 a 77.43) y menor

en pacientes de 0 a 40 años (CTI: 25.82, IC 95%: 2.89 a 231.02). Los varones tenían mayor riesgo de eventos cardiovasculares adversos graves que las mujeres (CTI: 68.07 frente a 44.09). El riesgo fue casi nueve veces mayor entre los casos hospitalizados por infección por el VD que entre los casos no hospitalizados (CTI: 75.35 frente a 8.61, $p < 0.0001$). En particular, los riesgos elevados fueron coincidentes tanto entre los individuos con enfermedad coronaria como entre aquellos sin esta (CTI: 59.02 frente a 56.15). Los riesgos de hospitalización por IC persistieron elevados de forma leve en la segunda semana de infección por el VD (CTI: 8.55) y se volvieron menos obvios después de la tercera y la cuarta semana.

El dengue aumenta el riesgo de hospitalización por IC dentro de la primera semana después de la infección por el VD, especialmente en mayores de 60 años, varones y hospitalizados por dengue. Estos hallazgos enfatizan la conciencia del diagnóstico y el tratamiento adecuado de la IC. El mecanismo preciso involucrado en el aumento del riesgo de IC por dengue no se comprende completamente. El VD puede causar lesión cardiovascular de forma directa e indirecta, lo que lleva a miocarditis y vasculitis. El tratamiento primario para la infección por el VD es la terapia de sostén. Por el contrario, la IC debe ser tratada de forma intensiva y temprana. La mayor tasa de incidencia de IC se encontró dentro de la primera semana después del diagnóstico de infección por el VD. Esto debería crear conciencia entre los médicos mientras atienden a los pacientes con dengue, y cuando estos presentan disnea en el esfuerzo inmediatamente después del diagnóstico, los facultativos deben estar alertas y evaluar la posibilidad de IC. En caso de confirmar la presencia de esta enfermedad, los autores recomiendan prescribir medicación según las guías actuales e investigar más a fondo las etiologías concomitantes subyacentes.



www.siiicsalud.com/dato/resiic.php/173280

► Remita su carta a acise@siic.info. El estilo de redacción puede consultarse en www.siicsalud.com/saludiciencia/cartas_editor.php

Comentario científico sobre la base del resumen *Eficacia de la Polipíldora CNIC en la Prevención Secundaria de Eventos Cardiovasculares Graves Recurrentes*

Sr. Editor:

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad en el mundo, y la aterosclerosis, su causa primaria. Tiene un origen multifactorial que incluye factores de riesgo modificables como hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes y estado protrombótico, entre otros. Es por ello que resulta crucial un adecuado control de todos ellos. En este contexto, surge la pregunta del resumen¹ que aquí discutimos de si una polipíldora que incluye atorvastatina 20 o 40 mg, aspirina 100 mg y ramipril 2.5/5/10 mg, en comparación con otras tres ramas, se asocia con una reducción de eventos cardiovasculares graves (MACE, por su sigla en inglés) a dos años de seguimiento. Las estrategias que compararon fueron: una que incluye los componentes de la polipíldora por separado, otra con fármacos equivalentes a los de la polipíldora y la última que involucra otras combinaciones de fármacos. Se trata de un estudio retrospectivo y analítico de una base de datos electrónica, durante los años 2015 a 2018 en España, que incluyó pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (enfermedad coronaria, cerebrovascular o vascular periférica). El criterio de valoración primario fue la incidencia de un criterio de valoración combinado a dos años, y los criterios de valoración secundarios fueron el tiempo hasta la recurrencia de un evento cardiovascular o muerte, los valores de presión arterial y de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc) y la persistencia del tratamiento, esta última definida como tiempo sin abandono de la terapia y sin cambio en la medicación a 30 días. Debido a que las muestras no eran homogéneas, estas fueron apareadas según un puntaje de propensión (que incluyó 23 variables clínicas) para minimizar los posibles factores de confusión y permitir la comparación entre los grupos. Se analizaron los datos de 6456 individuos, 1614 en cada rama. De los pacientes evaluados, más del 50% eran hombres hipertensos, con un 26% de sujetos con diabetes. Entre los resultados se destaca que, a los dos años de seguimiento, los pacientes que se encontraban en la rama de la polipíldora habían tenido una reducción del criterio de valoración primario, en comparación con las otras tres ramas ($p < 0.001$). Los investigadores hallaron que la edad, más un evento cardiovascular previo, la persistencia del tratamiento y la diabetes eran factores independientes de nuevos eventos. Respecto de los criterios de valoración secundarios, la polipíldora mostró mejor control de los factores de riesgo, con reducción de la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica y de los valores de LDLc, y aumento del tiempo hasta la recurrencia de eventos cardiovasculares; además, presentó mayor porcentaje de persistencia del tratamiento. Este estudio muestra que el uso de la polipíldora, en comparación con otras tres estrategias terapéuticas, reduce los MACE y mejora el control de los factores de riesgo en un seguimiento a dos años. Esto parece estar en relación con la mayor adhesión informada con dicha estrategia. Es importante remarcar el carácter retrospectivo y analítico de la base de datos utilizada en esta investigación, lo cual limita la interpretación de los resultados, ya que consistió en una base clínica electrónica, por lo que algunos ajustes o modificaciones en las dosis y la persistencia del tratamiento pueden no haber estado reflejados en ella. Por otro lado, al existir distintas formulaciones de la polipíldora y no especificar en el análisis la dosis de cada una, puede que las estrategias terapéuticas no hayan sido equivalentes. Sin embargo, los hallazgos del estudio coinciden con otros que analizan los resultados de la polipíldora comparados con los fármacos por separado. Por ejemplo, el estudio SECURE, dirigido por Valentín Fuster (autor de ambos trabajos), de diseño prospectivo y aleatorizado, llegó a conclusiones similares. La polipíldora, que se diseñó inicialmente para la prevención primaria, aparece como una alternativa interesante para la prevención secundaria.

