



SALUDJALISCO

Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco

Editorial

Artículos Originales

- Prevalencia de maltrato en menores de 5 años a quienes se les aplica la prueba EDI, afiliados al Programa Prospera en el municipio de San Pedro Tlaquepaque en 2017
- Prevalencia de la situación social y su asociación con el deterioro cognitivo en ancianos residentes de hogares de ancianos mexicanos
- Síndrome de fragilidad en el Sistema Universitario del Adulto Mayor
- Experiencias laborales significativas en trabajadores de plataformas petroleras del Golfo de México en 2014-2015
- El autismo infantil y la falta de sostentimiento emocional

Artículos de revisión

- Rickettsiosis conceptos básicos

Personaje ilustre de la salud

- Dr. Salvador ramírez gutiérrez

14
Año 5 • Número 2 • Mayo-Agosto de 2018



SI TÚ ESTÁS
- = cerca = -
LAS DROGAS ESTÁN LEJOS



PLATICA CON TUS HIJOS

MÁS INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN:
01 800 536 9444



Servicio de Salud Jalisco DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Alfonso Petersen Farah

Secretario de Salud y Director del OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. Héctor Raúl Maldonado Hernández

Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)

Dr. Juan Carlos Acosta García

Encargado del despacho de Descentralización y Proyectos Estratégicos

Lic. Ana Robles Jiménez

Director de Asuntos Jurídicos

Lic. Consuelo Rangel Lavenant

Directora de Comunicación Social

Mtra. Mayda Melendrez Díaz

Director de Contraloría Interna

Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán López

Director General de Planeación

Dr. José Mario Márquez Amezcua

Director General de Salud Pública

Dr. Dagoberto García Mejía

Director General y Comisionado para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de Jalisco (COPRISJAL)

Dr. Armando Pimentel Palomera

Director General de Regiones Sanitarias y Hospitales

Lic. Ada Lucia Aguirre Varela

Director General de Administración

COMITÉ EDITORIAL

Director-Editor

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Administrador

Ricardo Flores Calleros

Distribución Nacional

Dr. Eduardo Catalán Domínguez

Editores Asociados

Dr. Rafael Rivera Montero

Comisión Estatal de Bioética e Investigación de Jalisco

Dr. Dionisio Esparza Rubio

Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Universidad de Guadalajara

Dr. Víctor Javier Sánchez González

Centro Universitario de los Altos
Universidad de Guadalajara

Dra. Ana Gabriela Mena Rodríguez

Epidemiología Estatal

Editores Locales

Dra. Mireya Guadalupe Rosales Torres

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria II

Dra. Catalina Figueroa García

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria IX

Dr. Bernardo Carrillo Barocio

Investigación Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria X

Mtra. Xochitl Fernández Olvera

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XII

Lic. Enfra. Beatriz Adriana Vázquez Pérez

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XIII

Dr. Raúl Villarroel Cruz

Jefe de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética del Hospital General de Occidente

Dr. Víctor M. Tarango Martínez

Jefe de Enseñanza e Investigación

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"

Secretaría de Salud Jalisco

Lic. Enfra. Martha Cecilia Mercado Aranda

Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional Puerto Vallarta

Editores Nacionales

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo

ExPresidente de la Academia Mexicana de Cirugía

Dr. Leopoldo Vega Franco

Fundador de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C. (AMERBAC)

Editores Internacionales

Dr. Alberto Zanchetti/Italia

Dr. Radhamés Hernández Mejía/España

Dra. Dafna Feinholz Klip

Directora de Bioética de la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas (UNESCO)

SaludJalisco N° 14, Año 5 No 2 mayo-agosto 2018. Es una publicación cuatrimestral editada por Servicios de Salud Jalisco, calle Dr. Baeza Alzaga 107 Zona Centro, Guadalajara, Jalisco, México. C.P. 44100. Tel: 30305000 ext. 35084. correo electrónico: revista.saludjalisco@gmail.com, Editor responsable. Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2015-062913055200-102. ISSN: 2428-8747, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Certificado de Licitud de Título y de Contenido en trámite, este último lo otorga la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Diseñada e impresa en México en la dirección de Publicaciones del Gobierno del Estado de Jalisco. Av. Prol. Alcalde 1351, 1er Piso del Edificio C, Unidad Administrativa Estatal, Col. Miraflores, C.P. 44270, Guadalajara, Jalisco, México. Este número se terminó de imprimir el 12 de mayo de 2018 con un tiraje de 2000 ejemplares. El contenido y las fotografías son responsabilidad exclusiva de los autores. La reproducción parcial o total sólo podrá hacerse previa autorización del editor de la revista. Toda correspondencia debe ser dirigida al editor responsable: zenteno_gmo@yahoo.es Correo electrónico: revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx

SALUDJALISCO, ya se encuentra indizada en:



Año 5 • Número 2 • Mayo-Agosto de 2018 • RevSalJal

Consejo Editorial

Dr. José Mario Márquez Amezcuá
Dr. Antonio Luévanos Velázquez
Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias
Dr. Noe Alfaro Alfaro

Comité Científico

Dr. José Mario Márquez Amezcuá
 Director General de Salud Pública

Dr. Antonio Luévanos Velázquez
 Director de Desarrollo Institucional

Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
 Jefe de Investigación Estatal

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias
 Director-Editor de la Revista "Salud Jalisco"

Dr. Celedonio Cárdenas Romero
 Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal SSJ

Dr. Luis Manuel Espinoza Castillo
 Vice-Presidente de la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico, A.C.

Mtro. Jorge Laureano Eugenio
 Asesor y promotor de investigación SSJ

Dr. Alberto Briseño Fuentes
 Jefe del departamento de enseñanza SSJ

Dr. José Miguel Ángel Van-Dick Puga
 Director del Hospital General de Occidente

Dr. Ignacio García de la Torre
 Reumatólogo del Hospital General de Occidente
 Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina

Dr. José Fernando Barba Gómez
 Director del Instituto Dermatológico de Jalisco

+ Dr. José Guerrero Santos
 Director del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva

Dr. Adalberto Gómez Rodríguez
 Director del Instituto Jalisciense de Cancerología

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez
 Director General OPD Hospitales Civiles

Dr. José Sánchez Corona
 Director del Centro de Investigación Biomédica de IMSS

Dr. Daniel Ojeda Torres
 Jefe de Atención Médica de la Delegación Estatal del ISSSTE Jalisco

Dr. Jaime Federico Andrade Villanueva
 Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud
 Universidad de Guadalajara

Dr. Marco Antonio Cortés Guardado
 Rector del Centro Universitario de la Costa

Mtro. Guillermo Arturo Gómez Mata

Rector del Centro Universitario de los Altos Universidad de Guadalajara

Dra. Patricia Bustamente Montes

Decana de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Guadalajara

Dr. en C. Roberto Anaya-Prado

División de Investigación / Facultad de Medicina
 Universidad Autónoma de Guadalajara

Dr. Arturo Santos García

Decano de la Región Occidente
 Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
 Tec de Monterrey

Mtro. David Eugenio Guzmán Treviño

Rector de la Universidad del Valle de México Campus Zapopan

Lic. Raúl Enrique Solís Betancur

Rector de la Universidad Cuauhtémoc-Campus Zapopan

Dr. Constantino Álvarez Fuster

Rector de la Universidad Lamar

Pbro. Lic. Francisco Ramírez Yáñez

Rector de la Universidad del Valle de Atemajac

Dra. Hilda Guadalupe Márquez Villarreal

Coordinadora Estatal de Calidad

Dr. Martín López Rodríguez

Director de Laboratorio de Salud Pública
 Centro Estatal de Laboratorios

Dr. Salvador Chávez Ramírez

Comisionado
 Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL)

Dra. Hilda E. Alcántara Valencia

Directora General
 Sistema de Educación Continua para el Médico General y Familiar

C.D.M.A.S. Luis Fernando Moreno López

Jefe del Departamento de Capacitación y Desarrollo, SSJ

Dr. Manuel Sandoval Díaz

Coordinador Estatal de Micobacteriosis, SSJ

Dr. Noé Alfaro Alfaro

CUCS-UdeG

Mtro. Álvaro Ascencio Tene

Director de Publicaciones y Editor del Gobierno del Estado de Jalisco

LDG Nathaly Alejandra Guillén Valenzuela

Supervisión Editorial

LDG Mariana C. Gómez Ruiz

Diseño Editorial y Diagramación



CONTENIDO

Editorial 68

Artículos Originales

Prevalencia de maltrato en menores de 5 años a quienes se les aplica la prueba EDI, afiliados al Programa Prospera en el municipio de San Pedro Tlaquepaque en 2017 71
Aguirre-Sandoval S., Velasco-Lozano E., Sheila Vanessa Rodríguez-Santos S.V.

Prevalencia de la situación social y su asociación con el deterioro cognitivo en ancianos residentes de asilos y casas de cuidados 87

Robles-Ahumada C. M., Bureau-Chávez M., Haro-Cruz J., Ruiz-Guerrero L., Gastelum-Varela G., Gutiérrez-Caballero T., Guerrero-Acosta J., Maza-Gutiérrez F., Díaz-Ramos J. A.

Síndrome de fragilidad en el Sistema Universitario del Adulto Mayor 92
Estrada-Gómez O.A., Salcedo-Rocha A.L., García de Alba-García J.E.

Experiencias laborales significativas en trabajadores de plataformas petroleras del Golfo de México en 2014-2015 98
Sibaja-Terán B., Soltero Avelar R., Torres-López T.M.

El autismo infantil y la falta de sostenimiento emocional 105
De la Fuente-Rocha E.

Artículos de revisión

Rickettsiosis conceptos básicos 113
Santamaría-Arza C., Reyes-Gómez U., Reyes-Hernández K., López-Cruz G., López-Días A., Quero-Hernández A., Reyes-Hernández D., Santos-Calderón A., Lara-Huerta J., Matos-Alviso L.

Personaje ilustre de la salud

Dr. Salvador Ramírez Gutiérrez 122
Ramírez-González A.

EDITORIAL

Estimados lectores, en la edición No. 13º de ésta revista le notificábamos que había sido evaluada y aprobada para su indización en LATINDEX, pues nuevamente nos enorgullece mencionar que IMBIOMED (Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas) la añadió satisfactoriamente respaldando una vez más el exponencial crecimiento de su revista.

En el apartado para Artículos Originales, se describen cinco trabajos realizados en diferentes áreas geográficas de México.

Iniciamos con un artículo realizado en el municipio de Tlaquepaque, Jalisco, donde se analizó la prevalencia del maltrato en menores de 5 años, un fenómeno generalizado y normalizado en nuestra sociedad, sus resultados son impactantes y trascendental en el proceso de desarrollo y educación infantil.

Continuamos con otra investigación del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal. En el que describen la asociación del contexto social, el estado de salud y el deterioro cognitivo en ancianos que residen en Jalisco, situación que pauta un enfoque de abordaje clínico que incluya la valoración del entorno en el que se desarrollan nuestros adultos mayores con la finalidad de ofrecerles una atención personalizada que contribuya a mejorar su calidad de vida.

También encontrará un estudio realizado en el Centro Médico Nacional de Occidente, Guad. Jal. a estudiantes del Sistema Universitario del Adulto Mayor para determinar cuántos de ellos cumplían criterios clínicos de Síndrome de Fragilidad, de relevancia para México por su periodo de transición poblacional hacia un envejecimiento demográfico que demanda la generación y modificación de espacios incluyentes que sean más adecuados.

Seguimos con una investigación cualitativa realizada a trabajadores de plataformas petroleras marinas en el Golfo de México que permitió un análisis del contexto y la propia percepción del empleado, los retos laborales, familiares y en salud que implica.

Para concluir este apartado tenemos un estudio cualitativo en el que se analiza un caso que evidencia la relación existente entre la falta de sostenimiento emocional materno y la generación de un quiebre psicótico autista.

En el apartado de Artículo de Revisión, encontrará un trabajo titulado “Rickettsiosis conceptos básicos” un género de bacterias causantes de varias epidemias mundiales, transmitidas por artópodos hematófagos, en el que México no está exento por lo que es preciso continuar con los sistemas de vigilancia epidemiológica y la constante actualización del personal de atención en salud de primer contacto.

Finalmente, el apartado: Personaje Ilustre de la Salud, se dedica al Dr. Salvador Ramírez Gutiérrez, Médico de formación, un apasionado de la Salud Pública desde que realizaba su servicio social contribuyendo al desarrollo social, educativo, económico y de infraestructura sanitaria de su comunidad que lo llevó a desarrollar diversas funciones y desempeñar distintos cargos dentro de la Secretaría de Salud Jalisco.

Con estos artículos y textos científicos concluimos esta edición No. 14 de su revista SALUDJALISCO, reiterando nuestro compromiso como editorial con ustedes, quedando siempre atentos a sus comentarios agradeciendo su preferencia para publicar sus investigaciones.

Dr. Gerardo Steven Tabares López
Departamento de Investigación SSJ

Prevalencia de maltrato en menores de 5 años a quienes se les aplica la prueba EDI, afiliados al Programa Prospera en el municipio de San Pedro Tlaquepaque en 2017

Dictamen aprobatorio de la Comisión de Investigación y Ética de la Secretaría de Salud Jalisco
Número de Registro Estatal de Investigación: 23/RXII-JAL/2017

Aguirre-Sandoval S. (1), Velasco-Lozano E. (2), Sheila Vanessa Rodríguez-Santos S.V. (3)

(1) Licenciado en psicología Psicólogo clínico en Región Sanitaria 12, SSJ ; (2) Maestro en gerencia en servicios de salud, Coordinador Servicios de Salud en Región Sanitaria 12, SSJ; (3) Maestra en administración, Psicóloga Clínica del Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana, SSJ

Resumen

El maltrato hacia los niños por parte de sus familiares más cercanos es un fenómeno generalizado y normalizado en nuestra sociedad, donde padres y tutores lo utilizan con finalidad educativa y lo consideran como un derecho y una obligación de la crianza. La Evaluación del Desarrollo Infantil, que se realiza en los centros de salud del país, propicia la aparición espontánea de indicadores conductuales de maltrato, por lo que representa una oportunidad para la realización de este diagnóstico. El presente estudio tuvo como objetivo conocer la prevalencia del maltrato en menores de 5 años a quienes se les aplica la prueba de EDI, en el Municipio de San Pedro Tlaquepaque. Estudio cuantitativo, descriptivo-transversal, de abril a julio del 2017. Participaron 70 diadas cuidador-menor, con control médico en 3 centros de salud del municipio. **Método:** Se utilizó listado de indicadores conductuales de maltrato infantil, como el criterio para establecer un diagnóstico probable. Complementariamente se realizó entrevista al cuidador primario, para obtener corroboración o no de conductas maltratantes hacia el menor, como el criterio para la confirmación del diagnóstico. Las variables del estudio se sometieron a un análisis estadístico descriptivo e inferencial. **Resultados:** El 88.5% de los menores presentaron algún indicador conductual de niño maltratado. En el 96.7% de esos casos se corroboró que reciben conductas maltratantes habituales. Se diseñó un sistema de gradación de intensidad para el indicador conductual, el cual presenta una correlación alta y estadísticamente significativa con la frecuencia y la intensidad de las conductas maltratantes que el niño recibe. **Conclusiones:** Una proporción muy alta de los

menores de la muestra padecen maltrato, a manera de medidas disciplinarias en casa. La presencia del indicador conductual en el menor predice en un porcentaje muy alto la confirmación del diagnóstico de maltrato.

Palabras clave: Maltrato infantil, violencia intrafamiliar, disciplina violenta, indicadores conductuales.

Summary

The abuse of children by their immediate family members is a widespread and normalized phenomenon in our society, where parents and guardians use it for educational purposes and consider it a right and a duty of upbringing. The Child Development Assessment, which is carried out in the country's health centers, promotes the spontaneous appearance of behavioral indicators of maltreatment, which represents an opportunity for the realization of this diagnosis. The present study had as objective to know the prevalence of the abuse in children under 5 years to whom the EDI test is applied, in the Municipality of San Pedro Tlaquepaque. Quantitative, descriptive-transversal study, from April to July, 2017. Participated 70 dyads care guiver-minor, with medical control in 3 health centers of the municipality. **Method:** A list of behavioral indicators of child maltreatment was used as the criterion for establishing a probable diagnosis. In addition, the primary caregiver was interviewed in order to obtain corroboration or not of abusive behaviors towards the child, as the criterion for confirmation of the diagnosis. The variables of the study were subjected to a descriptive and inferential statistical analysis. **Results:**

88.5% of the children had a behavioral indicator of abused child. In 96.7% of these cases it was corroborated that they receive habitual abusive behaviors. An intensity gradation system was designed for the behavioral indicator, which has a high and statistically significant correlation with the frequency and intensity of the abusive behaviors that the child receives. **Conclusions:** A very high proportion of the minors in the sample suffer abuse, by way of disciplinary measures at home. The presence of the behavioral indicator in the minor predicts in a very high percentage the confirmation of the diagnosis of abuse.

Keywords: Child abuse, intrafamily violence, violent discipline, behavioral indicators.

Introducción

Diversas conductas de maltrato hacia los niños en sus propios hogares y perpetradas por sus familiares más cercanos, constituyen un fenómeno altamente frecuente y normalizado en nuestra sociedad,¹ donde suele pensarse que esta violencia con fines didácticos es indispensable para enseñar normas de conducta y valores a los menores,² y que representa un derecho y una obligación de los padres o tutores. Sin embargo esta dinámica de socialización causa daños al niño, además de resultar ineficaz y contraproducente como estilo disciplinario, ya que el auténtico apego a principios y normas, diferente al sometimiento momentáneo ante la amenaza, depende de factores como la interiorización de las reglas³, la empatía con la autoridad,⁴ y la percepción de que tanto la regla como la autoridad son justas. El maltrato es contrario a dichos factores, y provoca problemas de conducta infantil.⁵

En la Secretaría de Salud, la “normalidad” y no visibilidad del maltrato infantil se muestra por ejemplo en el Sistema de Información en Salud (SIS), ahora SINBA, que es el gran compendio temático de los servicios y programas que se ofrecen a la población, ya que no incluyen ninguna clave correspondiente a la detección ni la atención de esta forma de violencia. Otra “vía” para el registro de casos de maltrato infantil en la Secretaría de Salud, (vía secundaria al no ser parte de la hoja diaria de consulta externa) es el formato “Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión”, cuya información acumulada puede ser consultada mediante reportes de la plataforma “Cubos dinámicos” y en el Subsistema de Registro de Atenciones por Violencia y/o Lesiones, los cuales señalan solo 12 casos durante todo 2015 en los 5 municipios de la Región Sanitaria XII, y solo 6 casos durante el 2016. Con base en lo anterior podemos afirmar que desconocemos como sector la prevalencia del fenómeno del maltrato hacia los niños, así como las

características que asume en los contextos específicos y área geográficas de responsabilidad.

La Evaluación del Desarrollo Infantil realizada de manera regular en los centros de salud a nivel nacional mediante la prueba EDI, coordinada desde los Programas PaSIA y Prospera, constituye una verdadera oportunidad para la detección de maltrato infantil, ya que dicha evaluación requiere interacciones entre el personal médico, el cuidador primario y el niño, que propician la aparición espontánea de indicadores conductuales de maltrato, mismos que ahora permanecen como manifestaciones no comprendidas ni atendidas de malestar, disfunción, riesgo o patología. La mejor comprensión del maltrato infantil, en su dimensión y características “locales”, proporcionaría la posibilidad de diseñar e implementar medidas de prevención y atención específicas y adecuadas, desde diferentes niveles institucionales.⁶

Definición

Las definiciones de la Organización Mundial de la Salud⁷ y de la Norma Oficial Mexicana,⁸ coincidentes en líneas generales, establecen que violencia y maltrato es aquella acción u omisión, realizada intencionalmente, que causa daño, o que tiene la capacidad potencial de causarlo, en la integridad, la salud, la dignidad o el desarrollo de la víctima; que puede presentarse como hecho reiterado o aislado y es realizada desde una posición de poder o confianza. Los tipos de maltrato al menor son: físico, emocional, sexual y desatención.

Prevalencia

A nivel internacional, un estudio de UNICEF para América Latina encontró que el 71% de los niños y niñas reciben algún tipo de violencia de parte de sus padres.⁹ En México, específicamente en el Estado de Sonora, se encontró que un 90% de las madres del estudio utilizaban castigo físico como método correctivo en la crianza de sus hijos.¹⁰

En base a auto-reportes de niños, igualmente en territorio nacional, las formas más frecuentes encontradas de maltrato en casa que los menores recibieron fueron: gritos, amenaza de maltrato físico, golpe con la mano, golpe con objeto, insultos, golpes en la cara, empujones, patadas.¹¹

Consecuencias

Puede consultarse una gran cantidad de estudios, ya de varias generaciones de investigadores, que aportan



evidencia sobre los daños producidos en los menores que reciben maltrato. Las afectaciones en la salud de los niños maltratados adquieren una gran diversidad de manifestaciones y de severidades, en el corto, mediano y largo plazo,¹² y que van desde lo eminentemente biológico, a lo psíquico y lo social.¹³ En ello coinciden también de manera unánime los protocolos de salud y legales de organismos y gobierno de todos los niveles, aunque aún persistan en ellos algunas lagunas, como lo son las definiciones operativas.