Lucía Victoria Campos Cervera

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires,
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Marcelo Sergio Trivi

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires,
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

¹ <https://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/171771>

Sr. Editor:

Las dificultades para alcanzar las metas terapéuticas en las enfermedades crónicas no transmisibles, en particular las cardiovasculares y cardiometabólicas, son universalmente reconocidas en salud pública.^{1,2} La adhesión al tratamiento a mediano y largo plazo es una de las variables más significativamente asociada con esos malos resultados.³ En este escenario, se han desarrollado múltiples estrategias con el objeto de revertir esta desalentadora perspectiva, tales como las terapias cognitivo-conductuales, la telemedicina o la terapia con combinaciones de fármacos en dosis fijas en un solo comprimido, o polipíldoras, entre otras.⁴

Análisis y proyecciones matemáticas posicionaron la polipíldora como una herramienta potencial para enfrentar y revertir los múltiples desafíos que implican el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. A la espera de los ensayos clínicos controlados que permitan conocer con precisión los riesgos y beneficios de un tratamiento basado en una polipíldora en personas con alto riesgo cardiovascular o eventos cardiovasculares previos, múltiples estudios con diseños estadísticos innovadores han tratado de dar respuestas a estos interrogantes.⁵

El estudio NEPTUNO* es uno de esos proyectos destinados a construir evidencia intermedia en un período de la historia en el que todavía se carecía de información sólida y contundente. Se trató de un estudio retrospectivo, que incluyó sujetos adultos de la base de datos BIG-PAC de España, con antecedentes de haber tenido un evento coronario o cerebral o enfermedad arterial periférica, que hubieran iniciado un tratamiento de prevención secundaria entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2018. Se construyeron cuatro cohortes de pacientes: los casos (cohorte 1), que recibían la polipíldora del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC) (aspirina 100 mg, atorvastatina 20/40 mg y ramipril 2.5/5/10 mg); la cohorte 2, en la que los sujetos recibían los mismos medicamentos pero como monodrogas; la cohorte 3, en la que los pacientes recibían dosis equipotentes de fármacos que componen la polipíldora CNIC, y la cohorte 4, que recibía otros tipos de fármacos, ya sea en combinaciones fijas o no. Se analizaron 6454 pacientes durante un período de dos años desde el inicio de la polipíldora o el agregado del último fármaco en las otras tres cohortes.⁶

Tanto la presión arterial sistólica (PAS) como la diastólica (PAD) se redujeron en las cuatro cohortes, pero los descensos fueron más significativos con la polipíldora CNIC: 14.1, 11.7, 10.4 y 10.4 mm Hg para la PAS, y 4.4, 2.5, 2.1 y 1.2 mm Hg para la PAD, de las cohortes 1 a 4, respectivamente ($p < 0.001$); alcanzaron las metas terapéuticas $< 130/80$ mm Hg el 44.1%, 37.9%, 34.6% y 32.4%, respectivamente ($p < 0.05$ y $p < 0.01$). Al mismo tiempo, los niveles de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc) también descendieron en todas las ramas, pero nuevamente, más de manera más significativa en la cohorte polipíldora CNIC: 19.6, 12.9, 12.3 y 9.1 mg/dl, de las cohortes 1 a 4, respectivamente ($p < 0.001$); el porcentaje de pacientes que alcanzó un nivel de LDLc inferior a 70 mg/dl fue 14.4%, 12.5%, 12.8% y 11.6% ($p < 0.001$), respectivamente. La frecuencia del criterio de valoración primario combinado fue 19.8% entre los pacientes que recibieron la polipíldora CNIC y 23.3%, 25.5% y 25.8% en las cohortes 2, 3 y 4, respectivamente ($p < 0.001$). El tiempo hasta la recurrencia del criterio de valoración primario combinado fue significativamente mayor en la cohorte 1 que en las 2, 3 y 4: 275 días, 249 días, 226 días y 218 días, en orden respectivo.

Daniel Piskorz

Instituto de Cardiología del Sanatorio Británico,
Rosario, Argentina

* <https://siicsalud.com/dato/resiic.php/171771>

Bibliografía

1. Kotseva K, De Backer D, De Bacquer D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP Euroaspirin V Registry. *Eur J Prev Cardiol* 26:824-835, 2019.
2. Cigalini C, Hanna C, Largui R, et al. Prevención secundaria luego de intervenciones percutáneas. *Rev Fed Arg Cardiol* 39:35-40, 2010.
3. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, et al. Adherence to prescribed antihypertensive

drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 336:1114-1117, 2008.

4. Piskorz D, Díaz-Barreiro LA, López Santi R, et al. Blood pressure telemonitoring and telemedicine for hypertension management-positions, expectations and feasibility of Latin-American practitioners. SURVEY carried out by several cardiology and hypertension societies of the Americas. *Blood Press* 31:236-244, 2022.

5. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ* 326:1419, 2003.

6. González-Juanatey JR, Cordero A, Castellano JM, et al. The CNIC-Polypill reduces recurrent major cardiovascular events in real-life secondary prevention patients in Spain: The NEPTUNO study. *Int J Cardiol* 361:116-123, 2022.

7. Thom S, Poulter N, Field J, et al. Effects of a fixed-dose combination strategy on adherence and risk factors in patients with or at high risk of CVD: the UMPIRE randomized clinical trial. *JAMA* 310:918-929, 2013.

8. Castellano JM, Sanz G, Peñalvo JL, et al. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project. *J Am Coll Cardiol* 64:2071-2082, 2014.

9. Muñoz D, Uzojic P, Reynolds NC, et al. Polypill for cardiovascular disease prevention in an underserved population. *Engl J Med* 381:1114-1123, 2019.

10. Yusuf S, Joseph P, Dans A, et al. Polypill with or without aspirin in persons without cardiovascular disease. *N Engl J Med* 384:216-228, 2021.

11. Castellano JM, Pocock SJ, Bhatt DL, et al; SECURE Investigators. Polypill strategy in secondary cardiovascular prevention. *N Engl J Med* 387:967-977, 2022.

Comentario científico sobre la base del resumen

Las Combinaciones en Dosis Fijas para Tratar la Hipertensión

Sr. Editor:

El tratamiento eficaz de la presión arterial (PA) alta representa una estrategia clave para reducir la carga de enfermedades cardiovasculares relacionadas con la hipertensión arterial (HTA), principalmente el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular. Sin embargo, a pesar de que estos conceptos están bien establecidos, la HTA sigue estando mal controlada en todo el mundo. La terapia con un solo fármaco, incluso cuando se titula a dosis máxima, es, en el mejor de los casos, solo moderadamente eficaz para normalizar la PA en la HTA en estadio I o II y representa a la mayoría de la población hipertensa de la actualidad, lo cual es un problema que debe abordarse más allá de las consideraciones estrictamente clínicas y fisiopatológicas.

De acuerdo con esto, y según lo presentado en este resumen,¹ consideramos 3 matices que deben resaltarse.