Se ha documentado que bastan 2 nalgadas por mes con intención disciplinaria para que se generen en el niño alteraciones medibles en su conducta y en su salud psíquica, incrementándose en ellos el grado de agresividad.¹⁴ El daño a los niños inicia entonces desde conductas de maltrato que podrían considerarse poco intensas y poco frecuentes. Un estudio considerado por la OMS como un verdadero hito científico, que incluyó a 17,300 residentes del estado de California, reportó una clara relación entre los abusos físicos y sexuales en la infancia, y conductas adultas de tabaquismo, alcoholismo, consumo de estupefacientes, depresión e intentos de suicidio,¹⁵ resultados que ilustran con detalle sobre la diversidad de las secuelas del maltrato, así como sobre su perdurabilidad en el tiempo.

Entre los efectos del maltrato infantil en el corto plazo, se encuentran los problemas de conducta externalizantes, que pueden o no alcanzar intensidad suficiente de trastorno mental. Existe hasta cuatro veces más probabilidades de que los niños desarrollen TDAH cuando las madres ejercen agresión verbal.¹⁶ Problemas de déficit de atención y conductas agresivas de los niños correlacionan positivamente con castigos físicos.¹⁷ En estudios con poblaciones mexicanas, la hiperactividad, inatención, pobre autocontrol, agresión y desobediencia en preescolares correlaciona con la corrección de la conducta infantil por parte de los padres utilizando nalgadas, gritos y regaños,¹⁸ y el comportamiento negativista desafiante asoció confiablemente con el uso de castigo físico.¹⁹ Por el contrario, el uso de estilos disciplinarios que evitan el castigo corporal y se apoyan en estrategias de buen trato (cooperación, apego, reciprocidad) generan mayor respuesta emocional ante las normas y límites, y mayor ocurrencia de conducta pro-social en los niños,²⁰ incluso en aquellos que presentaban ya un problema de conducta externalizante.²¹

También problemas de conducta internalizantes se encuentran como consecuencias directas y en el corto plazo del maltrato a niños. El uso de golpes e insultos está

relacionado con baja autoestima y percepción negativa de sí mismo por parte del niño o niña.²² En población de niños mexicanos, la violencia directa e indirecta (recibida por el propio niño y observada entre los padres) mostró un efecto significativo en la depresión y ansiedad (también en conducta antisocial y comportamiento escolar).²³ En madres también mexicanas, su historia de abuso tuvo relación significativa con depresión, ansiedad y el consumo de alcohol, así como con la utilización de tácticas educativas maltratantes, confirmando tanto el largo plazo de las secuelas de la violencia, como la existencia de mecanismos de su transmisión intergeneracional.²⁴

Diagnóstico

De manera general, los documentos diagnósticos y normativos a nivel nacional e internacional, (CIE-10, DSM-5, NOM, GPC, OMS) coinciden en utilizar el término violencia para designar preferentemente el fenómeno en su nivel más general, y utilizan términos como maltrato, abuso, negligencia, abandono, desatención, para designar el fenómeno a un nivel más concreto y operativo. Aun así no se observa un consenso terminológico estricto ni preciso. A este concepto básico del diagnóstico, se suman una serie de “especificadores”, en los que tampoco se observan categorías del todo uniformes y homogéneas:

1. Especificador tipo de maltrato: Físico, Psicológico o emocional, Sexual, Desatención.
2. Especificador certidumbre del maltrato: Probable y Confirmado.
3. Especificador severidad del maltrato: Leve, Moderado, Severo, Muy Severo.

En cuanto al especificador de certidumbre, el diagnóstico “Probable” de maltrato infantil se puede establecer ante la presencia de indicadores de abandono y conductuales,²⁵ o ante signos y síntomas correspondientes.²⁶ Para poder llegar a un mayor grado de certidumbre en el diagnóstico, además de la presencia de indicadores será necesario contar con información suficiente sobre la ocurrencia de situaciones de maltrato: verbalización de parte del niño, reconocimiento de parte del adulto involucrado, testimonio de otras personas y documento judicial o policial.²⁷ Es importante tener en cuenta que si se pretende aumentar el grado de certidumbre, utilizando para ello entrevista a los padres, estos pueden negar o atenuar los hechos de maltrato infantil en casa, proporcionando información que consideren socialmente aceptable²⁸

En cuanto al especificador de severidad del diagnóstico, cabe decir que su determinación es un proceso complejo

y para lo cual existen diversas propuestas en diversos instrumentos; se trata de una especie de ecuación en la que intervienen diferentes variables, como las siguientes, resultado de un esfuerzo de sistematización realizado en España:²⁹

- a) Edad del niño (mayor vulnerabilidad de 0 a 6 años).
- b) Intensidad del maltrato.
- c) Frecuencia del maltrato.
- d) Gravedad de las secuelas observables o probables en el niño.

Método

Estudio cuantitativo, descriptivo-transversal, realizado con el objetivo de conocer la prevalencia de maltrato en menores de 5 años a quienes se les aplica la prueba EDI, afiliados al Programa Prospera en Tlaquepaque en 2017.

Participantes

Los sujetos incluidos en el estudio provienen de un universo de 2,261 menores de 5 años beneficiarios del Programa Prospera en el municipio de Tlaquepaque, según censo de diciembre 2016 de la Secretaría de Desarrollo Social, en control médico en centros de salud del propio municipio. La muestra es constituida por 70 diadas niño-cuidador primario, elegidas por cuota por parte del personal médico de los Centros de Salud Toluquilla, San Pedrito y Rosales, de acuerdo a los criterios de programación de la prueba de desarrollo infantil (EDI). Pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, ya que para ser elegibles como beneficiarias del Programa deben contar con un ingreso mensual per cápita estimado menor a la Línea de Bienestar Mínimo ajustada (LBMa), que equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes.³⁰ Los cuidadores primarios de las diadas aceptaron la participación de manera voluntaria e informada.

El 51% de los menores pertenecían al género masculino y el 49% al género femenino. Su promedio de edad fue de 3 años con 7 meses. Su distribución en rangos anuales de edad fue la siguiente: de 1 año de edad participaron 7 niños; de 2 años de edad, 14 niños; de 3 años de edad, 19 niños; de 4 años de edad, 30 niños.

Instrumentos

Se aplicó la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, con procedimientos, materiales y formatos oficiales. Es un

tamizaje de aproximadamente 20 minutos de duración, en el que se valora el desarrollo neurológico del niño a través del funcionamiento de las áreas motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje, social y conocimientos, comparándolo contra la normalidad estadística, de acuerdo a la edad. Así mismo realiza una valoración de factores de riesgo biológicos de la etapa pre y peri natal, una breve exploración neurológica, y se buscan algunas señales de alarma y de alerta, que puedan indicar desviaciones de la curva normal del desarrollo del niño. La aplicación completa de la prueba requiere un máximo de 37 ítems, dependiendo del grupo de edad, los cuales presentan dos diferentes modalidades de aplicación: 1- Entrevistada, esto es preguntando al cuidador primario si el menor presenta o no presenta alguna conducta, hito o habilidad en su vida cotidiana (50% de los ítems) y 2- Observada, esto es presenciando directamente en el menor alguna conducta, hito o habilidad, que el menor debe presentar a solicitud verbal, o en base a otras indicaciones y materiales.³¹

Se utilizó el listado de indicadores conductuales de maltrato infantil del la “Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil” del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (cuadro 6 del documento), cuyo identificación en el niño permite establecer el diagnóstico de probable maltrato infantil. La guía de diagnóstico presuntivo aplica superlativos a algunos de sus indicadores: “Temor *exagerado* a un adulto”, “Conducta *excesivamente sumisa*” y “Timidez *exagerada*”, los cuales superlativos fueron eliminados en el presente estudio, quedando como “Temor a un adulto”, “Conducta sumisa”, “Timidez”, por la consideración (sustentada en protocolos de gradación del maltrato³²) de que identificar el indicador solo en sus grados más intensos, nos llevaría a solo realizar los diagnósticos de más severidad.

Se realizó una entrevista estructurada a los cuidadores primarios para obtener información sobre las conductas inadecuadas que presentan los niños en el entorno familiar, sobre las medidas correctivas implementadas por parte de las 2 principales figuras parentales o de autoridad, y datos demográficos de la familia.

Procedimientos

En presencia del cuidador primario, se aplicó la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), de acuerdo a procedimiento oficial, que incluye solicitar al menor la realización de algunas actividades. Durante el desarrollo



de esta prueba, el aplicador identificaba la aparición espontánea en el niño de algún indicador conductual de maltrato, que mayormente se presentaba a manera

de resistencia a colaborar. Se utilizó un procedimiento para graduar la intensidad del indicador que es una propuesta del presente estudio:

Tabla 1.
Categorías de intensidad del indicador conductual

Valor	Categoría	Condición
0	Ausente	No se observa el indicador
1	Intensidad baja	Se observa el indicador conductual de maltrato, pero el menor realiza de manera espontánea la totalidad de las actividades de la prueba.
2	Intensidad moderada	Debido a la presencia del indicador, el menor vacila en su colaboración y requiere ser alentado por el cuidador primario, pero realiza la totalidad de las actividades de la prueba.
3	Intensidad alta	El Indicador no permite que el menor realice una actividad de la prueba, a pesar de ser alentado.
4	Intensidad muy alta	El indicador no permite que el menor realice varias actividades de la prueba, a pesar de ser alentado.

Fuente: Propuesta instrumental de los autores

Se solicita al cuidador primario que interprete y defina con sus propias palabras los rasgos conductuales del niño que el aplicador ha identificado como indicador conductual de maltrato, para registrar si queda corroborada la interpretación de la conducta. Se pregunta también al cuidador si el indicador identificado y corroborado se presenta en otros contextos, para descartar alguna reacción conductual atípica del menor.

Y finalmente se realizaba al cuidador la entrevista estructurada, en la cual se obtenía información sobre número de medidas correctivas o disciplinarias ejercidas por los 2 cuidadores principales del menor, la descripción de esas conductas correctivas, la descripción de conductas inadecuadas de los niños en casa (“mala conducta” o conducta sancionada). Una vez que se contó con la información de los instrumentos utilizados, se emplearon los siguientes criterios para definir el especificador de certidumbre del diagnóstico:

Tabla 2.
Criterios para definir el especificador de certidumbre del diagnóstico

Presencia en el niño de indicador conductual de maltrato	Reconocimiento de maltrato al niño por parte del cuidador mediante la entrevista	Especificador de certidumbre del diagnóstico de maltrato
No	No	Sin maltrato
Si	No	Probable
No	Si	Probable
Si	Si	Confirmado

Fuente: Elaboración de los autores, en base a los criterios de la NOM-046 y la GDPI-J

Los elementos que se tomaron en cuenta para definir el especificador de severidad del diagnóstico fueron, con mayor prioridad la intensidad observada del indicador

conductual de maltrato presentado por el niño, y complementariamente la frecuencia y la intensidad de las conductas maltratantes referidas por el cuidador.

Se utilizaron categorías para graduar la intensidad de conductas maltratantes que recibe el niño, y que es una propuesta del presente estudio, de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 3.
Categorías de intensidad de conductas maltratantes

Intensidad baja (1)	Intensidad moderada (2)	Intensidad alta (3)	Intensidad muy alta (4)
-Grito -Amenaza de maltrato físico	-Nalgada -Manazo -Sometimiento físico	-Golpe con mano abierta en región troncal -Insulto -Golpe con objeto -Empujón -Tirón de orejas o cabello -Rechazo emocional	-Golpe con puño -Golpe con mano abierta en cara o cabeza -Golpe con objeto altamente lesivo -Patada -Amenaza de abandono -Amago de abandono

Fuente: Propuesta instrumental de los autores

Resultados

Dentro de los parámetros que describen condiciones socio-demográficas generales, se encontró que el 98% de los niños en edad preescolar ($n=48$) no iniciaron su escolarización a los 3 años. El acompañante del niño fue en el 100% de los casos un cuidador primario, con el siguiente parentesco: mamá en un 83%, abuela en un 7%, papá en un 7%, tía en 1% y hermana mayor en un 1%. La configuración de la familia fue: extensa en un 34% y nuclear en un 66%; monoparental en un 10% y biparental en un 90%. Se encontró que el cuidador principal del

niño en casa fue la madre en un 89% de las ocasiones, con un promedio de edad de 32 años; la abuela en un 7% de las ocasiones, con promedio de edad de 49 años; el padre en un 3% de las ocasiones, con un promedio de edad de 29 años; la hermana mayor en un 1% de las ocasiones. El 14% de las ocasiones el cuidador principal había realizado la primaria, el 67% la secundaria y el 19% la preparatoria. Se encontró un indicador conductual de maltrato en el 88.5% de los menores de la muestra ($n=62$), de acuerdo a la siguiente tabla de distribución por tipo de indicador:

Tabla 4.
Tipos de indicadores conductuales de maltrato

Presencia en el menor de indicador conductual de maltrato	No. de casos	Porcentaje
Indicador Ausente	8	11%
Timidez	52	74%
Temor a un adulto	7	10%
Conducta sumisa	1	1%
Conducta agresiva o destructiva	2	3%

N= 70 **Fuente:** Elaboración de los autores

De la totalidad de los indicadores conductuales encontrados, el 97% de ellos son de tipo internalizante ($n=60$). El cuidador primario corroboró la identificación

del indicador conductual en el 100% de los casos ($n=62$), y en el 95% de los casos reconoció que el indicador se presenta habitualmente en otros contextos ($n=59$). El

indicador no se presentó con intensidad uniforme en los niños, sino de acuerdo a la siguiente tabla de grados de intensidad:

Tabla 5.
Intensidad de los indicadores conductuales encontrados

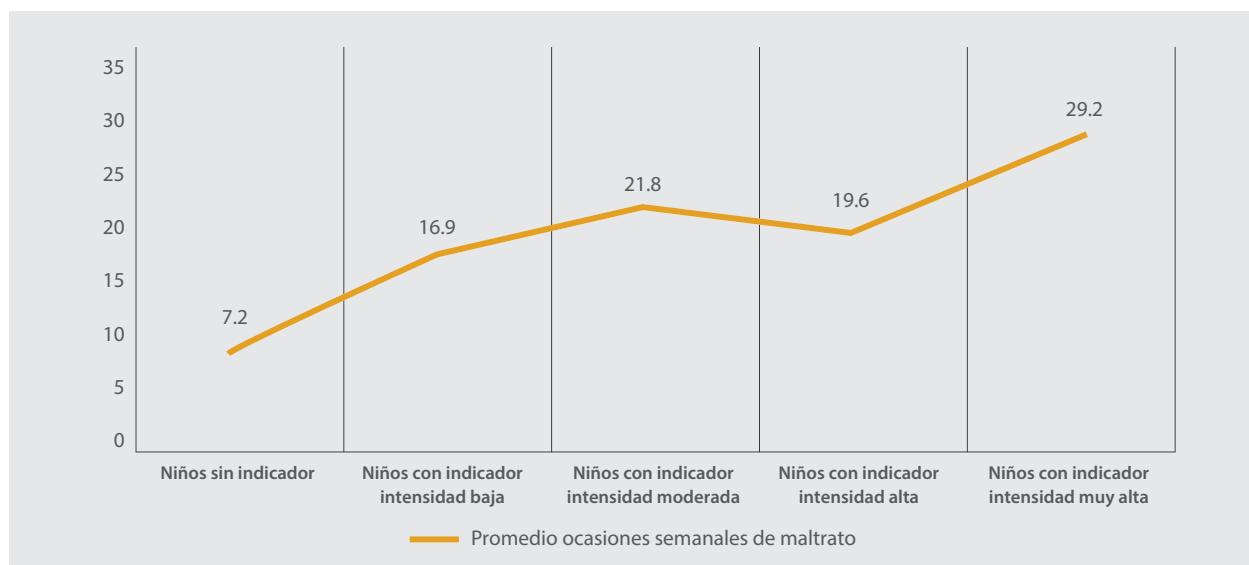
Intensidad del indicador	No. de casos	Porcentaje
Indicador Ausente	8	11%
Intensidad baja	10	14%
Intensidad moderada	13	19%
Intensidad alta	22	31%
Intensidad muy alta	17	24%

N= 70 **Fuente:** Elaboración de los autores

Se confirmó el diagnóstico de maltrato en el 96.7% (n=60) de los casos de niños que presentaron el indicador conductual, mediante reconocimiento en entrevista por parte del cuidador, sobre la ocurrencia de conductas maltratantes hacia el niño en casa de manera habitual como medidas disciplinarias y correctivas.

Las conductas maltratantes que recibe el niño en casa a manera de medidas correctivas y disciplinarias (suma del maltrato de los 2 cuidadores principales), presentan una frecuencia promedio de 20.5 ocasiones por semana, considerando la totalidad de los casos. El siguiente gráfico muestra este promedio semanal de ocasiones de maltrato, relacionándolo con la intensidad del indicador conductual presentado por los niños:

Gráfico 1.
Correlación intensidad del indicador-promedio de ocasiones de maltrato



Se puede observar que la línea de frecuencia de maltrato aumenta en la medida que aumenta la intensidad del indicador, con una ligera discontinuidad en el grupo de niños con indicador de intensidad

alta. Estas dos variables presentan una correlación positiva y estadísticamente significativa, de acuerdo al procedimiento Rho de Spearman, con un índice de 0.312; p< 0.01.

Cuando se solicitó al cuidador la descripción de conductas disciplinarias o correctivas utilizadas en casa con el menor, el 89% de las menciones fueron de

tipo maltratante (n=172), y el 11% fueron de tipo no maltratante (n=21), con una distribución de sub-tipos de acuerdo a las siguientes tablas:

Tabla 6.
Sub-tipos de conductas disciplinarias maltratantes

Conducta	No. de menciones	Porcentaje
Gritos	66	34.2%
Nalgadas (golpe con mano abierta sobre glúteos)	42	21.8%
Amenazas verbales de maltrato físico	18	9.3%
Rechazo emocional	13	6.7%
Golpes con objetos	8	4.1%
Manazos (golpe con mano abierta sobre dorso de la mano)	6	3.1%
Golpes con la mano abierta en otra parte del cuerpo	5	2.6%
Insultos	4	2.1%
Sometimiento físico	3	1.6%
Tirones de orejas o cabello	3	1.6%
Empujones	1	0.5%
Golpes con objetos altamente lesivos	1	0.5%
Amenazas verbales de abandono	1	0.5%
Amagos de abandono	1	0.5%

N= 193 **Fuente:** Elaboración de los autores

Tabla 7.
Sub-tipos de conductas disciplinarias no-maltratantes

Conducta	No. de menciones	Porcentaje
Ignorar la conducta	6	3.1%
Indulgencia (complacer o condescender para evitar conflicto)	5	2.6%
Razonamiento sobre la conducta	4	2.1%
Retiro de privilegios	3	1.6%
Alejamiento de la escena	1	0.5%
Ofrecimiento de atención	1	0.5%
Ofrecimiento de consuelo	1	0.5%

N= 193 **Fuente:** Elaboración de los autores

Las conductas maltratantes que recibe el niño en casa a manera de medidas correctivas y disciplinarias, presenta una intensidad promedio de 2.1 puntos, considerando la totalidad de los casos. El siguiente

gráfico muestra este promedio de intensidad de conductas maltratantes, relacionada con la intensidad del indicador conductual presentado por los niños:

Gráfico 2.
Correlación intensidad del indicador-intensidad de conductas maltratantes



Se puede observar que la línea de intensidad de conductas maltratantes aumenta en la medida que aumenta la intensidad del indicador presentado por el niño, con una ligera discontinuidad en el grupo de niños con indicador de intensidad alta. Estas dos variables presentan una

correlación positiva y estadísticamente significativa, de acuerdo al procedimiento Rho de Spearman, con un índice de 0.333; $p < 0.01$.

Las conductas infantiles sancionadas por los cuidadores principales son:

Tabla 8.
Tipos de conductas Infantiles sancionadas

Conducta	No. de menciones	Porcentaje
Desobediencia	46	32.2%
Conductas agresivas	33	23.1%
Berrinches	25	17.5%
Exigencia exagerada	13	9.1%
Inquietud motora	9	6.3%
Insistencia exagerada	6	4.2%
Disputas con pares por objetos	4	2.8%
Conducta negativista	3	2.1%
Resistencia a compartir	2	1.4%
Ansiedad	1	0.7%
Timidez	1	0.7%

N= 143 **Fuente:** Elaboración de los autores

En una pregunta de la entrevista, independiente a la anterior sobre “el mal comportamiento infantil”, se consultó también al cuidador si consideraba que el menor presenta propiamente un problema de conducta.

El cuidador respondió que sí en el 48.6% de los casos (n=34), y que no en el 51.4% (n=36). Los tipos de problemas de conducta encontrados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 9.
Tipos de problemas de conducta infantil

Tipos de problemas de conducta infantil referido	No. de menciones	Porcentaje
Berrinches	14	20%
Conductas agresivas	5	7%
Inquietud motora	5	7%
Desobediencia	3	4%
Conducta negativista	3	4%
Timidez	2	3%
Irritabilidad	1	1%
Fobia	1	1%

N= 70 **Fuente:** Elaboración de los autores

Clasifican como como externalizantes el 91% de los problemas de conducta referidos por los cuidadores (n=31), y el 98.6% de las conductas sancionadas

presentadas por los niños habitualmente (n=141). El maltrato encontrado por perpetrador se describe en la siguiente tabla:

Tabla 10.
Conductas maltratantes por perpetrador

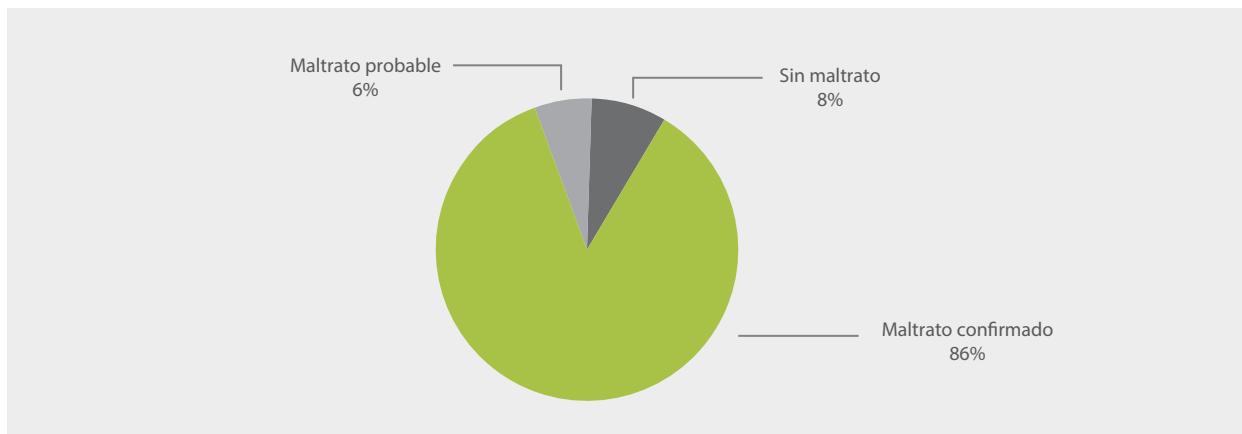
Cuidador mencionado como perpetrador	Número de menciones	Total de ocasiones de maltrato por semana en la muestra	Porcentaje sobre el total de ocasiones	Frecuencia semanal promedio por cuidador	Intensidad maltratante promedio
Madre	66	1,074	78.39%	16	1.9
Padre	23	157	11.46%	7	1.5
Abuelo	6	91	6.64%	15	1.8
Hermano	3	42	3.07%	14	2.7
Padrastro	2	5	0.36%	3	2
Tío	1	1	0.07%	1	2

N= 1,370 **Fuente:** Elaboración de los autores

Respecto al diagnóstico básico, los resultados muestran “Sin maltrato” al 8.6% de los casos (n=6), y “Con maltrato” al 91.4% de los casos (n=64). Los resultados de especificador

de certidumbre se muestran en el siguiente gráfico, donde el número de casos para las categorías fueron: “Maltrato confirmado” (n=60), “Maltrato probable” (n=4).

Gráfico 3.
Maltrato por especificador de certidumbre



La siguiente tabla muestra la manera en que se combinaron los criterios en los casos de la muestra para establecer este especificador de certidumbre:

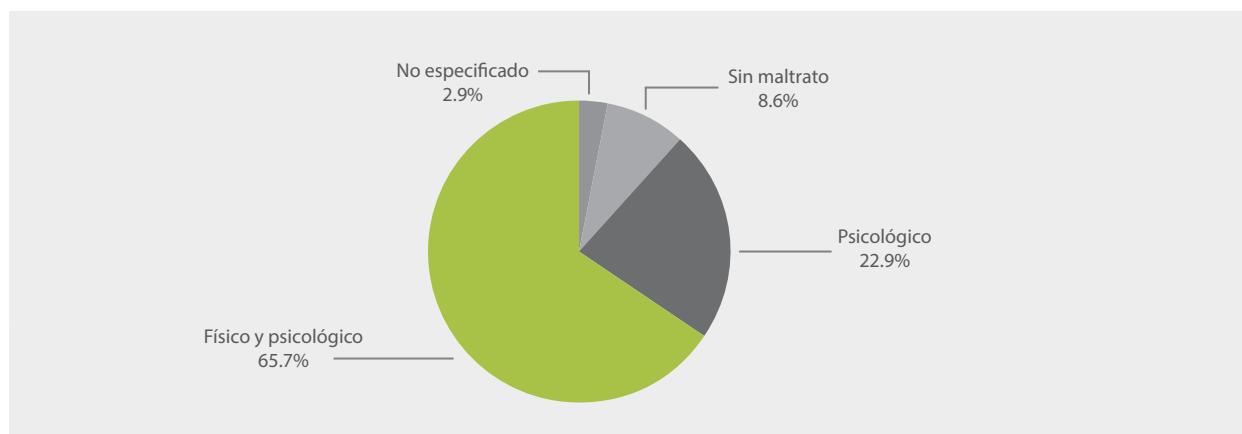
Tabla 11.
Rutas de asignación de criterio de certidumbre del diagnóstico

No. de casos	Indicador en el niño	Reconocimiento en entrevista	Diagnóstico	Especificador de certidumbre
6	No	No	Sin Maltrato	—
2	Si	No	Maltrato	Probable
2	No	Si	Maltrato	Probable
60	Si	Si	Maltrato	Confirmado

N=70 **Fuente:** Elaboración de los autores

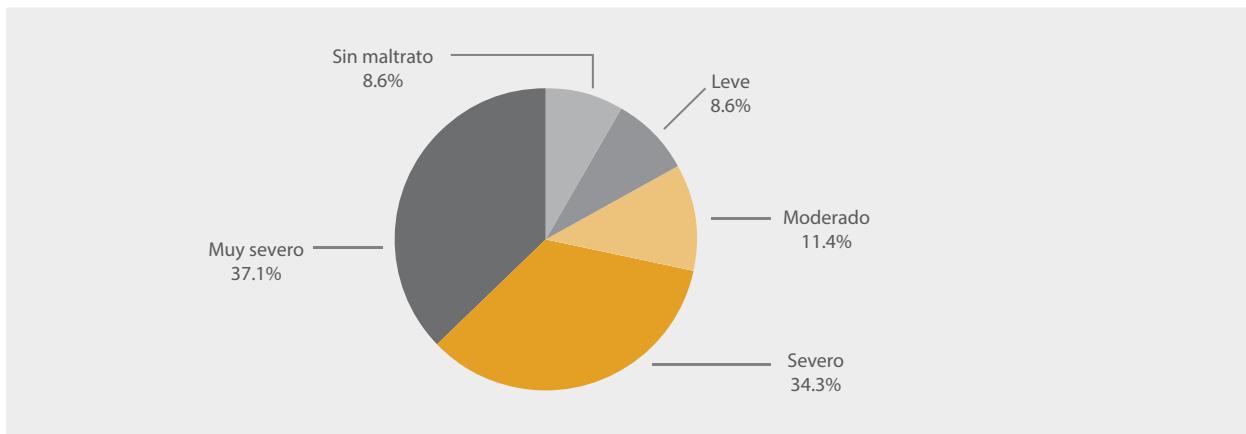
Los resultados del especificador de tipo se muestran en el siguiente gráfico, donde el número de casos para las categorías fueron: maltrato “Físico y psicológico” (n=46), maltrato “Psicológico” (n=16), maltrato “No especificado” (n=2).

Gráfico 4.
Maltrato por especificador de tipo



Los resultados del especificador de severidad se muestran en el siguiente gráfico, donde el número de casos para las categorías fueron: maltrato “Leve” (n=6), maltrato “Moderado” (n=8), maltrato “Severo” (n=24), maltrato “Muy severo” (n=26).

Gráfico 5.
Maltrato por especificador de severidad



La prueba de Pearson muestra una correlación de sentido negativo y con baja significancia, entre la edad del cuidador principal y la frecuencia de conductas maltratantes que recibe el menor, con un valor de -.176.

Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia del maltrato en menores beneficiarios del Programa Prospera en el municipio de Tlaquepaque, por medio de la identificación de indicadores conductuales que el niño presenta de manera espontánea durante la evaluación del desarrollo infantil, criterio que permite realizar un diagnóstico probable, y mediante el reconocimiento en entrevista, de parte del cuidador primario, de la ocurrencia de medidas disciplinarias maltratantes y habituales en casa, criterio que permite realizar un diagnóstico confirmado. Así mismo se buscó realizar una descripción general de dicho maltrato disciplinario: tipos, intensidades, frecuencias, perpetradores y conductas infantiles sancionadas.

Entre los hallazgos del estudio, el primer dato que llama la atención es la muy elevada proporción de menores que presentan algún indicador conductual de maltrato infantil (88.5%; n=62), aunque con diversa intensidad, considerando que la identificación certera de estos indicadores conductuales se vio avalada por el cuidador primario, quien familiarizado con los repertorios conductuales del niño, interpretó la

conducta de manera coincidente con el aplicador en la totalidad de las ocasiones, y en el 95% de los casos refirió que la conducta suele presentarse en otros contextos, descartando así que se tratara de reacciones conductuales aisladas o atípicas.

Un segundo dato que sobresale es que el 97% de los casos con indicador (n=60) fueron confirmados mediante el reconocimiento por parte del cuidador de la ocurrencia de medidas disciplinarias maltratantes y habituales hacia el niño. Este resultado respalda la validez del indicador conductual para realizar diagnóstico de maltrato, y señala la muy alta probabilidad de confirmar los diagnósticos presuntivos obtenidos mediante este criterio. La consideración entonces de este procedimiento de tamizaje sumamente rápido, sencillo y con validez (y descrito en manual institucional), debiera ser relevante para instituciones públicas, siempre con el reto de optimizar recursos y tiempo.

Los 2 casos con indicador conductual que permanecieron como probables, ya que no se obtuvo reconocimiento del cuidador sobre la ocurrencia de conductas maltratantes hacia el menor, muy probablemente puedan explicarse por un ocultamiento de esa información confirmatoria por parte del cuidador, situación sugerida por incongruencias de información de las entrevistas, y que constituye un fenómeno ampliamente conocido y descrito.³³ Si así es, ese margen de falibilidad observado debe ser atribuido al mecanismo confirmatorio y no al mecanismo de tamizaje.

Mientras que los 2 casos sin indicador conductual observado, en los que se reconoció por parte del cuidador la ocurrencia de medidas maltratantes y habituales hacia el menor, probablemente señalan un margen de falibilidad atribuible al mecanismo de tamizaje, y no al mecanismo confirmatorio. De manera que consideramos que el tamizaje generó 2 falsos negativos y 0 falsos positivos.

Por otro lado, los 6 casos en los que no se observó indicador, y que finalmente fueron considerados “Sin maltrato”, también presentaron algunas ocasiones de maltrato, aunque como puede verse en los gráficos 1 y 2, fue de manera menos frecuente y menos intensa que los otros grupos (en promedio 4.5 ocasiones por semana, contra las 29.2 ocasiones promedio por semana del grupo con indicador muy intenso). De ello puede interpretarse que variantes poco frecuentes y poco intensas de maltrato pueden no generar indicadores conductuales perceptibles, y pueden no ameritar un diagnóstico. Aunque esto plantea la cuestión de cuál es entonces el límite de conductas maltratantes, en intensidad y frecuencia, (y aún también en tipo e intencionalidad) que pueden presentarse sin asignación de diagnóstico.

Finalmente se asignó un diagnóstico de maltrato en el 91.4% (n=64) de los participantes del estudio, lo que coincide con otro estudio en México ya citado (Frías, M. & McCloskey, 1998), que ha reportado que un 90% de madres utilizan maltrato físico de manera disciplinaria, y por encima del 71% de niños maltratados en casa que reporta estudio de UNICEF para América Latina. Y aunque esta alta prevalencia se compone de casos heterogéneos, en tipo y severidad, describe dimensiones de una pandemia que ocurre justo delante de todos.

La prueba EDI y el tamizaje de maltrato infantil guardan una clara afinidad temática, pero también una clara afinidad aplicativa, ya que la dinámica para la evaluación del desarrollo permite identificar, como hemos visto, de manera confiable y sin procedimientos adicionales, los indicadores conductuales del niño maltratado. Pero además de eso, y aquí reside probablemente el rasgo original del presente estudio, la misma estructura de aplicación de la prueba de desarrollo puede ser utilizada para medir, de manera simple pero válida, la intensidad del indicador conductual, es decir la intensidad de la secuela que el maltrato dejó en la conducta del niño. Si el criterio para medir la gravedad de la afectación emocional/conductual del niño es su funcionamiento en diversos contextos, consideramos que la situación, los participantes y la dinámica relacional implicada en la realización de una prueba EDI, constituye un contexto

válido para obtener un índice de esa funcionalidad del niño, lo que entonces proporciona no solo información para establecer un diagnóstico probable (presencia del indicador), sino también para definir la severidad de ese diagnóstico (intensidad del indicador). Esto lo podemos observar en la correlación alta y estadísticamente significativa entre la intensidad del indicador que el niño presenta, con la frecuencia de conductas maltratantes que el niño recibe (Rho de Spearman 0.312; p< 0.01.), y en la correlación también alta entre la intensidad del indicador que el niño presenta, con la intensidad las conductas maltratantes que el niño recibe (Rho de Spearman 0.333; p< 0.01). De manera que midiendo qué tanto el indicador conductual del niño le obstaculiza su colaboración en la prueba EDI, podemos situarlo, con un buen margen de probabilidad, en un segmento de frecuencia y de intensidad de conductas maltratantes que recibe.

De ello podemos deducir también que las formas leves o severas de maltrato producen en el niño secuelas leves o graves, respectivamente,³⁴ y afianzamos nuestra postura de que si solo detectamos indicadores conductuales intensos de maltrato, como en algunos casos lo propone la “Guía de diagnóstico presuntivo de maltrato infant juvenil”, estaríamos omitiendo la detección de los casos de menor severidad. Igualmente disentimos del criterio diagnóstico del DSM-V, que considera que existen golpes y bofetadas “razonables” que no deben ser consideradas para un diagnóstico de maltrato sino causan lesiones físicas, pues consideramos, como señalan otros autores, que las principales secuelas del maltrato físico se presentan en la esfera emocional.³⁵ Presenta también ambigüedad el marco legal, por ejemplo el Código Penal del Estado de Jalisco, donde se define como violencia intrafamiliar al acto u omisión que cause deterioro en la integridad física o psicológica de quien la recibe, y al mismo tiempo define que pueden darse golpes simples que no causen lesiones físicas en el ejercicio del derecho de corrección. Pero esos golpes disciplinarios autorizados causan el deterioro psicológico sancionado, lo que representa una contradicción normativa flagrante.

En 12 casos, de comportamiento atípico en la muestra, no se observa la correlación general entre intensidad del indicador que el niño presenta con la intensidad y la frecuencia de las conductas maltratantes que recibe. Aparecen como valores que se dispersan respecto a la tendencia dominante. Pareciera que este grupo de niños resultara menos afectado por el maltrato que recibe, o no manifestara de forma directa la gravedad de su daño mediante indicadores conductuales. Posibles hipótesis son que hayan encontrado en el contexto de la evaluación

más elementos de familiaridad que los otros niños, o que la afectación del maltrato que reciben esté atenuada por otros factores de protección³⁶, o que manifiesten las secuelas del maltrato mediante indicadores conductuales no incluidos en el listado de trabajo, como lo puede ser la conducta hiperactiva.

Al buscar el maltrato hacia el niño en casa exclusivamente en las medidas disciplinarias, hemos dejado fuera eventos y tipos de maltrato que pueden tener finalidades no disciplinarias, por ejemplo el abuso sexual y la negligencia, o la violencia indirecta que el niño atestigua entre padres. Es decir que por su enfoque, el presente estudio solo fue sensible a la descripción del maltrato de formas activas y de finalidad pedagógica, lo que probablemente conforma el segmento más amplio del espectro del maltrato infantil (pero no el único), y también el más normalizado culturalmente. De las conductas disciplinarias mencionadas por los cuidadores en el estudio, el 89% de ellas tiene un carácter maltratante (tabla 6). Coinciendo en general con la descripción de otros estudios en México, destacan por su frecuencia los gritos, las amenazas de golpes, y formas leves de maltrato físico.³⁷ Si consideramos las medidas disciplinarias no maltratantes, podemos observar en primer lugar que se mencionan con muy poca frecuencia (11%), que poseen una diversidad muy reducida, y aún que algunas de ellas son consideradas no recomendables o no efectivas, como lo es la indulgencia. Una probable respuesta a ello puede ser que los cuidadores no conocen la descripción de conductas disciplinarias efectivas y no violentas.

Se observa también que las madres son responsables de prácticamente el 80% de los eventos de maltrato referidos en las entrevistas, donde se exploró el maltrato de los 2 cuidadores principales. Esto considerando que el cuidador informante fueron las propias madres en el 83% de los casos. Pero al mismo tiempo se observa que son ellas el cuidador principal del niño en casa en el 89% de los casos, lo que sin duda las hace la prioridad número uno para las intervenciones preventivas que puedan desarrollarse.

Si consideramos tanto las conductas infantiles sancionadas de manera habitual en casa, como también los considerados propiamente problemas de conducta, que se presentan en un muy alto 48.6% de la muestra, de acuerdo a lo referido por el cuidador, vemos que destacan la desobediencia, los berrinches y la agresividad, lo que también coincide con otros estudios.³⁸ Pero aquí se manifiesta una aparente contradicción clínica, ya que el 97% de los indicadores conductuales presentados por

los niños en la evaluación son de carácter internalizante, mientras que el 98.6% de las conductas infantiles sancionadas en casa y el 91% de sus problemas de conducta son de carácter externalizante, cuando estas categorías de problemas de conducta se asumen generalmente como correspondientes a tipologías distintas.³⁹ Es decir que en proporciones casi idénticas pero de signo contrario, los niños presentan dificultades conductuales internalizantes en entornos menos familiares, y externalizantes en entornos más familiares, probablemente desplegando diferentes facetas de las mismas secuelas del maltrato, y delineando el perfil de un niño alternativamente ansioso-agresivo, o ansioso-impulsivo. Por otro lado, el análisis detallado de las conductas sancionadas podría dar origen a intervenciones específicas con los cuidadores primarios, enseñándoles técnicas probadas y efectivas para tratar cada una de esas conductas inadecuadas.

Durante la fase de recolección de datos se hicieron algunas observaciones frecuentes en la conducta de los niños, en apariencia relevantes y no previstas, para las cuales el entrevistador no contaba con un procedimiento sistematizado de exploración ni registro, y terminaron siendo anotaciones en los márgenes de los formatos, esto fue que en 15 casos (21.4%) se observó durante la sesión la irrupción de conductas de carácter impulsivo de parte del niño, que fueron las siguientes:

- a) La continua interrupción del diálogo de los adultos, en 5 casos (que coincide con el síntoma i. de hiperactividad-impulsividad del TDAH en el DSM-5).
- b) Solicitudes persistentes para la obtención de algún satisfactor, que continuaban a pesar de una negativa, en 9 casos (que coincide con el rasgo de dificultad para retardar la gratificación, de acuerdo a caracterización de impulsividad de Evenden, 1999).
- c) Berrinches al negársele algo que solicitaba, en 3 casos (que coincide con el síntoma 1. del criterio de falta de control de los impulsos en el Trastorno explosivo intermitente en el DSM-5).

La frecuencia promedio de conductas maltratantes que recibe este grupo de niños que manifestaron conductas impulsivas en la sesión, es de 25 ocasiones por semana, lo cual está muy cerca de las 29 ocasiones por semana que en promedio recibe el grupo con el indicador conductual más intenso. En base a esto podríamos cuestionarnos sobre la influencia de la impulsividad como factor de riesgo para el maltrato infantil, y más específicamente la influencia de la impulsividad en la desobediencia infantil, que posteriormente puede suscitar la sanción maltratante.



Habrá que tener en cuenta que los resultados del presente estudio provienen de una muestra breve, con las precauciones metodológicas que de ello derivan para la generalización de los resultados, especialmente hacia otros grupos socio-económicos o culturales. Reconocemos también la limitación en el presente estudio de no haber empleado un método probabilístico en la selección de la muestra, procedimiento de difícil conciliación con la operación diaria de un centro de salud.

Recomendaciones

Es inequívoca, y no por los resultados del presente estudio, sino por los resultados coincidentes de tantos estudios a nivel nacional e internacional, la necesidad de que la Secretaría de Salud preste más atención al fenómeno del maltrato infantil, en su detección, atención y registro, contribuyendo a desnormalizar este fenómeno etiopatogénico de gran calado, y contribuyendo también a combatir una de las fuentes de las diversas formas de violencia que aquejan y deterioran el tejido social. Una descripción epidemiológica amplia de este fenómeno en los diferentes territorios de responsabilidad, mediante mecanismos de tamizaje ágiles y sencillos, sería un primer paso para el diseño de medidas adecuadas, diferenciadas y viables de atención. Sin duda sería positivo incluir la detección de maltrato infantil en la hoja diaria de consulta externa, así como en este momento ya se encuentra en ella la detección de la violencia de género. Es claro también

que el Programa Prospera tendría razones suficientes para enfatizar aún más las intervenciones con sus beneficiarios para prevenir toda forma de violencia intrafamiliar, y específicamente para formar en habilidades parentales de autoridad efectiva y crianza positiva, teniendo en cuenta que la transmisión intergeneracional de la pobreza está relacionada con la transmisión intergeneracional de la violencia. Por su parte la Estrategia de Desarrollo Infantil podría dejar de considerar los indicadores conductuales de maltrato que los niños presentan de manera espontánea, como meros obstáculos para la aplicación de la prueba EDI, y más bien incluirlos en su procedimiento, que no se volvería ni más complejo ni más tardado, generando simultáneamente un diagnóstico tentativo del desarrollo neurológico y un diagnóstico tentativo de maltrato infantil.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento al Departamento de Investigación de la Secretaría de Salud Jalisco, especialmente al Maestro Dionisio Esparza Rubio, por la asesoría y acompañamiento del presente estudio. También al Dr. Raúl Pavel Contreras Sandoval, Coordinador del Programa Prospera en la Región Sanitaria XII, por todas las facilidades otorgadas.