El tiempo: en el control de la PA es de trascendental importancia, como lo marca el estudio VALUE, donde se resalta la necesidad de un rápido control, dado que el grupo mejor controlado (amlodipina) presentó menor riesgo de eventos entre el inicio del estudio y a los 3 meses. La terapia de combinación de dosis fija reduce con éxito la PA porque dos fármacos bloquean diferentes vías efectoras, cada uno de los cuales actúa normalmente en un sitio diferente.

Los efectos adversos: dos fármacos pueden controlar mejor la actividad del sistema contrarregulador. Por lo tanto, el patrón de efectos adversos también difiere con la terapia de combinación de dosis fija, en parte porque generalmente se administra menos fármaco. Además, un componente de una terapia de combinación de dosis fija puede contrarrestar de manera eficaz la tendencia del otro a producir efectos adversos.

La adhesión terapéutica: solo el 25% aproximadamente de los pacientes cuando salen de la consulta médica respetan el tratamiento indicado, por lo que atacar la adhesión terapéutica con la combinación de dos fármacos en un mismo comprimido es una herramienta alentadora.

Por lo tanto, el uso de combinaciones se caracteriza por tasas más bajas de efectos secundarios relacionados con los medicamentos, mejor cumplimiento y adhesión terapéutica a los regímenes antihipertensivos prescritos, que pueden contribuir a mejorar el control de la presión arterial y reducir las interrupciones de los antihipertensivos.

Estudios recientes han demostrado que las combinaciones de tres fármacos son muy eficaces, seguras y bien toleradas por los pacientes. Con la debilidad estadística principal de una baja recolección de pacientes, por lo tanto, es una fortaleza no menor de este ensayo que debe destacarse, al ser el estudio observacional con un muestreo importante, y que aporta resultados positivos, para inclinarnos hacia el uso de la combinación en dosis fijas. Son dos posturas las que deberíamos tomar, en primer lugar, seleccionar combinaciones

de dosis fijas buscando lograr un control más rápido y mejor en términos numéricos, ya que está fuertemente establecido que a mejor control de la PA, menor mortalidad. En segundo lugar, y no por ello menos importante, utilizar los resultados alentadores de este ensayo para la conformación de estudios experimentales para lograr así obtener resultados con mayor peso estadístico.

Diego Picchio

Instituto Polumedyc, Santa Rosa, Argentina

¹ <https://siicsalud.com/dato/resiic.php/169572>

Comentario científico sobre la base del resumen

Desipramina y Paroxetina en Pacientes con Trastorno de Abuso de Alcohol y Comorbilidades

Sr. Editor:

El consumo de alcohol es un problema de salud pública a nivel global. En todo el mundo, 3 millones de muertes cada año son consecuencia del consumo excesivo de alcohol. En general, el 5.1% de la carga mundial de enfermedades y lesiones es atribuible al alcohol, medido en años de vida ajustados en función de la discapacidad (DALY).¹ El trastorno por abuso de alcohol (TAA) es muy frecuente en la población general, con una prevalencia de vida de alrededor del 30%.²

Las personas con TAA tienen un control insuficiente sobre su consumo de alcohol y muestran un patrón de consumo de alcohol crónico, excesivo y, que en muchas ocasiones, va en aumento a pesar de las consecuencias perjudiciales significativas para su salud en general, la vida de sus familiares y amigos, y para la sociedad en general.³

Por otra parte, se estima que el 25% de la población mundial es diagnosticada con uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida.⁴ Entre estos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) encontró una prevalencia de vida del trastorno por estrés posttraumático (TEPT) para la población general en países de ingresos medianos altos y medianos bajos del 2.3% y 2.1%, respectivamente.⁵ En subgrupos particularmente expuestos a situaciones de estrés potencial, como los militares, la prevalencia de vida asciende del 7.7% al 1.0%.⁶ Respecto de la depresión, estadísticas globales muestran una prevalencia de vida del 5% en adultos.⁷ En Estados Unidos, por otra parte, asciende a 20.6%.⁸

La literatura internacional muestra que en los pacientes con depresión, TEPT o ambos, coexiste el consumo problemático de alcohol.⁹ Debido a la fuerte evidencia de esta coexistencia, los profesionales de la salud buscan tratamientos farmacológicos efectivos para estas comorbilidades en conjunto. Sin embargo, la información respecto al éxito del tratamiento farmacológico para estos cuadros asociados es disímil.