Correspondencia: Licenciado en psicología Salvador Aguirre Sandoval

Psicólogo clínico en Región Sanitaria 12, SSJ

Correo electrónico: aguirre_s3@hotmail.com

Referencias bibliográficas

1. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil*. México, D.F. Secretaría de Salud. 2006. P 6-9
2. Pulido, Sandra; Castro-Osorio, Juliana; Peña, Marlyn; Ariza-Ramírez, Diana Paola Pautas, *Creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 245-259 Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Manizales, Colombia.
3. Frías Armenta, Martha; Martín Rodríguez, Ana M.; Corral Verdugo, Víctor *Análisis de Factores que Influyen en el Desarrollo de Normas Ambientales y en la Conducta Anti Ecológica* Interamerican Journal of Psychology, vol. 43, núm. 2, 2009, pp. 309-322 Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Organismo Internacional
4. Cornell, A. H., & Frick, P. J. (2007). *The moderating effects of parenting styles in the association between behavioral inhibition and parent-reported guilt and empathy in preschool children*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36, 305-318.doi: 10.1080/15374410701444181
5. Vite Sierra, Ariel; Pérez Vega, María Guadalupe *El papel de los esquemas cognitivos y estilos de parentales en la relación entre prácticas de crianza y problemas de comportamiento infantil*. Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 32, núm. 3, 2014, pp. 389-402 Universidad del Rosario Bogotá, Colombia
6. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Organización Mundial de la Salud. 2009.
7. Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. Organización Mundial de la Salud. 2009.

8. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.* Diario Oficial de la Federación. 2009.
9. Soledad Larraín, Carolina Bascuñan, *4to estudio de maltrato infantil*, UNICEF, Santiago, Chile, octubre 2012
10. Frías, M. & McCloskey, L.A. (1998). *Determinants of harsh parenting in Mexico*. Journal of Abnormal Child Psychology, 26, 129-139.
11. Martha Frías Armenta. *Problemas de conducta en niños víctimas de violencia familiar: reporte de profesores*. Estudios de Psicología 13(1), 03-11. Universidad de Sonora (México). 2008.
12. Kim, J., & Cicchetti, D. *A longitudinal study of child maltreatment, mother child relationship quality and maladjustment: the role of self-esteem and social competence*. Journal of Abnormal Child Psychology, 32, 341-354. (2004).
13. Margolin, G., & Gordis, E. B. *The effects of family and community violence on children*. Annual Review of Psychology, 51, 445-479. (2000)
14. Catherine A. Taylor. *Mothers' Spanking of 3-Year-Old Children and Subsequent Risk of Children's Aggressive Behavior*. American Academy of Pediatrics vol 125/issue 5. Mayo 2010.
15. Felitti VJ et al. *Relationship of childhood abuse and household dysfunction y many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study*. American Journal of Preventive Medicine, 1998, 14:245-258.
16. Thiago de Oliveira Pires. *Family environment and attention-deficit hyperactivity disorder*, [en linea] 2014, 1 (Julio-) : [Fecha de consulta: 16 de febrero de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477147184006>> ISSN
17. Hernández López, Mónica; Gómez Becerra, Inmaculada; Martín García, María Jesús; González Gutiérrez, Carolina. *Prevención de la violencia infantil-jovenil: estilos educativos de las familias como factores de protección* International Journal of Psychology and Psychological Therapy, vol. 8, núm. 1, mayo, 2008, pp. 73-84 Universidad de Almería Almería, España
18. Vite Sierra, Ariel; Pérez Vega, María Guadalupe. *El papel de los esquemas cognitivos y estilos de parentales en la relación entre prácticas de crianza y problemas de comportamiento infantil*. Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 32, núm. 3, 2014, pp. 389-402 Universidad del Rosario Bogotá, Colombia
19. Romero, Violeta Félix, Nieto Gutiérrez, Javier, Rosas Peña, Marcela, Morales Chainé, Silvia, López Cervantes, Faribia. *Prácticas de crianza asociadas al comportamiento negativista desafiante y de agresión infantil*. Avances en Psicología Latinoamericana [en linea] 2015, 33 () : [Fecha de consulta: 27 de febrero de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79933768005>> ISSN 1794-4724
20. Kochanska, G., & Murray K. (2000). *Mother-child mutually responsive orientation and conscience development: From toddler to early school age*. Child Development, 71, 417-431. doi: 10.1111/1467-8624.00154
21. Cornell, A. H., & Frick, P. J. (2007). *The moderating effects of parenting styles in the association between behavioral inhibition and parent-reported guilt and empathy in preschool children*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36, 305-318. doi: 10.1080/15374410701444181
22. Pulido, Sandra; Castro-Osorio, Juliana; Peña, Marilyn; Ariza-Ramírez, Diana Paola Pautas. *Creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2013, pp. 245-259 Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Manizales, Colombia.
23. Frías Armenta, Martha; Gaxiola Romero, José C. *Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica*. Revista Mexicana de Psicología, vol. 25, núm. 2, diciembre, 2008, pp. 237-248 Sociedad Mexicana de Psicología A.C. Distrito Federal, México
24. Gaxiola Romero, José Concepción; Frías Armenta, Martha. *Las consecuencias del maltrato infantil: Un estudio con madres mexicanas*. Revista Mexicana de Psicología, vol. 22, núm. 2, diciembre, 2005, pp. 363-374 Sociedad Mexicana de Psicología A.C. Distrito Federal, México
25. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil*. México, D.F. Secretaría de Salud. 2006.
26. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. Diario Oficial de la Federación. 2009.
27. Emilio Herrera-Basto. *Indicadores para la detección de maltrato en niños*. Revista Salud Pública de México 1999 Vol. 41(5):420-425. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. Sep. /Oct. 1999.
28. R. Antequera Jurado. *Evaluación psicológica del maltrato en la infancia*. Cuadernos de Medicina Forense, 12(43-44), Enero-Abril. España. 2006.
29. Ma. Ignacia Arruabarrena. *Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España. 2011.
30. Programa de Inclusión Social Prospera. *Reglas de Operación de Prospera Programa de Inclusión Social para el ejercicio fiscal 2017*. Diario oficial de la Federación, 30 de diciembre de 2016.
31. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Guía Operativa de la Estrategia de Desarrollo Infantil*, Secretaría de Salud, México, 2014.
32. Ma. Ignacia Arruabarrena. *Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España. 2011.
33. R. Antequera Jurado. *Evaluación psicológica del maltrato en la infancia*. Cuadernos de Medicina Forense, 12(43-44), Enero-Abril. España. 2006.
34. Ma. Ignacia Arruabarrena. *Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España. 2011.

35. Hart et al. (2002), en Ma. Ignacia Arruabarrena. *Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España. 2011.
36. Ma. Ignacia Arruabarrena. *Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España. 2011.
37. Martha Fries Armenta. *Problemas de conducta en niños víctimas de violencia familiar: reporte de profesores*. Estudios de Psicología 13(1), 03-11. Universidad de Sonora (México). 2008.
38. Vite Sierra, Ariel; Pérez Vega, María Guadalupe. *El papel de los esquemas cognitivos y estilos de parentales en la relación entre prácticas de crianza y problemas de comportamiento infantil*. Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 32, núm. 3, 2014, pp. 389-402 Universidad del Rosario Bogotá, Colombia
39. Alarcón Parco, Danitsa; Bárrig Jó, Patricia S. *Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes*. Liberabit. Revista de Psicología, vol. 21, núm. 2, 2015, pp. 253-259 Universidad de San Martín de Porres Lima, Perú

Artículo original

Prevalencia de la situación social y su asociación con el deterioro cognitivo en ancianos residentes de asilos y casas de cuidados

Robles-Ahumada C. M. (1), Bureau-Chávez M. (2), Haro-Cruz J. (3), Ruiz-Guerrero L. (3), Gastelum-Varela G. (3), Gutiérrez-Caballero T. (3), Guerrero-Acosta J. (3), Maza-Gutiérrez F. (4), Díaz-Ramos J. A. (5).

(1) Unidad de Atención Geriátrica de Alta Especialidad, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México; (2) Médico Geriatra, Dirección de Servicios Médicos Municipales; (3) Médico interno de pregrado, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey; (4) Licenciada en Nutrición y Bienestar Integral, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey; (5) Médico Geriatra, Unidad de Atención Geriátrica de Alta Especialidad, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara.

Resumen

Objetivos: Determinar la prevalencia del deterioro cognitivo y su asociación con la situación social y el estado de salud en adultos de 60 años o más asilados. **Métodos:** Estudio transversal con participantes de 60 años o más reclutados entre febrero y abril de 2015. Los pacientes se sometieron a una evaluación geriátrica integral (EGI) con la cual se obtuvieron datos detallados sobre la situación sociodemográfica, situación social y deterioro cognitivo. **Resultados:** Se incluyeron 48 sujetos, la edad media fue de 73 años ($DE = \pm 6$), el porcentaje de mujeres fue de 60%. La prevalencia del deterioro cognitivo fue de 23%. La prevalencia de mala situación social fue de 54%. Despues de ajustar por edad, sexo y alfabetización, el análisis de regresión logística no ajustado mostro una asociación significativa entre la situación social y el deterioro cognitivo. Así la presencia de mala situación social aumentó 13 veces la probabilidad de deterioro cognitivo. **Conclusiones:** Este estudio muestra que la prevalencia de mala situación social es alta entre los ancianos mexicanos. Estos resultados sugieren la importancia de la monitorización de la situación social, que parece conferir un impacto negativo en el deterioro cognitivo de los ancianos; y la evaluación de la situación social debería estar incluida en la evaluación geriátrica para prevenir el deterioro cognitivo.

Palabras clave: Situación social, deterioro cognitivo, ancianos, asilos.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of cognitive impairment and its association with social situation and health status in adults aged 60 or older, nursing home residents. **Methods:** Cross-sectional study in participants aged 60 or older, recruited between February and April 2015. Participants underwent a comprehensive geriatric assessment (CGA), with which detailed data about sociodemographic, social situation and cognitive impairment was obtained. **Results:** We included 48 subjects; mean age was 73 years ($SD = \pm 6$), women accounted for 60%. The prevalence of cognitive impairment was 23%. The prevalence of bad social situation was 54%. After adjusted by age, sex, and literacy, the unadjusted logistic regression analysis showed a significant association between social situation and CI. Thus, the presence of bad social situation ups 13 times the probability of cognitive impairment. **Conclusions:** This study showed that the prevalence of bad social situation is higher in Mexican elders. These results suggest the importance of monitoring social situation as they seem to confer a negative impact on cognitive impairment of the elderly, and that social situation evaluation should be included in the geriatric assessment to prevent cognitive impairment.

Key Word: Social situation, cognitive impairment, elderly, nursing home residents.



Introducción

El envejecimiento de la población mundial está aumentando, y se prevé que en 2050, una de cada cinco personas tendrá 60 años o más en países en desarrollo.^{1,2} Esta evolución demográfica puede estar asociada con un aumento en la prevalencia de los síndromes geriátricos (SG).³⁻⁵ Este término se ha usado comúnmente para indicar el “efecto acumulado de las deficiencias en múltiples dominios” que resulta en un desenlace adverso particular en las personas mayores.⁶ Las caídas, la depresión, la discapacidad, la inmovilidad, la malnutrición y el deterioro cognitivo son algunos de los SG más frecuentes.

Otro desenlaces negativo asociado con el envejecimiento es la alta prevalencia de un nivel socioeconómico bajo o muy bajo y su relación con la falta de servicios básicos de salud, a pesar de la existencia de programas de apoyo social. En México, se estima que más del 60% de la población de adultos de 60 años y más viven en una situación social desprotegida determinada por el estado económico y el apoyo de las redes sociales.⁷ De acuerdo con el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2 de cada 10 adultos mayores pueden pagar sus gastos; los ocho restantes viven en la pobreza, es decir 3.5 millones (46%), mientras que 37% (2.7 millones) se encuentran en una situación de pobreza moderada y 10% (800 mil) viven en pobreza extrema, con 3.7 tipos de privación en promedio.⁸ Uno de los subgrupos de adultos más vulnerable son los ancianos residentes en asilos y casas de cuidados crónicos. Solo el 50% de los ancianos en México residen en hogares familiares, ya sean nucleares o ampliados. El resto parece estar distribuido en diferentes tipos de instituciones de atención.⁹

Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de la Situación Social (SS) y su asociación entre el deterioro cognitivo (DC) entre los adultos de 60 años o más, residentes en asilos y casas de cuidados crónicos en el occidente de México.

Material y Métodos

Población de estudio

Estudio transversal que incluyó participantes de 60 años o más, que fueron reclutados consecutivamente de tres asilos o casas de cuidados crónicos, en el área metropolitana del estado de Jalisco en el occidente de México entre febrero y abril de 2015. Se invitó a los sujetos a participar voluntariamente en el estudio durante una consulta médica en el asilo y/o casa de cuidados crónicos. Una vez que los participantes estuvieron de acuerdo, se

sometieron a una evaluación geriátrica integral (EGI) exhaustiva por personal capacitado utilizando métodos estandarizados.

También se obtuvo de forma detallada información sociodemográfica, de la SS y de la presencia de DC. Se excluyeron los sujetos que no completaron las respuestas del cuestionario o que no autorizaron el consentimiento informado para evitar la inclusión de variables incompletas. Además, se excluyeron los sujetos con depresión y delirium para evitar sesgos en los resultados. Los síntomas depresivos se evaluaron utilizando la versión validada de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de 15 ítems. Un corte de >5 indicó la presencia de depresión.¹⁰ El cuestionario Pfeiffer se utilizó para excluir a los sujetos con posible delirium.^{11,12} Los Comités de ética de cada asilo o casa de cuidados crónicos revisaron y aprobaron el protocolo de estudio.

Evaluaciones

Variables Dependientes

El deterioro cognitivo fue investigado como desenlace:

Deterioro Cognitivo Leve

La función cognitiva fue evaluada por la versión validada en la población mexicana del Mini-Mental State Examination (MMSE). El puntaje más bajo se determinó con un punto de corte de <23, ajustado por edad y educación.¹³

Situación Social

La Situación Social (SS) se evaluó a través de la Escala de Evaluación de Guijón (versión corta). La escala de SS de Guijón ha demostrado eficacia en la predicción de la institucionalización de personas mayores relacionada con su situación social. Los puntos de corte de <7 indicaron la presencia de una buena situación social, y ≥8 puntos fueron considerados para mala situación social.^{14,15}

Co-variables

Las variables sociodemográficas incluyeron edad, sexo, escolaridad, estado civil y variables de morbilidad. La educación fue registrada en años. Un médico capacitado determinó las enfermedades según los criterios y algoritmos estandarizados, bien conocidos y preestablecidos que combinan información de diagnósticos auto informados, historias clínicas, tratamientos farmacológicos actuales y exámenes clínicos. Se preguntó a todos los participantes si tenían un diagnóstico de alguna enfermedad crónica según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10).¹⁶

La alteración en las actividades básicas (ABVD) e instrumentadas de la vida diaria (AIVD) se utilizó para identificar la discapacidad.^{17, 18} Para cada dominio, si los participantes indicaron que no podían llevar a cabo al menos una de las actividades sin asistencia, se consideraron como discapacitados.

Análisis Estadísticos

Los datos descriptivos del estado basal para la muestra final se presentan como medias y desviaciones estándar para variables continuas y frecuencias para variables categóricas. La prueba X^2 o la prueba exacta de Fisher se usaron según correspondió. La regresión logística y Razón de Momios se utilizaron para determinar la fuerza de asociación entre variables dependientes (deterioro cognitivo) e independientes (situación social).

Todos los análisis se evaluaron utilizando intervalos de confianza del 95% y un valor P de <0.05 se consideró estadísticamente significativo. Los análisis estadísticos se realizaron en el software Stata para Windows® (Stata Corp., Texas, IL, versión 14) obtenido por la pertenencia al Programa Nacional de Posgrados de calidad de CONACYT.

Resultados

La muestra final fue conformada por 48 personas de 60 años o más; las mujeres representaron el 60% y la media de edad fue de 73 ($DE \pm 6$). Del total, el 64% de la muestra estaba casado y el 28% era viudo. En cuanto al nivel educativo, solo el 5% eran analfabetos. Del total, el 18% de la muestra tenía depresión, el 8.5% presentó delirium y el 4% tuvo ambos diagnósticos. La prevalencia de deterioro cognitivo fue de 23%. La prevalencia de mala situación social fue del 54%.

El 38% de los sujetos que presentan una mala situación social también presentaron deterioro cognitivo. El grupo de sujetos con buena situación social tuvo una baja prevalencia de deterioro cognitivo (4%).

Análisis Univariado

La asociación entre las variables de situación social y el deterioro cognitivo se presentan en la Tabla 1. El análisis de regresión logística no ajustado mostró una asociación significativa entre la situación social y el DC. La presencia de mala situación social mostró significancia para DC ($RM = 13$, IC 95% 1.5-113, $P = 0.01$). Por lo tanto, la presencia de una mala situación social aumentó 13 veces la probabilidad de deterioro cognitivo.

Tabla 1.
Distribución de la situación social de acuerdo al deterioro cognitivo

		Deterioro Cognitivo	
	Si (11) n, %	No (37) n, %	
Situación Social			X^2
Bueno (22)	1 (4.5)	21 (95)	
Malo (26)	10(38)	16(62)	0.5

Discusión

Los resultados mostraron una asociación entre la situación social y la prevalencia del deterioro cognitivo en ancianos mexicanos residentes de asilos y casas de cuidados crónicos. Por otro lado, según nuestro conocimiento, este es el primer estudio sobre la situación social y su asociación con DC en ancianos mexicanos. Estos resultados mostraron que la situación social negativa es alta en los ancianos mexicanos y que su presencia podría aumentar la probabilidad de tener DC. Este resultado es consistente con el de trabajos internacionales previos, en el que la presencia de una SS mala puede aumentar las posibilidades de desarrollo de desenlaces negativos en ancianos.¹⁹⁻²¹

En un estudio similar, en el que se relacionó la actividad social y la salud (estado físico y cognitivo) se demostró que a mayor interacción social, mejores desempeños cognitivos. La regresión lineal se utilizó para examinar la asociación entre el compromiso social, las puntuaciones de memoria, el estado mental y la percepción de salud. Sólo la asociación entre las interacciones sociales y el estado mental continuó significativa después de ajustar a las variables de confusión.²²

La teoría que puede explicar estos resultados es que una mayor interacción entre las personas puede estimular funcionalmente las capacidades cognitivas debido al aumento de la actividad mental necesaria para mantener la integridad de esas interacciones.²³ Por lo tanto, la disminución del deterioro cognitivo puede producir un efecto recíproco en la calidad de las interacciones sociales, alejando al sujeto de un círculo vicioso que conlleva el desarrollo posterior de factores de riesgo de deterioro físico y mental.

En nuestro análisis, a pesar de que el porcentaje de ancianos con deterioro cognitivo no fue mayor al esperado (23%), más de un tercio tuvieron también

una mala situación social en comparación con el 4% de ancianos con deterioro cognitivo y buena situación social. Este resultado sugiere que la situación social puede desempeñar un papel importante en el mantenimiento de un rendimiento cognitivo adecuado.²⁴

Diversos trabajos han desarrollado la hipótesis de que tener relaciones sociales pueden influir positivamente en los comportamientos de salud y los procesos psicológicos individuales. Otro estudio evaluó el deterioro cognitivo leve asociado al mantenimiento de las relaciones sociales.

El estudio encontró una asociación entre la pertenencia al grupo de viudas que viven solas y la prevalencia de deterioro cognitivo. Sin embargo el riesgo de deterioro cognitivo no difirió entre los participantes divorciados/separados y nunca casados, con lo que se concluyó que no fue relevante el estado social de los participantes que estaban en riesgo de deterioro cognitivo y que no existía una asociación clara entre la relación social y el deterioro cognitivo leve.²⁵ Aún así, la prevalencia de deterioro cognitivo en el grupo con depresión y sin apoyo social (que viven solos y viudos) es similar a la encontrada en nuestro estudio (22%-39% vs. 18% -38%). Aunque varios estudios previos no han encontrado pruebas suficientes para establecer una asociación entre la situación social y el funcionamiento cognitivo.^{26 - 29} Nuestro estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, la información sobre SS fue auto informada, y los hallazgos deben interpretarse con precaución. Se deben desarrollar estudios longitudinales adicionales que incluyan medidas objetivas de SS (p. ej. Evaluación de la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36, estudio socioeconómico elaborado por un trabajador social, etc.) para confirmar o refutar estos hallazgos. Otra limitación fue la pérdida de seguimiento; esto podría limitar la generalización de los hallazgos. La posibilidad de causalidad inversa en la dirección de la asociación entre SS e IC no debe ignorarse. Finalmente, no se utilizaron otros cuestionarios validados para evaluar la Situación Social (por ejemplo, OARS,

Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional de Servicios y Recursos para Mayores Americanos y Apgar Familiar) porque el personal no estaba entrenado para su correcto desempeño, y debe ser tomado en cuenta al interpretar las recomendaciones.

Sin embargo, las principales fortalezas de este estudio incluyen la detección de SG, que se realizó con pruebas estandarizadas. Nuestro análisis sí consideró otras variables de confusión (depresión y delirium); factores bien conocidos por su influencia en el desarrollo de DC.

Conclusión

Este estudio es consistente con las afirmaciones iniciales ya que la falta de relaciones sociales en los ancianos parece tener un impacto negativo sobre el desempeño cognitivo. La situación social de los sujetos podría ayudar a mejorar sus habilidades cognitivas o prevenir el deterioro del estado basal. Los resultados sugieren la importancia de monitorear las relaciones sociales, ya que parecen tener un impacto en el estado de salud de los ancianos. Consideramos apropiado fortalecer las relaciones sociales mediante la organización de actividades grupales, la inclusión social familiar y la promoción de una situación social adecuada. Creemos que EGI, que incluya una evaluación de la situación social, podría ser una herramienta para promover cambios positivos a nivel individual y tener el potencial de establecer estrategias terapéuticas en múltiples niveles para prevenir el deterioro cognitivo en los ancianos mexicanos residentes de asilos y casas de cuidados crónicos. Sin embargo, estos resultados se deben replicar en una cohorte más extensa con un enfoque longitudinal.

Correspondencia:Díaz-Ramos Julio Alberto

Correo electrónico: julio.alberto.diaz.ramos.geriatra@gmail.com

Teléfono: (+052) 33 1761 1928

Dirección: Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Calle Coronel Calderón 777, Guadalajara, Jalisco, México. C.P. 44280

Referencias bibliográficas

1. Esser DE, Ward PS. Ageing as a global public health challenge: from complexity reduction to aid effectiveness. *Glob Public Health.* 2013; 8(7): 745-68.
2. Alshamsam R, Lee JT, Rana S, Areabi H, Millet. Comparative health system performance in six middle-income countries: cross-sectional analysis using World Health Organization study of global ageing and health. *J R Soc Med.* 2017 Sep; 110(9): 365-375.
3. World Health Organization. *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment.* First edition ed. WHO , editor. Geneva: WHO press; 2005.

4. Veterano D, Foebel A, Marengoni A, Brandi V, Collamati A, Heckman G, et al. *Chronic diseases and geriatric syndromes: The different weight of comorbidity*. Eur J Intern Med. 2016 Jan; 27: 62-7.
5. Fried L, Tangen C, Watson J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, et al. *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56(3): M146-56.
6. Tinetti M, Inouye S, Gill T, Doucette J. *Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence*. Unifying the approach to geriatric syndromes. JAMA. 1995 May 3; 273(17): 1348-53.
7. Gutierrez-Robledo LM, Ávila-Fematt FM, Montaña-Álvarez M. *La geriatría en México*. El Residente. 2010 Mayo-Agosto; 5(2): 43-48.
8. CONEVAL. Evolución de la Pobreza 2010-2016. *Comunicado de Prensa. Ciudad de México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*. Dirección de Información y Comunicación Social; 2017.
9. Instituto Nacional de las Mujeres. *Situación de las personas adultas mayores en México*. Boletín. Ciudad de México: INMUJERES, Dirección de Estadística; 2015.
10. Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the Geriatric Depression Scale in Mexican-American elders. Int J Geriatr Psychiatry. 1997; 12: 21-5
11. Martínez de la Iglesia J, Dueñas-Herrero R, Onís-Vilches MC, Aguado-Taberná C, Albert-Colomerc C, Luque-Luque R. *Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años*. Med Clin. 2001 Enero; 117(4): 129-34.
12. Fillenbaum G, Heyman A, Williams K, Prosnitz B, Burchett B. *Sensitivity and specificity of standardized screens of cognitive impairment and dementia among elderly black and white community residents*. Journal of clinical Epidemiology. 1990; 43(7): 651-60.
13. Mungas D, Marshall SC, Weldon M. *Age and education correction of Mini-Mental State Examination for English and Spanish-speaking elderly*. Neurology. 1996;(46): 700-706.
14. Cabrera-González D, Menéndez-Caicoya A, Fernández-Sánchez A, Acebal V, García-González JV, Díaz-Palacios E, et al. *Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano*. Aten Primaria. 1999 abril; 23(7): 434-40.
15. Miralles R, Sabartés O, Ferrer M, Esperanza A, Llorach I, García-Palleiro P, et al. *Development and Validation of an Instrument to Predict Probability of Home Discharge from a Geriatric Convalescence Unit in Spain*. Journal of the American Geriatrics Society. 2003 February; 51(2):252-257.
16. Revisión ICoDaRHP1. ICD-10 Version: 2016. [Online]; 2016 [cited 2016-17 Jan 1-30]. Available from: app.who.int/classifications/icd/browse/2016/en.
17. Barrero Solis C, García Arrioja S, Ojeda Manzano A. *Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación*. Plast & Rest Neurol. 2005 Jan-Jun; 4(1-2): 81-85.
18. Lawton M, Brody E. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist. 1969 Autumn; 9(3): 179-86.
19. Fratiglioni L, Wang H, Ericsson K. *Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study*. Lancet. 2000; 355: 1315-1319.
20. Hakansson K, Rovio S, Helkaka E. *Association between mid-life marital status and cognitive function in later life: population based cohort study*. BMJ. 2009; 339: b2462.
21. Roberts R, Geda Y, Knopman D. *The incidence of MCI differs by subtype and is higher in men*. Neurology. 2012 Jan; 78(5): 342-351.
22. Sinclair A, Morley JE, Vellas B. *PATHY'S Principles and Practice of Geriatric Medicine*. In Sinclair A, Morley JE, Vellas B, editors. *PATHY'S Principles and Practice of Geriatric Medicine*. Nueva Jersey: Wiley-Blackwell; April 2012. 912-914.
23. Karlamangla A, Miller-Martinez D, Aneshensel C. *Trajectories of cognitive function in late life in the United States: demographic and socioeconomic predictors*. Am J Epidemiol. 2009; 170: 331-342.
24. Van Gelder B, Tijhuis M, Kalmijn S. *Marital status and living situation during a 5-year period are associated with a subsequent 10-year cognitive decline in older men*. Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2006; 61: 213-219.
25. Brenowitz W, Kukull W, Beresford AA, Monsell S, Williams E. *Social Relationships and Risk of Incident Mild Cognitive Impairment in US Alzheimer's Disease Centers*. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2014 July-September; 28(3): 253-260.
26. Seeman T, Lusignolo T, Albert M. *Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults*. Heal Psychol. 2001; 20: 243-55.
27. Glei D, Landau D, Goldman N. *Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly*. Int J Epidemiol. 2005; 34: 864-871.
28. Green A, Rebok G, Lyketsos C. *Influence of social network characteristics on cognition and functional status with aging*. Int J Psychiatry. 2008; 23: 972-978.
29. Eisele M, Zimmermann T, Kohler M. *Influence of social support on cognitive change and mortality in old age: results from the prospective multicentre cohort study AgeCoDe*. BMC Geriatr. 2012; 12(9).

Síndrome de fragilidad en el Sistema Universitario del Adulto Mayor

Estrada-Gómez O.A., Salcedo-Rocha A.L., García de Alba-García J.E.

Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y en Servicios de Salud, Centro Médico Nacional de Occidente

Resumen

La fragilidad se define como un síndrome biológico del adulto mayor caracterizado por las disminuciones de la reserva homeostática y la resistencia a factores estresantes provocadas por la declinación conjunta de múltiples sistemas fisiológicos. El síndrome de fragilidad cobra relevancia en nuestro medio debido a que México se encuentra actualmente en un proceso de envejecimiento demográfico debido a la combinación del incremento en la esperanza de vida y una fecundidad en descenso sostenido, provocando un aumento significativo de la edad media de la población y una proporción ascendente de adultos mayores. **Objetivos:** Determinar la prevalencia del síndrome de fragilidad entre los adultos mayores inscritos en el Sistema Universitario del Adulto Mayor (SUAM). **Material y métodos:** Se utilizaron los criterios de Fried con la modificación de Ávila-Funes para determinar la presencia del síndrome de fragilidad entre los adultos mayores inscritos al SUAM que asistieron a una ponencia en la Biblioteca Pública del Estado. **Resultados:** El síndrome de fragilidad estuvo presente en el 7,7% de los participantes, 35,9% fueron clasificados como prefrágiles y el 56,4% como no-frágiles. **Conclusiones:** En México, la fragilidad representa un problema actual y venidero en la salud pública que requiere atención inmediata. Se requiere adoptar estrategias como la capacitación de médicos en la prevención, el diagnóstico y atención oportuna de este síndrome geriátrico en el primer nivel de atención.

Palabras clave: Fragilidad, Envejecimiento, Epidemiología, Adultos mayores

Abstract

Frailty is defined as a biologic syndrome in older adults characterized as the depletion of homeostatic reserve and reduced resistance to stressors provoked by cumulative declines in several physiological systems. Frailty syndrome is relevant in Mexico due to the country's demographic aging process resulting from the combination of the increase in life expectancy and a sustained decrease in fecundity leading to a significant augmentation in the mean age of the population and a increasing proportion of elderly people. **Objectives:** To estimate the prevalence of frailty syndrome among older adults enrolled in the University System for Older Adults. **Methodology:** Fried's criteria modified by Avila Funes were used to determine the presence of frailty syndrome among older adults enrolled in the University System for Older Adults who attended a presentation about frailty syndrome that took place at the State's Public Library. **Results:** Frailty syndrome was present in 7.7% of the participants, 35% were classified as pre-frail and 56,4% as non-frail. **Conclusion:** In Mexico, frailty represents a current and future public health issue that requires to be addressed immediately. It is needed to embrace strategies like raising awareness among primary-care physicians about prevention, early diagnosis and treatment of this syndrome.

Keywords: Frailty, Aging, Epidemiology, Older adults

Introducción

La fragilidad se define como un síndrome biológico del adulto mayor caracterizado por la disminución de la reserva homeostática y la resistencia a factores estresantes¹ provocadas por la declinación conjunta de

múltiples sistemas fisiológicos,^{2,3} aumentando así el riesgo de acumular problemas relacionados con la salud, caídas, hospitalizaciones, necesidad de tratamientos a largo plazo y también la mortalidad.^{4,5} No debe confundirse con

envejecimiento, discapacidad y/o comorbilidad, puesto que conforma una entidad clínica distinta.^{6,7}

El síndrome de fragilidad cobra relevancia en nuestro medio debido a que México se encuentra actualmente en un proceso de envejecimiento demográfico debido a la combinación del incremento en la esperanza de vida y una fecundidad en descenso sostenido, provocando un aumento significativo de la edad media de la población y una proporción ascendente de adultos mayores.⁸ Se prevé que, en 2050, existan aproximadamente 32.4 millones de personas con más de 65 años, quienes representarán aproximadamente el 25% de la población.⁹

Estudios realizados por García de Alba¹⁰ y por Jürschik Giménez y colaboradores⁴ evidenciaron una prevalencia del síndrome de fragilidad en población mexicana y española, de 7 y 8,5%, respectivamente.

Objetivo: El propósito del presente estudio es determinar la prevalencia del síndrome de fragilidad entre los adultos mayores inscritos en el Sistema Universitario del Adulto Mayor (SUAM).

Material y métodos

Tipo de estudio

Se trata de un estudio epidemiológico con diseño observacional y de tipo transversal descriptivo.

Población de estudio

Se consideraron todos los individuos de ambos sexos de 65 o más años de edad, inscritos en el SUAM y que expresaran su conformidad en participar en el estudio.

La población del presente estudio fue conformada por 39 individuos a través de un muestreo propositivo durante el curso regular de clases en la Biblioteca Pública del Estado en Guadalajara, Jalisco en los asistentes pertenecientes al Sistema Universitario del Adulto Mayor llevada a cabo del 22 de agosto del 2017.

Variables e instrumentos de medición

Se definió la fragilidad en concordancia con los criterios promulgados y validados por Fried y Watson en el estudio de salud cardiovascular (CHS)¹¹ con la modificación de Ávila-Funes,¹² contemplando los siguientes criterios:

1. Pérdida involuntaria de peso (Shrinking)

Pérdida de peso reciente y no intencionada ≥ 10 libras o un índice de masa corporal (IMC) de $21\text{kg}/\text{m}^2$ durante los

últimos 12 meses. Este componente se midió a través de dos ítems integrados en la mini evaluación nutricional (MNA),¹³ escala utilizada para valorar la desnutrición.

2. Baja energía o «agotamiento» (Exhaustion)

Autorreferida. Se evaluó mediante la aplicación de dos preguntas en la escala CES-D¹⁴ que mide los estados depresivos. Se les preguntó a los pacientes: ¿Alguna de las siguientes frases refleja cómo se ha sentido la última semana?: “Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo” y “No tenía ganas de no hacer nada”. Las posibles respuestas fueron: 0=nunca o casi nunca (menos de 1 día). 1=a veces (1-2 días). 2=con frecuencia (3-4 días). 3=siempre o casi siempre (5-7 días). Los participantes que contestaron “2” o “3” a cualquiera de estas dos preguntas fueron clasificados en este criterio como frágiles.

3. Lentitud en la movilidad (Slowness)

Se definió el quintil más lento de la muestra como punto de corte, basados en una prueba de velocidad al recorrer 4.6 metros caminado. Para determinar fragilidad en este criterio se realizó un ajuste por sexo y altura como recomienda Fried (ver anexo).

4. Debilidad muscular (Weakness)

Se realizó una medición con dinamómetro. Para determinar fragilidad en este criterio se realizó un ajuste por sexo e IMC (ver anexo).

5. Baja actividad física (Low physical activity)

Para el bajo nivel de actividad física se utilizó la escala de actividad física para las personas mayores (PASE)¹⁵ categorizando como activos a aquellos participantes que realizaban trabajos ligeros diarios y/o actividades deportivas por semana e inactivos los que no lo hacían. Estos últimos fueron considerados frágiles en este criterio.

Como propusieron Fried y colaboradores, los participantes se consideraron “frágiles” si tenían tres o más de los criterios establecidos, “prefrágiles” al contar con uno o dos criterios y “no frágiles” cuando no se presentó ningún criterio.

Otras variables utilizadas

Se incluyeron las sociodemográficas: edad, sexo, estado civil y escolaridad.

Método de recogida de datos

Durante una ponencia sobre fragilidad en el auditorio de la Biblioteca Pública del Estado de Jalisco, se invitó al público asistente -integrantes del SUAM-, a acudir a las estaciones de medición instaladas dentro del auditorio. Se dispusieron 4 estaciones para las distintas mediciones;

una para la talla y el peso con dos básculas marca TANITA® y un estadímetro marca Seca®, otra para la medición de la fuerza muscular con dinamómetro de mano marca Baseline®, una más para medir la velocidad de la marcha con un cronómetro marca Seiko® y, finalmente, una estación en la que se aplicó el cuestionario sobre actividad física, agotamiento y pérdida de peso mediante entrevista directa.

Los encargados de las mediciones y la aplicación del cuestionario fueron pasantes del servicio social en distintas ramas de las ciencias de la salud adscritos a la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y en Servicios de Salud: dos enfermeras, tres nutriólogas y un médico, quienes fueron previamente entrenados con la finalidad de unificar los criterios de recogida de datos.

Análisis estadístico

Los datos fueron registrados en el programa SPSS 15.0, donde se efectuó análisis estadístico de acuerdo a la escala de medición de las variables consideradas; categóricas: frecuencia absoluta y relativa; numérica: promedio y desviación estándar. Asimismo, se calculó la prevalencia de las distintas situaciones de fragilidad y se realizaron cruces de variables, teniendo como base el sexo de las personas investigadas. El análisis estadístico inferencial se planteó también de acuerdo al tipo de escala, aplicándose T de Student a las de tipo numérico y de χ^2 cuadrada a las

categóricas. En ambos casos la significancia estadística se estableció a partir de una $p \leq 0.05$.

Resultados

El estudio incluyó a 39 participantes. La edad media fue de 72,5 años en un rango de 63 a 83. El 74.4% correspondió a mujeres y la escolaridad media fue de 12,9 años. El 10,2% de los participantes refirieron haber perdido peso, siendo en su totalidad mujeres. Sólo un 17,9% refirió agotamiento, de los cuales el 85,7% fueron mujeres. El 76,9% de los participantes refirió realizar actividad física. El síndrome de fragilidad estuvo presente en el 7,7% de los participantes, 35,8% fueron clasificados como prefrágiles y el 56,4% como no-frágiles. En la tabla 1 se presenta la frecuencia de cada componente del síndrome de fragilidad.

En la tabla 2 se muestran variables sociodemográficas de los participantes de acuerdo a su estado de fragilidad, encontrándose que los participantes frágiles tienen una edad media más elevada que los prefrágiles y no-frágiles, como era esperado. Los participantes diagnosticados con prefragilidad fueron eminentemente mujeres, siendo un 92,8% de los casos. El porcentaje de personas con índice de masa corporal (IMC) ≥ 25 (sobrepeso u obesidad) aumentó de acuerdo a la fragilidad de los participantes, llegando a ser presente en un 100% de los diagnosticados con fragilidad.

Tabla 1.
Proporción de componentes de fragilidad por sexo

	Total n = 39	Mujeres n = 29	Hombres n = 10
Frecuencia de componentes de fragilidad (%)			
Pérdida involuntaria de peso	10,2	13,7	0
Debilidad	0	0	0
Agotamiento	17,9	20,6	10
Lentitud en la movilidad	17,9	17,2	20
Baja actividad física	23	27,5	10
Número de componentes de fragilidad (%)			
0	56,4	48,3	80
1	23,1	27,6	10
2	12,8	17,2	0
3	7,7	6,9	10
4	0	0	0
5	0	0	0
Frágiles totales (≥ 3 componentes)	7,7%	6,9%	10%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2.**Variables sociodemográficas**

<i>Variable</i>	<i>No-frágil n = 22</i>	<i>Prefrágil n = 14</i>	<i>Frágil n = 3</i>
Edad media (desviación estándar - DE)	72,6 (3,8)	71,4 (3,7)	76,3 (5,8)
Sexo femenino (%)	63,6	92,8	66,6
Escolaridad media en años (DE)	12,5 (3,4)	13,4 (2,8)	14 (1,7)
Tiene pareja (%)	40,9	28,5	33,3
IMC ≥ 25 (%)	63,6	78,5	100

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El objetivo de este estudio fue explorar la prevalencia de fragilidad en una muestra de adultos mayores inscritos al SUAM en Guadalajara, Jalisco. La prevalencia de 7,7% obtenida en este trabajo es similar a la observada por García de Alba¹⁰ (7%) en población de la misma ciudad; por Jürschik Giménez y colaboradores⁴ (8,5%) en Lleida, España; por Kehler y colaboradores¹⁶ en Canadá (7,8%) y por Chen y colaboradores¹⁷ en Taiwán. Una de las limitaciones de este estudio fue el tamaño de la población estudiada, contando con tan solo 39 individuos. Además, dadas sus características sociodemográficas, es un grupo que se encuentra distanciado del grueso de la población mexicana.

Para Last,¹⁸ el nivel de salud de una persona es fuertemente influenciado por determinantes de la salud inscritos en su entorno, a saber: educación, estado socioeconómico, vivienda, tradiciones, costumbres, creencias, estructura familiar, etc., los cuales también están estrechamente relacionados entre sí. El estado socioeconómico es una forma de describir la posición de una persona en la sociedad y es comúnmente expresado utilizando criterios como ingresos, nivel educacional, ocupación y vivienda. En un estudio realizado por Manrique Espinoza y colaboradores¹⁹ se demostró que las personas que saben leer y escribir, y presentan un estado socioeconómico más alto son menos susceptibles a ser frágiles.

No obstante, existen disparidades entre el nivel educativo de los participantes en este estudio y los que conformaron las muestras de los realizados por García de Alba¹⁰ y Jürschik Giménez y colaboradores,⁴ con los que fue comparado. Esto podría apuntar a que la prevalencia de la fragilidad responde a una causa de orden generalizado como la exclusión cultural que existe hacia las personas de la tercera edad. Dada la dinámica socioeconómica actual, los

ancianos retirados encuentran dificultad para adaptarse a estos escenarios, lo cual les produce sensación de soledad y marginación social.²⁰ Atendiendo a esto, se ha observado que en los ancianos con sensación de soledad aumenta el riesgo de hábitos insalubres como alimentación inadecuada y una baja actividad física,^{21,22} lo cual es un criterio de fragilidad. Por lo tanto, la marginación cultural contribuye al desarrollo del síndrome de fragilidad; en el caso de nuestro estudio, encontramos que el 100% de los diagnosticados frágiles cuentan con el criterio de baja actividad física.

Es de notar también el hecho de que las mujeres son las más afectadas por el síndrome de fragilidad. Del total de pacientes diagnosticados frágiles, el 66,6% corresponde a mujeres en este trabajo. Los diferentes estudios citados anteriormente observaron cifras similares: Alvarado y colaboradores² 69,5%, Manrique Espinoza y colaboradores¹⁹ 54,2% y Ávila Funes y colaboradores¹² 77,2%. Una posible explicación es el hecho de que las mujeres son más longevas, situación que implica un mayor riesgo para fragilidad.

Respecto al IMC, no existe consenso sobre el papel que juega en el síndrome de fragilidad. Existen estudios como el de Blaum y colaboradores²³ que reportan una asociación significativa entre obesidad y fragilidad, misma que también fue observada en este estudio. Sin embargo, también se han encontrado resultados que sugieren que el síndrome de fragilidad está relacionado con la pérdida de peso.²⁴ Probablemente ambos extremos sean perjudiciales.