Una revisión del tratamiento farmacológico para los pacientes con TAA y TEPT realizada en 2014, mostró resultados no concluyentes. Sin embargo, destacó opciones de tratamiento prometedoras como el uso del anticonvulsivo topiramato y el antihipertensivo prazosina.¹⁰ Otros estudios aleatorizados compararon el uso del inhibidor de la recaptación de serotonina, paroxetina, y el inhibidor de la recaptación de noradrenalina, desipramina. También evaluó la eficacia complementaria del uso de naltrexona, utilizada habitualmente para el tratamiento del TAA, en relación con el placebo. La paroxetina no mostró mayor eficacia sobre la desipramina para el tratamiento de los síntomas del TEPT. Sin embargo, la desipramina fue superior a la paroxetina con respecto a los resultados del consumo de alcohol. La naltrexona redujo el deseo de consumo de alcohol, o *craving*, en relación con el placebo, pero no demostró ninguna ventaja sobre los resultados del consumo de alcohol en sí. Aunque los inhibidores de la captación de serotonina son los únicos medicamentos aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento del TEPT, el estudio actual sugiere que los inhibidores de la recaptación de noradrenalina pueden presentar ventajas clínicas al tratar a los veteranos varones con TEPT y TAA. Sin embargo, la naltrexona no mostró evidencia de eficacia en la población estudiada.¹¹ Estos últimos resultados van en línea con el artículo revisado, en el que Na et al. informaron que, en sujetos con

TEPT y TAA, la desipramina podría ser ventajosa en los resultados del consumo de alcohol. Con respecto a los deseos de consumo de alcohol, la naltrexona mostró superioridad sobre el placebo, y esta diferencia tuvo relación con la respuesta del grupo de TEPT.¹² Respecto de los trastornos concurrentes de depresión y TAA, la literatura describe que el disulfiram se asoció con la mejor eficacia para lograr la abstinencia al alcohol. También describieron a anti-convulsivos como el topiramato con resultados superiores en cuanto a resultados favorables en el consumo de alcohol.^{13,14}

El artículo revisado presenta evidencia preliminar sobre asociaciones farmacológicas favorables para las diferentes combinaciones de los 3 trastornos concurrentes. Sin embargo, también deja en claro la necesidad de más información sobre la temática para lograr consenso científico.

La literatura sobre el tratamiento eficaz con medicamentos aprobados para tratar pacientes con estas comorbilidades es limitada y no concluyente. La revisión bibliográfica realizada para el presente comentario muestra que, a pesar de la amplia disponibilidad de fármacos basados en evidencia para el tratamiento del TAA, la depresión y el TEPT, claramente se necesitan resultados más sólidos sobre el tratamiento para estas condiciones cuando se presentan en forma concomitante.

La consideración de la heterogeneidad de los trastornos y las diferencias clave en distintos subgrupos (población general versus población altamente expuesta como refugiados, militares, etc.) pueden ayudar a desarrollar tratamientos más específicos y personalizados para mejorar los resultados para cada subgrupo.

A modo de conclusión, si bien este artículo presenta algunas alternativas terapéuticas prometedoras para el tratamiento farmacológico de los cuadros antes mencionados, existe una clara necesidad de estudios sistemáticos y rigurosos de tratamientos farmacológicos, conductuales y alternativos, así como la combinación de todos ellos, para pacientes con diagnósticos duales de TEPT/depresión y TAA.

Agustina M. Marconi

Universidad de Wisconsin-Madison, EE.UU.