Conclusiones

Este estudio contribuye a la caracterización de la población adulta mayor del Sistema Universitario del Adulto Mayor en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, resaltando el nivel y las necesidades de salud de esta población. Se pretende

también hacer énfasis en el papel de los determinantes sociales, en este caso sobre la importancia de favorecer un entorno incluyente hacia los ancianos para la consecución de un envejecimiento saludable, así como la necesidad de hacer intervenciones específicas basadas en el género, ya que este síndrome afecta principalmente a mujeres. En un país como México, donde el envejecimiento demográfico está en marcha, la fragilidad representa un problema actual y venidero en la salud pública mexicana que requiere atención inmediata. Los adultos mayores utilizan los servicios de atención primaria 4 veces más que los demás grupos etarios, estadística que nos ayuda a identificar el mejor sitio para aplicar estrategias como la capacitación de médicos familiares en la prevención, el diagnóstico y atención oportuna de este síndrome geriátrico, así como la difusión de información sobre la

fragilidad y su proceso que concientice a la población sobre la relevancia de este síndrome.

Agradecimientos

Reconocemos el apoyo de Yajaira Gaytán, Karla Gómez, Tania Fernández, Betzarya Carretero y Flor Daza en el proceso de toma de medidas antropométricas y aplicación de cuestionarios.

Dr. Javier Eduardo García de Alba García

Correo electrónico: javier.garciaal@imss.gob.mx

Dirección: Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y en Servicios de Salud, Centro Médico Nacional de Occidente, Belisario Domínguez 1000 Col. Independencia CP: 44270. Teléfono: 3668 30 00 Ext. 31818

Referencias bibliográficas

1. Ávila-Funes JA, Aguilar-Navarro S, Melano-Carranza E. *La fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la geriatría. La visión biológica*. Gac Med Méx 2008;144:255-262.
2. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Beland F, Bamvita JM. *Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008; 63(12):1399-1406.
3. Ensrud KE, Ewing SK, Cawthon PP, Fink HA, Taylor BC, Cauley JA. *Osteoporotic fractures in men research group (2009). A comparison of frailty indexes for the prediction of falls, disability, fractures, and mortality in older men*. J Am Geriatr Soc 2009;57:492-498.
4. Jürschik-Giménez P, Escobar-Bravo MÁ, Nuin-Orrio C, Botigué-Satorra T. *Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto*. Aten Primaria. 2011;43(4):190-6.
5. Fried LP, Hadley EC, Walston JD, Newman A, Guralnik JM, Studenski S, et al. *From bedside to bench: research agenda for frailty*. Sci Aging Knowledge Environ 2005;2005:pe24.
6. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59:255-263.
7. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, et al. *Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults*. J Am Geriatr Soc 2006;54:991-1001.
8. Zúñiga-Herrera E, García JE. *El envejecimiento demográfico en México: Principales tendencias y características*. Consejo de Población del Estado de México. Horizontes, 2008;13:93-100.
9. Ávila-Funes JA, Gray-Donald K, Payette H. *Medición de las capacidades físicas de adultos mayores de Quebec: un análisis secundario del estudio NuAge*. Salud Pública Mex 2006;48:446-454.
10. García De Alba-García JE, Barrera-Padilla IB. *El síndrome de fragilidad, ¿un estado crónico de la vida?* Boletín UISESS. 2011;2:8-10.
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottsdiner J, et al. *Frailty in older adults evidence for a phenotype*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-M157.
12. Ávila-Funes JA, Helmer C, Amieva H, Barberger-Gateau P, Le Goff M, Ritchie K, et al. *Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008;63:1089—96.
13. Guigoz Y. *The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature—What does it tell us?* J Nutr Health Aging. 2006;10:466-485
14. Radloff LS. *The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population*. Appl Psychol Meas. 1997;1:385-401.
15. Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. *The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): development and evaluation*. J Clin Epidemiol. 1993;46:153—62.
16. Keller DS, Ferguson T, Stammers AN, Bohm C, Arora RC, Duhammel TA et al. *Prevalence of frailty in Canadians 18-79 years old in the Canadian Health Measures Survey*. BMC Geriatrics [Internet]. 2017 [Consultado 5 Feb 2018]; 17(28). Disponible en: <https://bmcbiomedcentral.com>
17. Chen L-J, Chen C-Y, Lue B-H, Tseng M-Y, Wu S-C. *Prevalence and associated factor of frailty among elderly people in Taiwan*.

18. Last JM: Social and behavioral determinants of health. En Last JM: Public health and human ecology. 2nd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1998, pp. 231-268.
19. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Salgado de Nyder N, Moreno-Tamayo K, Gutiérrez-Robledo LM, Ávila-Funes JA. *Frailty and social vulnerability in Mexican deprived and rural settings*. Journal of Aging and Health 2015;53:1-13.
20. Agewell Foundation. *Agewell Study on Isolation in Old Age*. Agewell Research & Advocacy Centre 2010;2(21).
21. Gené-Badia et al. *Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?* Aten Primaria. 2016;48(9):604-609.
22. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. *Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis*. Gerontology. 2016;62:443-449.
23. Blaum CS, Xue QL, Michelon E, Semba RD, Fried LP. *The association between obesity and the frailty syndrome in older women: the Women's Health and Aging Studies*. J Am Geriatr Soc 2005;53(6):927-34.
24. Bonnefoy, M., Berrut, G., Lesourd, B. et al. *Frailty and nutrition: searching for evidence*. The Journal of Nutrition, Health & Aging 2015;19(3):250-257.

Experiencias laborales significativas en trabajadores de plataformas petroleras del Golfo de México en 2014-2015

Sibaja-Terán B. (1), Soltero Avelar R. (2), Torres-López T.M. (2)

(1) Psicóloga. Estudiante del Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Docente de la Maestría en Ciencias en Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, (2) Coordinadora y Docentes del Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo, Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara, México.

Resumen

El objetivo de la investigación fue explorar las experiencias laborales de los trabajadores de plataformas petroleras del Golfo de México. Es un estudio cualitativo con fundamento fenomenológico para registrar las opiniones sobre las vivencias gratas/no gratas, creencias, costumbres, sentimientos y emociones de once trabajadores de instalaciones de producción y perforación que se obtuvo a través de entrevistas a profundidad efectuadas en el periodo de abril 2014 hasta abril 2015 bajo consentimiento informado y participación de forma voluntaria. El análisis de los datos fue por medio de estudio de casos y análisis fenomenológico (descripción, reducción e interpretación) que implicó la codificación de palabras, clasificación de familias de códigos y construcción de conceptos desde la percepción de los trabajadores. Se halló que las experiencias laborales significativas fueron los pensamientos anticipados para llegar a la plataforma, el sentido de alerta constante como mecanismo para oponerse a los riesgos laborales, la incertidumbre del día de bajada, las añoranzas sobre el pasado-presente y las convivencias durante su estancia laboral.

Palabras clave: percepción, condiciones de trabajo, trabajadores, industria del petróleo, investigación cualitativa.

Abstract

The aim of this research was to explore the labor experiences of oil rig workers in the Gulf of Mexico. It is a qualitative study with phenomenological fundamental to register opinions on the pleasant/unpleasant experiences, beliefs, customs, feelings and emotions of eleven workers of oil production and drilling that were obtained by means of in-depth interviews realized in the period since April 2014 to April 2015, under

voluntary consent and participation. The analysis of the data was by case study and phenomenological analysis (description, reduction and interpretation) that involved the word coding, classification of family of codes and construction of concepts from the perception of the workers. It was found that the significant work experiences were the anticipated thoughts to arrive at the platform, the constant alertness as a mechanism to oppose to the labor risks, the uncertainty of the day of descent, the yearnings about the past present and the coexistence during its work stay.

Keywords: perception, working conditions, workers, petroleum industry, qualitative research

Introducción

Las plataformas petroleras son catalogadas como peligrosas y de baja probabilidad de ocurrencia de explosiones, sin embargo, cuando sucede un evento, estos son catastróficos incluyendo pérdidas humanas^{1,2}. En ellas, los trabajadores se exponen a riesgos físicos, químicos, biológicos, mecánicos y ergonómicos.³

Adicionalmente, existen factores psicosociales que deben incluirse en el análisis de las condiciones de trabajo,^{4,5} debido a que en la trayectoria profesional surgen momentos agradables y desagradables^{6,7} tales como separación de sus familiares, pérdida del empleo, nuevas formas de contratación, entre otros⁸. En México, se ha hecho un esfuerzo en el aspecto legal por vigilar el bienestar de los trabajadores en general, como, por ejemplo, el proyecto de norma NOM-035-STPS-2016, sin embargo, es importante enfatizar que, en el trabajo de plataformas petroleras, requiere reglamentos específicos para esta población trabajadora.

Una alternativa para conocer su vida laboral es a través de estudios que permitan escuchar las propias experiencias y vivencias de los trabajadores para poder contextualizar las exigencias laborales a las cuales están expuestos que servirán posteriormente en la determinación de los perfiles de riesgos según el puesto de trabajo, lo que ayudará a establecer medidas de control.

A través de las experiencias laborales se pudo conocer las inquietudes, los recuerdos representativos de la vida laboral, las expectativas de trabajar en una plataforma y los lazos de amistad que establecen en situaciones de urgencias en los trabajadores de la industria del petróleo, especialmente en las plataformas petroleras marinas, también llamados de costa afuera.

Con el registro de las experiencias laborales se obtuvo información sobre las condiciones de trabajo y al mismo tiempo permitió conocer el contexto laboral, las semejanzas y diferencias entre los actores sociales, como van construyendo una imagen de su espacio a través de sus vivencias y recuerdos significativos. Las experiencias de la vida cotidiana (mundo de vida) como lo expresaba Merleau-Ponty⁹ disponen de un antes y un después, que incluye una temporalidad, que en función de lo que necesita el actor social se sitúa y explica las cosas de las que lo rodea. “Es a través de la experiencia que constituye un mundo circundante, común y comunicativo. El mundo de la vida cotidiana es, por consiguiente, la realidad fundamental y eminente del hombre”.¹⁰

En campo de la salud ocupacional, es necesario considerar el registro de las esencias de la percepción y de la conciencia¹¹ de los trabajadores porque permite reflexionar sobre la subjetividad de los actores sociales a través de la vida cotidiana. El estudio de la cotidianidad en el campo de las ciencias humanas rescata las costumbres, formas de vida, prácticas sociales que le dan sentido a los testimonios recopilados, pues abarca en un tiempo y espacio su realidad, que lo convierte en única e irrepetible como lo expresan Berger & Luckmann.¹²

Las experiencias vividas en el trabajo fortalecen el conocimiento en la salud ocupacional de los trabajadores de plataformas marinas, por ejemplo, en México, Del Pino¹³ identificó cinco factores generadores de estrés: ambiente físico, individual, grupal, organizacional y extra-organizacional, en el que concluyó que las plataformas marinas son un alto riesgo debido a las condiciones adversas, al entorno de trabajo y las convivencias.

Por otro lado, Contreras¹⁴ señaló que los trabajadores de una instalación petrolera del Golfo de México poseen

características como entusiasmo, inspiración, reto, energía y resiliencia mental mientras llevaban a cabo sus labores. Lo anterior generó la inquietud de conocer las experiencias desde la perspectiva del trabajador sobre las vivencias que marcaron su vida laboral.

Se asegura que existen modos de sufrimiento psíquico o de expresión de la enfermedad mental con lógicas construidas durante la vida del individuo marcados por los momentos significativos, positivos o negativos que él puede vivir y entre estos momentos está el trabajo,¹⁵ o que existe una relación entre las exigencias de trabajo, el proceso de trabajo y los efectos a la salud,¹⁶⁻¹⁸ por ejemplo, los síntomas cardiovasculares.¹⁹

También se afirma que la baja motivación y los conflictos laborales influyen para desencadenar un riesgo laboral de tipo psicológico, como es el desgaste profesional y el consumo del alcohol,²⁰ que la presión laboral constante pone en mayor vulnerabilidad para sufrir daños a la salud (estrés laboral y otros efectos psicológicos),^{13, 14} por consiguiente, se puede inferir que el estudio de las condiciones laborales y los diferentes riesgos en el trabajo de plataformas petroleras impactan en la salud de los trabajadores,²¹⁻²³ al observar que los trabajadores se desenvuelven exclusivamente en el trabajo “plataformero” y al terminar su estancia retornan a su residencia para incorporarse a su vida personal, generan adaptaciones constantes que pueden ser experimentadas desde distintas posturas porque a pesar de que es una misma industria, con puestos de trabajo similares, las percepciones laborales se viven individualmente.

Los intereses de los especialistas en salud ocupacional en mejorar la vida laboral del trabajo en alta mar dejan poco claro todas las inquietudes de promoción, prevención e intervención que requieren tales trabajadores, por lo tanto, es importante aumentar el número de estudios para conocer sus expectativas de vida-trabajo, lo que se consideró como objetivo de la investigación, explorar las experiencias laborales de los trabajadores de plataformas petroleras del Golfo de México para conocer los momentos significativos que suceden en altamar, las motivaciones y formas de enfrentar las condiciones de trabajo.

Metodología

Es un estudio cualitativo, exploratorio con enfoque fenomenológico, que es propio para recuperar las creencias, costumbres, experiencias y anécdotas de los trabajadores de plataformas. La investigación se basó en el reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en materia

de Investigación para la Salud considerada sin riesgo de acuerdo con el artículo 16 inciso I y del Código Ético del Psicólogo.

Las características de los participantes contemplaban una antigüedad laboral mayor de un año, trabajar en una plataforma con estancias mayores de 14 días abordo sin regreso a tierra durante estos días y con períodos de descanso. Se consideraron trabajadores de plataformas dedicados a la perforación, mantenimiento, terminación y reparación de pozos petroleros, excluyendo a los trabajadores de plataformas petroleras terrestres y personal visitante. Las entrevistas se realizaron en el periodo de descanso o previo a la subida a plataformas.

En la Tabla 1 se observa que el estudio se realizó con once personas (diez hombres y una mujer) dedicadas al trabajo de plataformas petroleras marinas en el Golfo de México. Después de visitar las plataformas se identificaron once

personas que fueron los que por iniciativa contaban una experiencia de su trayectoria laboral, posteriormente se les hizo la invitación de forma personal en donde accedieron participar de forma voluntaria.

Nueve entrevistas se llevaron a cabo en Ciudad del Carmen, Tabasco, Matamoros, Tamaulipas, Dos Bocas Tabasco, dos de las entrevistas se realizaron la Ciudad de México. Los participantes tenían una edad entre 30 a 60 años; siete personas eran casadas, dos estaban en el proceso de divorcio y dos más eran solteras. Dos personas trabajaban en plataformas de producción, cuatro en plataformas semisumergibles de aguas ultraprofundas, cinco en plataformas autoelevables. Tres de los participantes tenían una jornada de 28 días a bordo por 28 días de descanso, cinco trabajaban 14 días a bordo por 14 días de descanso y tres personas estaban 14 días a bordo sin claridad del número de días de descanso.

Tabla 1. Características laborales y personales de los entrevistados

Código	Género	Edad	Estado civil	Puesto de trabajo	Antigüedad
GL	Femenino	44 años	Casada	Mesera	3 años
PC	Masculino	44 años	Soltero	Ingeniero de instrumentos	12 años
MM	Masculino	50 años	Casado	Ingeniero de instrumentos	15 años
PB	Masculino	44 años	En proceso de divorcio	Soldador	15 años
JL	Masculino	57 años	Casado	Médico	16 años
MX	Masculino	38 años	Casado	Ayudante de perforador piso rotaria	5 años
SM	Masculino	58 años	En proceso de divorcio	Interprete	16 años
MR	Masculino	39 años	Casado	Marinero	15 años
LS	Masculino	Sin datos	Casado	Operador de unidad de registro	8 años
AL	Masculino	Sin datos	Casado	Operador de unidad de registro	12 años
JO	Masculino	Sin datos	Soltero	Operador de unidad de registro	Sin datos

Fuente: Elaboración propia

Procedimiento

El primer acercamiento fue por motivos del desarrollo del Atlas de Riesgos de seis plataformas petroleras, en donde se identificaron a los trabajadores participantes, que a través de la convivencia se observaron y escucharon los relatos de su vida cotidiana, posteriormente se seleccionaron a los que tuvieron una descripción detallada de sus anécdotas laborales, se invitó de forma personalizada a

participar con autorización y consentimiento informado, así mismo se les explicó el motivo del estudio, resaltando la importancia de la contribución de sus narraciones.

Los trabajadores que aceptaron la invitación se entrevistaron en sesiones de dos horas aproximadamente por cada participante en sus respectivos descansos

en el periodo de abril 2014 a abril 2015, se utilizó una grabadora digital para las entrevistas y se usó una bitácora para agregar información de las observaciones, notas de campo y datos relevantes sobre el contexto del lugar de trabajo.

En la entrevista a profundidad con cada participante, se utilizó una guía con dos ejes temáticos principales: experiencias laborales y percepción de salud. En este artículo se presentó únicamente la perspectiva de las experiencias laborales. La pregunta de arranque fue ¿cómo llegó a trabajar en una plataforma? lo que motivó a escuchar y formular las futuras preguntas que se relacionaban con los momentos significativos de su vida laboral.

Posteriormente se transcribieron las entrevistas de forma textual en el programa Atlas.Ti® versión 8 y se analizaron los datos en tres fases según el método fenomenológico:

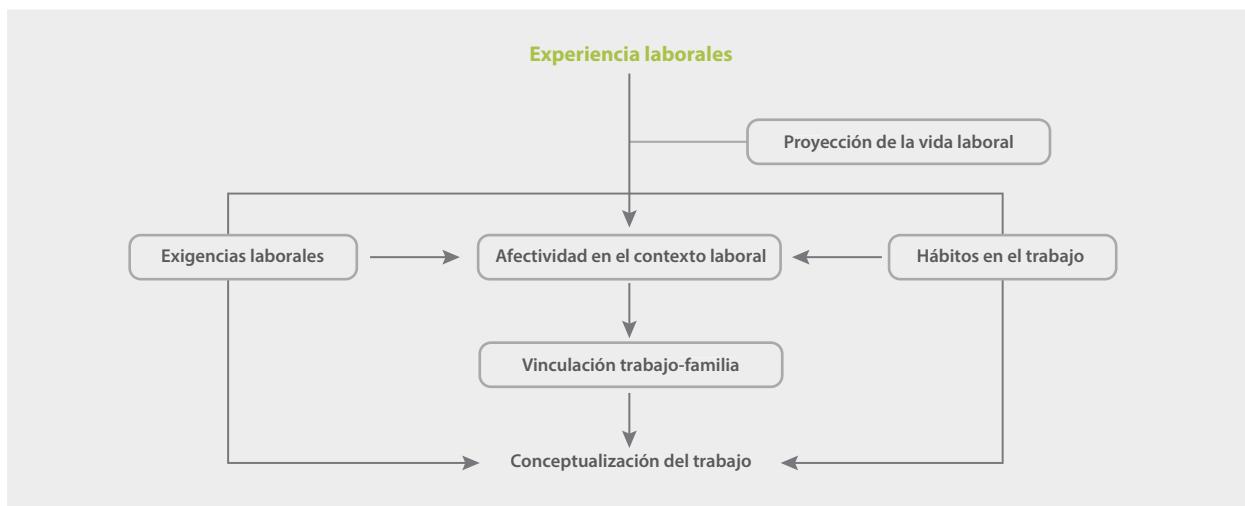
primero, se describieron las narraciones, segundo, se tematizó la información con énfasis en los temas principales, finalmente se interpretaron las narraciones a través de la codificación de las frases representativas sobre la vida laboral de los trabajadores.

La investigación se consideró sin riesgo y en estricto apego a los lineamientos de la sección 8.3 del Código Ético de la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés), del Código Ético del Psicólogo en México y según la Ley General de Salud, artículo 17 inciso I.

Hallazgos

Según el análisis de las narraciones, las experiencias laborales se clasificaron en seis dimensiones: conceptualización del trabajo en plataformas, exigencias laborales, hábitos en el trabajo, afectividad en el contexto laboral, proyección de la vida laboral y vinculación trabajo-familia (Figura 1).

Figura 1.
Dimensiones de las experiencias laborales



Conceptualización del trabajo en plataformas

Los trabajadores evidenciaron que los riesgos son parte de su trabajo como cualquier otro, que simboliza “una cárcel laboral” que quién decida quedarse debe tener un grado de locura para encerrarse en él: “yo lo considero mi segundo hogar” (Interprete); es nuestra primera casa porque aquí pasamos más tiempo” (Ingeniero de instrumentos); “para estar aquí, hay que tener un poquito de locura” (Médico).

Exigencias laborales. Independientemente de las funciones que demanda un puesto en la plataforma, los

trabajadores percibieron e interpretaron que por ser un lugar mayoritariamente de hombres deben utilizar sus recursos de control de emociones para no demostrar los momentos de flaqueza; “me tocó ver a gente que no se enteraron del simulacro...que se desesperó” (Ayudante de perforador piso rotaria); “una de las cosas que aprendí cuando empecé a trabajar en este negocio fue tener un temple de acero” (Marinero).

Hábitos en el trabajo. La diversidad de prácticas, actividades, nivel educativo entre los trabajadores se

refleja en las interacciones día a día, en las pausas, entre la jornada laboral hasta el día de la bajada. La inserción de las mujeres en el ambiente “plataformero” implicó un cambio de hábitos durante su jornada como en el descanso en la habitacional: “*aquí hay muchas formas de pensar... venimos de varias partes de la República (Soldador)*”, “*a veces si es algo incómodo tener una mujer en la habitación porque, pues, te tienes que cuidar más... pero también el ambiente se hace más agradable*” (Ingeniero de instrumentos).

Afectividad en el contexto laboral. El apoyo de los compañeros o los lazos de amistad formaron parte del recuerdo de los participantes debido a que se presentaron en momentos emergentes: “*en la primera catorcena me ayudó y ahorita estoy eternamente agradecido*” (Médico).

Proyección de la vida laboral. La planeación del tiempo que les queda para dedicarse al trabajo de plataformas lo visualizan como un medio que da oportunidad de retirarse antes del tiempo promedio de jubilación, por el hábito de ahorro o la remuneración de su empleo: “*a los 45 me estoy yendo, en seis años me retiro*” (Marinero).

Vinculación trabajo-familia. La nostalgia por estar lejos de la familia por dedicar tiempo completo al trabajo fue el motor para que los participantes continúen en plataformas y logren su objetivo de darles una mejor calidad de vida a sus seres queridos: “*mi esposa nunca estuvo de acuerdo con mi trabajo*” (Interprete); “*aquí la vida profesional de la ingeniería es la más alta pero el precio que tienes que pagar es con tu vida familiar o personal*” (Ingeniero de instrumentos); “*me gusta mi trabajo pero cuando llego a casa no pego ni un golpe porque disfruto de mi familia*” (Marinero).

Las experiencias significativas identificadas en los trabajadores de este estudio son: la exposición a paros de equipos, accidentes, incidentes, pérdida compañeros, de las cuales las habilidades personales y profesionales los salva o paraliza: estar en una plataforma fue vista por los trabajadores como un lugar donde las emociones y sentimientos son reservados; las redes de apoyo entre los compañeros fue un soporte para enfrentar el encierro laboral.

El aislamiento familiar implicó una lucha constante con el proceso de adaptación en los roles de su vida cotidiana (ser trabajador-proveedor) lo que puede generar un cansancio emocional. Los trabajadores viven un ritmo acelerado bajo la conciencia de que el tiempo que asignan al trabajo de plataformas les dará una

mejor calidad de vida. Las narraciones muestran que los trabajadores de plataformas manifiestan sentimientos positivos y negativos antes, durante y después de su estancia laboral.

Se identificó una resiliencia por encontrar el lado positivo ante un evento trágico, lo que sería favorable en futuras investigaciones reforzar si tal percepción se da en puestos con menor nivel jerárquicos o los que tienen poca autonomía para desarrollar su trabajo, pues los participantes de esta investigación son puestos claves dentro la etapa de producción o perforación, con excepción de la mesera que recibe órdenes de distintos jefes. Los sentimientos experimentados son frustración por no resolver un problema, ansiedad por el tiempo, angustia por la sobrevivencia en alta mar, estrés por la presión del tiempo y añoranzas por la vida familiar.

Discusión

Los aspectos positivos observados son la satisfacción y el orgullo de trabajar en una plataforma similares a las características que se identificaron en la investigación de Contreras¹⁴. Las coincidencias con Del Pino¹³ se observaron en la existencia de condiciones deshumanizadas, factores de alto riesgo y limitaciones en los derechos a la protección de la salud de estos trabajadores que no favorecen una vida laboral.

Existen similitudes con los estudios de Parkers²⁶ y Nielsen²⁷ en que los trabajadores conocen los riesgos de su lugar de trabajo y los peligros a los que se enfrentan, inferencia que se da por el dominio y manejo de los conceptos de las medidas de seguridad para protegerse ante tales exposiciones, sin embargo, es necesario incluir la opinión de los trabajadores de recién ingreso, considerando que en este estudio la antigüedad mínima fue de 3 años y máxima de 16.

La aportación del estudio fue registrar las vivencias, experiencias, opiniones, costumbres que son significativas para el trabajador lo que ayudará a futuras investigaciones en la contextualización de que cada instalación es única, que los trabajadores son distintos por lo tanto un programa de intervención deberá estructurarse según las características del entorno laboral y de las inquietudes de los trabajadores.

El enfoque teórico fenomenológico fue ideal para darle una calidez humana a las narraciones, sin embargo, se reconoce las limitaciones sobre el uso de generalizaciones o interpretaciones que puedan aplicarse en otros espacios.

Conclusiones

El acercamiento a los trabajadores por medio del método fenomenológico dio respuestas acerca de su contexto laboral desde una perspectiva humanista, lo que confirma la necesidad de incluir su participación en futuras investigaciones. Los testimonios mostraron una mezcla de creencias y costumbres que formaron su identidad laboral, una adaptación a espacios donde la falta de privacidad se permea en los pasillos y dormitorios. Es un lugar con hechos impredecibles donde “todo” puede pasar, desde las experiencias con toques de humor hasta historias trágicas que enfrentar.

El trabajo de plataformas marinas desde la perspectiva de los trabajadores exige una inhibición de sus emociones que los mantenga en “alerta” para asegurar una vida larga, esquivar los riesgos y aguantar los días a bordo para lograr sus planes a futuro, como si fuera un equipo de protección personal más efectivo que el que se conoce en el área laboral. La lucha constante con el tiempo se dividió en tres momentos: antes, durante y después de la estancia en la plataforma lo que genera una incertidumbre en este tipo de trabajo.

Las añoranzas por el tiempo perdido, por no atender los compromisos familiares y las inquietudes de romper con la monotonía laboral en la plataforma no han sido atendidas hasta el momento por las empresas contratantes. Las opiniones de los trabajadores

son fundamentales para contextualizar un lugar de trabajo si la intención es generar cambios en las organizaciones.

Escuchar lo que dicen y lo que no dicen da una claridad de sus necesidades y de lo que es urgente de atención. Las experiencias de los participantes en este estudio son un reflejo de 15 mil trabajadores²⁸ o más, que entregan una parte de su vida a un sector influyente en México sobre la urgencia de un nivel de vida más digno para el trabajador, de mejorar sus condiciones laborales, la inclusión de la familia en su trabajo y de derechos que protejan su rol en el trabajo de alta mar.

Correspondencia:

Beatriz Sibaja Terán

Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS)

Departamento de Salud Pública

Universidad de Guadalajara

Sierra Mojada no. 950, Edificio N Puerta 1, Col. Independencia.
44340, Guadalajara, Jalisco, México. 42 (33) 1058 5200

Correo: bettysibaja@gmail.com

Agradecimientos

Los autores agradecen a los participantes y organizaciones el acceso a sus instalaciones que por acuerdos de confidencialidad se omiten sus nombres de las compañías contratantes, de las plataformas petroleras, como de los trabajadores.

Referencias bibliográficas

1. Parkes, K. R. *Work environment, overtime and sleep offshore personnel*. Accident Analysis and Prevention; 2015. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2015.11.022>.
2. Kongsvik, T., Haavik, T. & Gjosund, G. G. *Participatory safety barrier analysis: a case from the offshore maritime industry*. Journal of Risk Research, 2014; (17): 161-175.
3. Magnago, C. Domingos, L.M.G., Santos, P.R. Carvalho, E.C., Noronha, N.H. *Notices for hiring offshore security and medical professionals: a documental analysis*. Online Brazil Journal of Nursing, 2013; 12, 555-564. Recuperado de <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4417>.
4. Secretaría de Gobernación. *Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo*, 2014. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5368114&fecha=13/11/2014
5. Secretaría de Trabajo y Previsión Social. *Proyecto de NOM-035-STPS-2016*. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5458430&fecha=26/10/2016
6. Hystand, S.W., Bartone, P.T. & Eid, J. *Positive organizational behavior and safety in the offshore oil industry: Exploring the determinants of positive safety climate*. The Journal of Positive Psychology, 2013; (9), 42-53.
7. Moura, J., Mendes, A., Fernandes, L. *Esstresse psicosocial no trabalho e o padrão de consumo de álcool em trabalhadores offshore*. Cadernos de Saúde Pública. 2017; (33), 1-7. Doi 10.1590/0102-311Xe00116616
8. Agencia EFE. *Empleados de plataformas petroleras, el alma de un sector de crisis de México*. Edición América, 15-abril-2016; Disponible en <https://www.efe.com/efe/america/mexico/empleados-de-plataformas-petroleras-el-alma-un-sector-en-crisis-mexico/50000545-2897441>
9. Merleau-Ponty, M. *Phenomenology of perception*. London and New York: Ed. Gallimard; 1945.
10. Schutz, A. & Luckmann, T. *Las estructuras del mundo de la vida*, Amarrort Editores, Buenos Aires; 1973.

11. Merleau-Ponty, M. *El mundo de la percepción*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires Argentina; 2002.
12. Berger, P. & Luckmann, T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu; 1986.
13. Del Pino, R. *Diagnóstico integral y propuestas organizacionales para la administración estratégica del estrés laboral en plataformas petroleras marinas de la Sonda de Campeche, México*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de México, México; 2005.
14. Contreras, C.A. *Determinación del nivel de engagement laboral en trabajadores de una planta de producción de petróleo y gas costa afuera en México*. Ciencia & Trabajo. 2015; (17): 37-42.
15. Coehlo, J.J. *Estrés y alienación en salud mental y trabajo*. Salud Problema. 2006; (11): 17-25.
16. Gil-Monte, P.R. *Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública*. Revista Española de Salud Pública. 2009; (83): 169-173.
17. Pando, M. *Factores psicosociales y salud mental en el trabajo*. Universidad de Guadalajara, México. 2006: 68-86.
18. Martínez, S. *Proceso de trabajo y salud mental*. Área medular de la psicología del trabajo. Salud Problema. 2000; (8): 73-80.
19. Juárez, A. *Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México*. Salud Pública. 2008; (49): 109-117.
20. González, E.I., & Pérez, E. *Factores de riesgo laboral y la salud mental en trabajadores de la salud*. Psicología Iberoamericana. 2011; (19): 67-99.
21. Selye, H. *A syndrome produced by diverse cocuous agents*. Nature, 1936; 138: 32.
22. Karasek, R. T. & Theorell, T. T. *Healthy Works Stress, Productivity and the Reconstruction of working life*. 1990.
23. Fernández, R. *La catástrofe de la plataforma Deepwater Horizon: el coste de una irresponsabilidad*. Diario Responsable. [Fecha de acceso: 04 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.diarioresponsable.com/reputacion/gestion/16097-rse-catastrofe-deepwater-horizonirresponsabilidad.html>.
24. Pérez, A. L. *La tragedia de la plataforma Usumacinta*. Diario Contralínea. 01 Nov 2009; Disponible en: <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2009/11/01/la-tragedia-de-la-plataforma-usumacinta/>
25. Sandoval, J. & Richard, M.P. *La salud mental en México*. México: Servicios de Investigación y Análisis, División de Política Social, Cámara de Diputados. 2005. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
26. Parkes, K. R., Carnell, S. C., & Farmer, E. L. *'LIVING TWO LIVES' Perceptions, attitudes and experiences of spouses of UK offshore workers*. Community, Work and Family. 2005; (4), 413-437.
27. Nielsen, M. B., Glasø, L., Matthiesen, S. B., Eid, J., & Einarsen, S. *Bullying and risk-perception as health hazards on oil rigs*. Journal of Managerial Psychology. 2013; (4), 367-383.
28. Santana, R. *Pemex evacúa a 15 mil trabajadores de sonda de Campeche*. Revista Proceso. 21 de octubre de 2014.

Artículo original

El autismo infantil y la falta de sostenimiento emocional Estudio de caso

De la Fuente-Rocha E.

Dr. en Psic. Profesor-Investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
Departamento de Educación y Comunicación. División de Ciencias Sociales y Humanidades.

Resumen

El objetivo de este trabajo es el de analizar un estudio caso específico que muestre la relación que existe entre la falta de sostenimiento emocional materno y la generación de un quiebre psicótico autista. Se trabajó durante doce sesiones terapéuticas con un niño autista de diez años de edad, sustentando el trabajo en la teoría psicoanalítica de Margaret Mahler. Se utilizó una metodología de investigación cualitativa dentro de los estudios narrativos analizando un estudio de caso, tomando como categorías de análisis: problemas de comunicación, de socialización, problemas cognitivos; teniendo como eje de estudio la falta de sostenimiento emocional de la madre del infante. El análisis de este caso mostró el déficit profundo de sostenimiento emocional por parte de la madre y su contribución al desarrollo autístico en el hijo. Se concluye que la madre no puede aportar el sostenimiento emocional pues en ella misma está escindido.

Palabras clave: autismo, infancia, sostenimiento emocional

Abstract

The main object of this work is to analyze a case that presents the relation between the lack of emotional sustainability and the generation of a psychotic break in a specific case. The work has been done during nine therapeutic sessions with a ten-year-old autistic child, the work is based in the psychoanalytic theory of Margaret Mahler. A qualitative research methodology was used within narrative studies to analyze a case, having as analysis categories the issues with communication, socialization, and cognitive problems; having like axis of study the lack of emotional support of the mother of the infant. The case analysis proves the deep deficit of emotional support on the part of the mother and her contribution to the autistic development in the child. It is concluded that the mother can not provide emotional support because she herself is split.

Key words: autism, childhood, emotional support

Introducción

Algunos trastornos de la salud mental

El informe sobre la salud mental hecho en España en 2008¹ dice que entre un 10% y un 20% de niños y adolescentes sufre algún trastorno de salud mental, de los cuales solamente la quinta parte son diagnosticados de manera adecuada. En Brasil en niños de entre 7 y 14 años la prevalencia es de 12.7%, En Canadá, entre los 4 y los 16 años, los niños que presentan trastornos de este tipo son el 18.1%. En Alemania las edades están entre los 12 y los 15 años, con un 20.7% de prevalencia. En Suiza la prevalencia es de 22.5% en niños desde 1 hasta 15 años.

Mientras que en Estados Unidos es de 21% en edades de los 9 a los 17 años. De acuerdo con el DSM-V, en este mismo país y en algunos otros el trastorno del espectro autista se presenta en el 1% de la población.

Entre los trastornos de la salud mental en niños y adolescentes destacan por su gravedad las psicosis. Existen diferentes tipos de psicosis infantil entre las que se encuentran la psicosis simbiótica, la esquizofrenia y el autismo. Pollock² dice que Mahler considera que la psicosis

simbiótica se presenta alrededor de los tres o cuatro años de edad aproximadamente o en la culminación del Edipo. En este tipo de psicosis, la representación mental de la madre no está separada del yo del niño; esto implica que cuando el niño es enfrentado a una separación de ella, su omnipotencia simbiótica se ve amenazada y reacciona con pánico. La esquizofrenia es muy poco frecuente en los niños, generalmente se presenta hasta la adolescencia. Los síntomas que se presentan en la infancia suelen ser muy similares a los del autismo; la esquizofrenia se puede diferenciar a medida que el niño crece porque sus síntomas se van pareciendo más a los de la esquizofrenia en adultos.

Autismo

El autismo o trastorno del espectro autista, como se le llama actualmente, es definido en el DSM-V como un trastorno en el que existe un deterioro de la comunicación e interacción social, así como de los patrones de conducta, actividades repetitivas. Ello se presenta durante la primera infancia y tiende a limitar notablemente el funcionamiento cotidiano del niño. El término de autismo fue acuñado por Bleuer, quien lo usó para describir "... a individuos completamente absortos en sus propias experiencias interiores con la consiguiente pérdida de cualquier interés por la realidad externa, las cosas y los otros".³

En el correcto desarrollo del niño, la madre ocupa un papel fundamental; en ello coinciden varios teóricos como Mahler y Winnicott. De acuerdo con Guerra,⁴ este último autor dice que la madre buena es la que responde a la omnipotencia del niño repetidamente, logrando así que, al cumplir estas expresiones omnipotentes, se fortalezca el verdadero ser. Cuando no es una madre buena, ella es incapaz de responder a estas expresiones del bebé y en lugar de responderle el gesto del niño, coloca el gesto propio. Ello afectará al pequeño dependiendo del acatamiento a tal gesto. Así es como empieza a formarse un self falso, dotando al individuo de un sentimiento de vacío permanente, puesto que no se da una verdadera instauración del yo.

"Por mediación de este ser falso el pequeño se construye un juego de relaciones falsas y por medio de introyecciones llega incluso a adquirir una ficción de realidad, de tal manera que el pequeño, al crecer,

no sea más que una copia de la madre, niñera, tía, hermano, o quien sea que domine la situación entonces" [4, p. 38].

El objetivo de este trabajo es el de analizar un caso que muestre la relación que existe entre la falta de sostenimiento emocional materno y la generación de un quiebre psicótico autista¹ del niño, en el caso aquí presentado. Ello nos lleva a la siguiente pregunta de investigación:

¿La falta de sostenimiento emocional² materno es un factor importante en el quiebre psicótico autista en el caso presentado?

Otras preguntas relacionadas con el caso, pueden ser:

- ¿la madre al no sostener emocionalmente al hijo, lo agrede?
- ¿cómo manejó el sujeto del caso sus pulsiones agresivas?
- ¿la madre, en este estudio de caso, tiene o ha escindido en sí misma su capacidad de dar sostenimiento emocional?

Metodología

Para dar respuesta a los cuestionamientos antes planteados se realizó un estudio de caso que se basa en una metodología de investigación cualitativa con un diseño narrativo,⁵ basado en un proceso psicoterapéutico breve que permitió sustentar el siguiente estudio de caso, de esta forma se puede coadyuvar a generar conocimiento, ampliar la comprensión y facilitar la acción del fenómeno autístico, en forma modesta sin pretender generalizar los resultados, pues este tipo de investigación, se sustenta en un estudio de caso.

Los resultados de este análisis no pretenden, como ya se mencionó, dar conclusiones generales para todos los casos de autismo. Sólo se busca informar acerca de los hallazgos de este caso. Los datos relativos al sujeto de estudio, por ética, se mantienen en la confidencialidad para protección del interesado.

1. Se entenderá como quiebre psicótico autista, de acuerdo con Eugen Bleuler, el inicio de "el repliegue psicótico del sujeto en su mundo interior y una ausencia de todo contacto con el exterior, que puede llegar hasta el mutismo. [6, p.74]

2. Se entenderá para este trabajo como sostenimiento emocional el concepto de Donald Winnicott llamado "holding" por el que la madre sirve "como un [contenedor] para las ansiedades del niño, sustituyendo una especie de espacio (holding environment), en el que el niño se siente acogido, apoyado, tranquilizado y alentado en sus primeras expresiones de sí mismo". [7, p.61]

Se trabajó durante doce sesiones terapéuticas con un niño autista de diez años de edad, sustentando el trabajo en la teoría psicoanalítica de Margaret Mahler. Se utilizó una metodología de investigación cualitativa dentro de los estudios narrativos analizando un estudio de caso, tomando como categorías de análisis: problemas de comunicación, de socialización, problemas cognitivos; teniendo como eje de estudio la falta de sostenimiento emocional de la madre del infante. El análisis de este caso mostró el déficit profundo de sostenimiento emocional por parte de la madre y su contribución al desarrollo autístico en el hijo.

A continuación se hace un análisis meticuloso de los datos para así obtener conceptos y encontrar las relaciones entre ellos.

Descripción del caso³

El sujeto de estudio es un niño de 10 años de edad, nacido en Francia, al que por motivos de confidencialidad se le dará el nombre de Bruno. Actualmente vive en Canadá con su familia. Es alto, delgado, de tez blanca, ojos grandes de color café, pelo corto castaño. Cursa el quinto año de primaria en una escuela de necesidades especiales. Su plan de estudios académico es diferente de las habilidades apropiadas para la edad. Está aprendiendo más habilidades para la vida, así como terapia del habla, terapia ocupacional, educación física, música, estudios sociales, lectura en la computadora (tocando imágenes), etc. Bruno está académicamente más atrasado que los niños de su edad en todas las materias.

El motivo de consulta es que el niño dejó de hablar a la edad de 4 años. Antes de esa edad él se relacionaba y hablaba perfectamente de acuerdo a su edad. Se le realizaron estudios médicos que descartaron que su alteración tenga un origen fisiológico. Fue la tía del infante quien puso en contacto a la madre con la terapeuta.

La familia del niño está compuesta de la siguiente manera: el papá, quién es un hombre de origen europeo. Se le describe como una persona tímida. La madre, hija de un diplomático. Durante su infancia y juventud vivió en muchos países debido al trabajo de su padre; ella menciona que siempre le costó trabajo adaptarse. Es una mujer trabajadora, atlética, extrovertida, exigente y

controladora. El hermano menor de Bruno es un niño de seis años de edad a quien la tía describe como inquieto, demandante y con falta de límites, esto debido a que el pequeño “hace lo que quiere”.

Inteligencia: Va en una escuela que no sigue un programa educativo oficial, sino que les enseñan a ser funcionales y les dan terapia de lenguaje. La madre dice que él está más retrasado que los niños de su edad.

Capacidad de abstracción: Parece que presta atención a cuentos o historias que se han tratado de hacer durante las sesiones. Presta más atención a estímulos inmediatos corporales como comer su botana, usar los papeles que ve para rayar, anotar las letras de su nombre, sentir la suavidad de la piel de borrego, taparse y sentir las cobijas o escuchar la música.

Organización del pensamiento: Por lo que se observa según lo que hace, es disperso.