¹ <https://siicsalud.com/dato/resiic.php/170012>

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Sala de Situación (2022). Alcohol. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
2. Grant B.F, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry* 72(8):757-766, 2015.
3. Carvalho AF, Heilig M, Pérez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *Lancet* 394(10200):781-792, 2019.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Día Mundial de la Salud Mental (2020): la depresión es el trastorno mental más frecuente. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
5. Sareen J, Stein MB, Friedman M. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Up to Date, 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>
6. Schein J, Houle C, Urganus A, Cloutier M, Patterson-Lomba O, Wang Y, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: a systematic literature review. *Curr Med Res Opin* 37(12):2151-2161, 2021.
7. Organización Mundial de la Salud. Sala de Situación. Depresión (2022). Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
8. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, et al. Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry* 75(4):336-346, 2018.
9. McCauley JL, Killeen T, Gros DF, Brady KT, Back SE. Posttraumatic stress disorder and co-occurring substance use disorders: advances in assessment and treatment. *Clin Psychol* 19(3):283-304, 2012.
10. Ralevski E, Olivera-Figueroa LA, Petrakis I. PTSD and comorbid AUD: a review of pharmacological and alternative treatment options. *Subs Abuse Rehabil* 5:25-36, 2014.
11. Petrakis IL, Ralevski E, Desai N, Trevisan L, Gueorguieva R, Rounsaville B, Krystal JH. Noradrenergic vs serotonergic antidepressant with or without naltrexone for veterans with PTSD and comorbid alcohol dependence. *Neuropsychopharmacology* 37(4):996-1004, 2012.
12. Na PJ, Ralevski E, Jegede O, Wolfgang A, Petrakis IL. Depression and/or PTSD comorbidity affects response to antidepressants in those with alcohol use disorder. *Front Psychiatry* 12:768318, 2022.
13. Li J, Wang H, Li M, et al. Efficacy of pharmacotherapeutics for patients comorbid with alcohol use disorders and depressive symptoms—A bayesian network meta-analysis. *CNS Neurosci Ther* 26:1185-1197, 2020.
14. Baltieri DA, Daro FR, Ribeiro PL, de Andrade AG. Comparing topiramate with naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Addiction* 103(12):2035-2044, 2008.

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

Solicitud de presentación

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

www.siic.salud.com/presentacionpreliminar.php donde completarán un formulario llamado **Presentación Preliminar**.

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

Procesos de la edición

Proceso 1 – Aceptación de la invitación

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

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

Proceso 2- Remisión del artículo

Los autores remitirán sus artículos en línea en www.siic.info/ssea

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

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

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

Si desea realizar consultas o solicitar ayuda hágalo mediante Mensajes a SIIC (www.siic.salud.com/main/sugerencia.php).

Etapa 1 – Identificación

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

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

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

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

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

Etapa 2 – De los autores

2.A. Datos Personales

Autor/es

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

Breve CV

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

2.B. Complementos

Fotografía personal

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

Comuniquenos si le interesaría participar como revisor externo.

2.C. Coautores

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

2.D. Artículos Editados

Artículos registrados en SIIC

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

Otros artículos de su autoría

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

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

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

2.E. Carta de presentación

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

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

Etapa 3 - Del artículo

Tipos de Artículos

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

En estas Instrucciones consideramos los dos primeros.

Artículo Original

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

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

...

Instrucciones completas en:

www.siic.salud.com/instrucciones_sic_web.php

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

(Versión SSEA, n0613)

SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (SIIC)

Instruções para os autores

Pedido de apresentação

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

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

Processos da edição

Proceso 1 - Aceitação do convite

O autor aceita o convite para apresentar um artigo sobre o tema de seu interesse. Este processo de uma só etapa pede alguns poucos dados profissionais e outros relacionados ao artigo que o autor se compromete a concluir em uma determinada data.

Estes dados irão difundir antecipadamente o trabalho e a provável data de sua publicação. Esclarece-se ao autor que isso acontece quando obtiver a aprovação.

Proceso 2- Envio do artigo

Os autores enviarão seus artigos on line em www.siic.info/ssea

Proceso de Envio

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

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

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

Se você tiver dúvidas ou quiser pedir ajuda faça-o por meio de Mensajes a SIIC (www.siic.salud.com/main/sugerencia.php).

Etapa 1 - Identificação

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

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

...

Instruções completas na:

www.siic.salud.com/instruccoes_sic_web.php

Caso surja qualquer dúvida, comuníquese com expertos.siic@siic.salud.com (Versão SSEA, n0613).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

Guidelines for authors

Presentation requirement

Those authors who wish to submit an article for evaluation and publication in the Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) should access www.siic.salud.com/presentacionpreliminar.php and fill in the form called **Preliminary Presentation**.

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

Editing Processes

Process 1 – Invitation Acceptance

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

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

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

Process 2 - Submission of the Article

Authors will submit their articles on line at www.siic.info/ssea

Submission Process

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

Important:

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

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

If you wish to ask for help or you have any questions, please write to Mensajes a SIIC (www.siic.salud.com/main/sugerencia.php).

Stage 1 – Identification

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

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

...

Complete guidelines in:

www.siic.salud.com/guidelines_sic_web.php

For further information or inquiries, please contact expertos.siic@siic.salud.com (SSEA version, n0613).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).