Emoción: Con la música o cuando se acuesta y toma las cobijas se emociona mucho, se comporta excitado y comienza a moverse ansiosamente y se ríe de manera descontrolada. Puede comenzar a hacer manotazos en el piso y saltar. En otros momentos cuando ya quiere cambiar de actividad o se siente listo para terminar comienza a dar manotazos como ansioso.

Humor o afecto fundamental: Muestra un enojo hacia el hermano menor, por haber llegado a ocupar toda la atención de la familia y hacia la madre por los diferentes abandonos. Esconde todo lo que raya, arranca y arruga cuando expresa su enojo, lo cual podría estar asociado a la culpa.

Comunicación: De acuerdo a la descripción de la madre, Bruno se comunica tomándola de su mano e indicando qué quiere, o por medio de su Tablet en la escuela, donde tiene dibujos de actividades o estados de ánimo. La Tablet no la quiso usar en la terapia, salvo en la ocasión en que se le contó un cuento.

Manejo del lenguaje: No habla. El sonido que emite es muy débil si se le pide que responda con alguna de las pocas palabras que, según la mamá él puede decir. En cambio, cuando se ríe o se emociona el sonido que emite es muy fuerte.

3. Los nombres y algunos datos del caso fueron cambiados para la protección del sujeto de estudio y de su familia.



Otros familiares cercanos a Bruno son: La tía (hermana menor de la madre). Es una mujer muy atlética. Ella dice que es la única que le hace caso al hermano menor de Bruno y le pone límites. Ha hablado con los padres de los menores para decirles que es necesario tener un balance en el trato de ambos niños, pero no le hacen caso. La abuela materna, quien se encarga del cuidado de los menores, los lleva a la escuela y funge como madre sustituta. Es muy controladora con Bruno, continuamente le increpa con un NO, mientras que con el hermano menor le deja hacer lo que quiera.

Bruno nació el 19 de marzo de 2007 en Francia. La madre comentó que después de su matrimonio pasaron varios años antes de que decidiera embarazarse. Cuando finalmente la pareja decidió tener un hijo, el embarazo no se dio de inmediato. De acuerdo a la narración de la madre, al ser Bruno el primer hijo y el primer nieto, fue tratado como un príncipe a quien deseó mucho y le dio todo el cariño y los cuidados necesarios. Durante sus primeros años de vida, Bruno fue enviado por su madre a vivir con sus abuelos a Europa. En la primera ocasión, en 2008, cuando el pequeño tenía un año de edad, fue enviado con los abuelos por cinco meses. En 2009 fue enviado nuevamente por cinco meses a Europa, tenía dos años de edad. En julio de 2010, a la edad de tres años, Bruno fue a un campamento que duró tres semanas; a su regreso empezó a presentar timidez. El niño lo comentaba diciendo: "me siento tímido". A partir de entonces el pequeño se fue mostrando cada vez más tímido e inseguro. Empezó a mezclar palabras en los diferentes idiomas que conoce.

La madre comenta que ya no quiso enviar a Bruno con los abuelos sólo por tercera ocasión (a los tres años) porque sentía que se estaba perdiendo partes importantes del crecimiento de su hijo, así que decidió hacer el viaje con él. Es durante este tercer viaje que la madre dice haberse dado cuenta del inicio del problema de Bruno. Comenta que no hubo cambios en su conducta después del primer viaje ni en el segundo, que fue hasta el 2010 (después del campamento) que notó que hablaba menos. Todos pensaron que como ya tenía 3 años, ya estaba más consciente del mundo y se estaba haciendo más tímido como su papá.

Se le cuestionó a la madre si había sucedido algo al tiempo que iniciaron los síntomas de Bruno, ella comentó que

no había nada diferente en su entorno en ese tiempo. La terapeuta hace el señalamiento que debido a la edad del hijo menor, pues su concepción coincide con el tiempo en el que se empezaron a manifestar los síntomas (el hijo menor nació en el verano de 2011). La madre responde que Bruno dejó de hablar antes de que ella se embarazara por segunda vez y que este segundo embarazo fue muy positivo y con el fin de ayudar al hijo mayor con su problema, ya que un hermano le haría compañía. Sin embargo, aun después del nacimiento del menor, continuaron los síntomas en el mayor. No obstante, al contrastar la fecha del nacimiento del hijo menor, ella se embarazó cuando Bruno tenía tres años, justo cuando empezó a mostrar los primeros síntomas, lo cual difiere con la narración de la madre.

A la edad de tres años, Bruno es descrito por la madre como un niño extrovertido y sin dificultades para relacionarse. Muestra de ello es un video del pequeño a esa edad en el que se le observa platicando y jugando con otro niño de manera normal. Una vez que se presentó el primer síntoma, timidez, Bruno hablaba cada vez menos. Actualmente habla únicamente con monosílabos y su voz es muy débil, por esta razón sus familiares dicen que tiene Apraxia.⁴ Solamente puede escribir su nombre correctamente, si escribe otras palabras es porque alguien le dicta y porque conoce todas las letras, sin dictado no puede escribir ni palabras sencillas como "dog", o "walk". Durante la terapia, el pequeño mostró ansiedad. Constantemente se levantaba de su asiento, brincaba e imitaba una especie de baile. Rayoneaba hasta agotar las hojas disponibles en el consultorio, eligiendo hojas grandes y pequeñas. Posteriormente arrugaba y tiraba las hojas pequeñas y ordenaba las grandes y se las entregaba a la terapeuta. Cuando la terapeuta preguntó a la madre si hay algo que produzca ansiedad, frustración o angustia en Bruno, ella responde: "No, no hay ansiedad en nuestra familia, somos una familia muy POSITIVA, feliz y atlética. ¡El amor incondicional nos rodea a todos!" (sic).

En un inicio le diagnosticaron como autismo tardío. Físicamente no se la ha encontrado ningún problema. Ha asistido a muchas terapias: Terapia del lenguaje, actividades especiales durante el periodo preescolar, AMMT (un nuevo método para facilitar el lenguaje en niños no verbales con autismo), neurofeedback, balance cerebral, tratamientos quiroprácticos, tratamientos contra la agresividad, dieta mensual sin azúcar (un mes,

4

Incapacidad de ejecutar movimientos coordinados sin que exista una causa de origen físico.

en 2011), terapia de integración cerebral (5 sesiones en 2011) y terapia ocupacional.

Bruno va cuatro veces por semana a natación y se hace el señalamiento de que es como la madre: gustoso de los deportes y de los triatlones (natación, ciclismo y carrera a pie).

El proceso terapéutico

La terapeuta dedicó las dos primeras sesiones para conocer al niño y para que la conociera y reconociera. Lo acompañó en su actividad mirándolo y describiendo verbalmente lo que hacía. Bruno se dedicó a garabatear más de 50 hojas, arrugarlas y aventarlas detrás de un sillón tratando de que desaparecieran. Después la terapeuta dedicó el resto de la sesión a producir sonidos musicales mientras Bruno permanecía acostado gustosamente sobre una piel de cordero. La terapeuta le cantó mirándolo a los ojos y el niño solo escuchaba y se mecía de un lado hacia otro. En la tercera sesión emitió sonidos similares a los que la terapeuta emitía.

Otra conducta que presentó Bruno en las primeras sesiones era, como ya se mencionó, la de brincar una y otra vez durante más de diez minutos. Al final de la segunda sesión quiso abrazar a la terapeuta, pegando todo su cuerpo a ella y jalándole el cabello. Ella le señaló que podían ser amigos y abrazarse pero con cierta distancia.

En la cuarta sesión la terapeuta le narró un cuento sencillo apoyado en imágenes. Dentro de las imágenes había un hermano del personaje central. El niño reaccionó con enojo y señaló en su tableta electrónica las figuras de un sapo y de la palabra "kill" (muerte) y comenzó a brincar compulsivamente sobre una mesa durante varios minutos. Antes de terminar la sesión se calmó nuevamente con los cantos.

De la quinta a la onceava sesión, primero rayaba con garabatos las hojas, las arrugaba y las volvía a aventar tras el sillón, pero esto solamente lo hacía con las hojas más pequeñas y las hojas grandes solo las hacía a un lado. Continuaron las narraciones sencillas apoyadas en imágenes, las canciones y los ritmos, que aparentemente el niño disfrutaba.

En la última sesión, Bruno dejó de garabatear, tomó unas tijeras y comenzó a cortar muy rápidamente en partes pequeñas las hojas chicas de papel. El resto de la sesión continuó con el mismo formato que las anteriores, imitando a la terapeuta en diversos movimientos y actitudes en repetidas ocasiones. La terapeuta sustentó el trabajo de sensaciones, sonidos y palabras con imágenes. Bruno, dejó

de buscar la unión corporal exagerada con ella y dejó de jalar el cabello de la terapeuta para proceder a saludarla y despedirse de una manera menos violenta.

Durante el proceso terapéutico, en todas las ocasiones, la encargada de llevar al niño a sesiones fue la abuela materna, quien le daba indicaciones de cómo saludar y despedirse. A veces fue acompañado por su hermano, quien, aunque no entró a las sesiones, mostró una conducta inquieta y con falta de límites. La abuela le comentó a la terapeuta que el hermano era un "rey" (sic) en su casa. En otra ocasión, el padre comentó que a Bruno se le había educado como un "príncipe".

Algunos de los mecanismos de defensa que presenta Bruno son: desplazamiento y regresión.

Se habla del desplazamiento, ya que al parecer hacía metáforas al arrugar todos los papeles que usaba para anotar su nombre o rayar, y esconderlos detrás del sillón (como se dedicó a hacerlo en la segunda sesión) o ponía todos los papeles disponibles en la oficina, en el bote de la basura y los empujaba para aplastarlos y que quedaran metidos hasta el fondo. Psicoanalíticamente podría interpretarse como el deseo a esconder la culpa por el enojo hacia el hermano menor (al elegir los papeles pequeños de los post-it y al arrancarlos y al arrugarlos para tirarlos también), quedando alrededor de él un caos; luego se encargaba de tirarlos todos o esconderlos fuera de la vista.

En cuanto a la regresión, esta se daba cuando en la segunda sesión la terapeuta le cantaba y él parecía quedarse recordando algo, paraba su actividad y se quedaba tranquilo en esos momentos. Probablemente él se regresaba a alguna etapa cuando tenía 1 o 2 años, o contactaba con una fijación. A los tres años, cuando él era "el príncipe", antes de que naciera su hermano que tomó el lugar de "el rey". A los tres años comenzó a sentir la amenaza después de convivir en el campamento por tres semanas con otros niños y quizás él se sintió en desventaja, puesto que al volver su expresión constante cuando regresó, como ya se mencionó, era que se sentía tímido. Es probable que en el campamento tomó conciencia de que no era el príncipe, sino un niño más, no tomado en cuenta por la madre. Y algo similar sucedió con la llegada del hermano menor.

Por otra parte, Bruno solo escribe su nombre con letras muy grandes y con trazos burdos, y todo lo que hace son líneas para rayar y llenar el papel para una vez terminado, arrugarlo y deshacerse de él. Es tan inquieto como un niño de dos años que quiere explorar y moverse. No hace caso a todas las indicaciones, sino más bien a lo que él quiere hacer.



Discusión teórica.

Metodológicamente se trabajó con un proceso psicoanalítico que se fundamentó teóricamente en las siguientes consideraciones teóricas:

Uno de los factores principales que detonan problemas de conducta y desarrollo psicológico en el niño, es la ocurrencia de un problema en su socialización temprana pues, la socialización durante las primeras etapas del desarrollo humano tiene un gran peso en la formación de la personalidad del sujeto y una gran influencia en su posterior salud mental. La primera experiencia de socialización del sujeto, es en la diada madre-hijo, con esto no necesariamente queremos decir explícitamente la madre biológica, sino al sujeto o sujetos que cumplan la función Madre (contención) de manera permanente, los cuales le proporcionen la libidinización-, a través de brindarle al niño protección, seguridad, contacto visual y corporal; alimentación, etc.

“En esta compleja, rica y fructífera comunión de madre e hijo en los primeros años de vida, modificada en infinitas formas por sus relaciones con el padre y los hermanos, creen los especialistas en psiquiatría infantil y otros trabajadores que es donde se encuentra el origen del desarrollo del carácter y de la salud mental” [8, p. 13].

La contraparte del apego y del sostenimiento emocional en esta diada madre- hijo, sería la privación maternal que, según Bowlby,⁸ puede manifestarse a través de la privación absoluta (permanencia del sujeto en hospitales, instituciones, residencias infantiles, orfanatos), de la privación parcial (presencia de la madre sin brindar la función de protección, afecto, alimentación). Esta privación parcial puede tener efectos a corto plazo produciendo: tendencias agresivas hacia la madre, manifestadas a través de celos agudos y violentos.

Según Bowlby,⁸ al niño se le considera privado cuando vive en el mismo hogar que su madre (o quien la sustituya con carácter permanente) y ésta es incapaz de proporcionarle el amoroso cuidado que la infancia necesita.

A raíz de la privación maternal el niño desarrolla conductas negativas, por ejemplo la agresión, principalmente en el caso de una privación parcial y ante el regreso de la madre, el niño puede reaccionar de manera hostil, incluso resistiéndose a reconocerla.

Margaret Mahler, en su teoría, da mucha importancia al vínculo materno como principal sostén para el recién

nacido y para su correcto desarrollo.⁹ Ella propuso un modelo de desarrollo en el que describe las etapas por las que va transitando el bebé, y especifica cómo es el vínculo con la figura materna. Este modelo comprende tres etapas, las cuales se describen a continuación:

La primera fase es la denominada “fase autística normal”, comprende desde el nacimiento del bebé hasta el primer mes de vida. En esta fase el bebé responde a los estímulos externos e internos, es un ser casi puramente biológico. Mahler toma el ejemplo propuesto por Freud para ilustrar el narcisismo primario como un huevo, la diferencia entre ambos autores es que el primero concebía este huevo como una sola unidad y Mahler lo concibe como una dualidad, como un sistema psicológico cerrado que satisface sus propias necesidades nutriciales de forma autística, pues se desconoce la existencia de la madre.

Fendrik¹⁰ sostiene que Mahler propone que todos los seres humanos nacen autistas y que es a través de las relaciones con lo externo es que se va transitando hacia la separación-individuación.

La segunda es la “fase simbiótica normal”, esta comprende del primero al cuarto o quinto mes aproximadamente. En esta segunda fase, el bebé ya cuenta con un “yo” rudimentario con el que debe adaptarse al medio; aún no es capaz de satisfacer sus necesidades, por lo cual necesita de un yo auxiliar, el de mamá.

Es en esta fase, donde el bebé empieza a vislumbrar un adentro y un afuera pero no de manera clara, puesto que la madre aún es un objeto parcial; no se ha logrado todavía la diferenciación entre él y ella.

La “fase de separación-individuación” comprende del quinto mes de vida hasta los 3 años de edad. El bebé ya empieza a reconocer a su madre como un ser independiente de él y comienza a explorar a otras personas. Esta fase se divide en cuatro subfases. La primera es la de “diferenciación”, en ella el bebé empieza a ser más independiente, corporalmente, de la madre. Hay exploración visual y táctil, con lo cual se permite que haya una delimitación de la madre y una diferenciación entre el yo y el no yo.

En la subfase “ejercitación locomotriz” el niño ya es capaz de alejarse de la mamá y volver a ella; esta subfase se logra por el comienzo del gateo y los primeros pasos. En la subfase de “acercamiento” la madre se percibe como alguien independiente del “Sí mismo”. Sin embargo, si hay una breve separación de la madre, el infante reaccionará de manera adversa. En la última subfase, “la consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia

objetal emocional”, ya existe una separación del yo y del objeto. Se percibe a la madre como una persona separada del infante. En esta subfase se logra un cierto grado de constancia de objeto.

Como puede verse, de acuerdo a estos autores, el sostenimiento emocional de la madre es de lo que va a depender el correcto desarrollo del infante, de no contar con ello, existe la posibilidad de que se forme un falso self, como dice Winnicott¹¹ o que el infante no logre transitar adecuadamente las fases del modelo de desarrollo de Mahler, dando como resultado, en algunos casos, un tipo de psicopatología.

Resultados del estudio de caso

Con base en el fundamento teórico antes expuesto y revisando las categorías de análisis relativas a los problemas de comunicación, socialización y problemas cognitivos de Bruno, a partir de los datos obtenidos, tanto por las narraciones familiares como por los hechos presentados en las sesiones terapéuticas se pudo analizar la falta de sostenimiento emocional de la madre del sujeto y el impacto que tuvo en el infante.

Bruno presenta un autismo tardío que fue detonado por la falta de sostenimiento emocional de la madre y la ausencia de la presencia emocional del padre. La madre ha deteriorado la figura del padre, de quien se refiere, como una persona débil incapaz de apoyar el desarrollo psicológico de Bruno. Los primeros apoyos emocionales que recibió el niño, fueron de la abuela, lo que le ayudó a mantener una relación social hasta los cuatro años, pero con un fundamento débil. La falta de permanencia de una imagen que le diera sostenimiento emocional fuerte, hizo que su constitución psíquica fuera deficiente. Ello puede observarse de las repetidas separaciones iniciales que la madre tuvo con su hijo, siendo este apenas un bebé.

Cuando la madre se hizo cargo de Bruno, él, no respondió a la idealización que ella esperaba. Lo percibió inseguro. El nuevo embarazo de la madre fue recibido por Bruno como un nuevo rechazo, al tiempo que la madre desplazó sus expectativas de cumplir con un ideal, en un nuevo hijo, en el cual esperaba encontrar a un verdadero “rey”.

La madre no solamente no apoyó el desarrollo emocional del hijo durante el proceso terapéutico, pues se desentendía y delegaba en la abuela tal responsabilidad. En la última sesión, la madre mostró una conducta sobre exigente hacia Bruno, no respetando su propio ritmo de aprendizaje emocional y sobrecargándolo de tareas y entrenamientos

que le mantenían lejos de la madre, pero que a ella le satisfacían pues le aportaban la idea de que su hijo era tan deportista como ella.

No hay una separación-individuación correcta entre Bruno y la madre, pues ella no lo mira a él como sujeto, sino como el objeto que debe cumplir de inmediato las expectativas de ella, lo que deriva en una intolerancia ante la lentitud de su aprendizaje.

En general los sujetos con autismo tienen un ritmo menor de aprendizaje pues la propia inseguridad del medio emocional los hace que revisen paso por paso cada proceso que tienen que realizar. Así mismo, no les gusta que se les cambien las tareas violentamente, ello propicia enojo y ansiedad lo que deriva en berrinches. La lentitud del proceso de aprendizaje de Bruno fomenta las comparaciones negativas con el ritmo de aprendizaje del hermano, quien representa el ideal de la madre y deja a Bruno sin posibilidades de desarrollo psíquico.

La terapeuta que se hizo cargo del caso procedió adecuadamente fortaleciendo primero la empatía con Bruno, para lograr un acercamiento. Posteriormente a través de sonidos, ritmos y canciones, logró un acercamiento perceptivo mayor, que le permitió convivir con el infante del que imitaba su imagen para formarle una imagen interiorizada de sí mismo. Al mismo tiempo fortaleció en Bruno, la imagen de la terapeuta, como un ser aparte que le acompañaba tranquilamente en su proceso de aprendizaje.

Después de la tercera sesión y al enterarse la madre, que Bruno había empezado a imitar algunos sonidos, exigió a la terapeuta que ya debería de tener su hijo un mayor adelanto, a lo que la terapeuta respondió que se trataba de un tratamiento progresivo y lento. La madre permitió que asistiera a nueve sesiones más y después abandonó el tratamiento como lo había hecho con todos los anteriores.

El abandono de los tratamientos se debe, por una parte a la sobreexigencia de la madre del cumplimiento de metas ideales, no acordes con un proceso natural terapéutico. Estos abandonos afectan a Bruno al no permitirle aprender a su propio ritmo, y a los tratamientos terapéuticos que por no brindar soluciones inmediatas son abandonados.

La idealización que la madre tiene sobre sí misma, favoreció la falta de cumplimiento de ella en el sostén emocional de Bruno, pues para la madre los procesos emocionales no son importantes, sólo los prácticos, de los que se espera que den triunfos y progresos materiales.

El abandono de los tratamientos, favorece la proyección de la incapacidad y de lo sentimientos de culpa de la madre de Bruno, puesta en los terapeutas, lo que le permite continuar considerando adecuada su conducta y continuar manteniendo su distancia y falta de sostenimiento emocional con Bruno.

Lo anterior cierra un círculo vicioso. La madre de Bruno continuará abandonando emocionalmente a su hijo y a los tratamientos, en busca del hijo ideal y de un tratamiento también ideal.

Conclusiones

Para el caso específico anterior puede afirmarse que existe una relación entre la falta de sostenimiento emocional materno con la generación del quiebre psicótico autista en Bruno aunque el caso muestre que tampoco ha habido un sostenimiento psicológico por parte del padre, favorecido por el deterioro que la madre ha hecho de la figura del mismo.

Bruno ha aprendido a manejar sus pulsiones agresivas a través de berrinches compulsivos que no han sido encausados pues no ha habido una orientación y un apoyo a la expresión positiva emocional del niño.

La raíz del problema en este caso deviene de la propia madre del infante, quien pertenece a una familia que descalifica a los varones ocupando ella, el lugar de la masculinidad, de la assertividad y de la competitividad. Ella no reconoce su responsabilidad en la condición psicológica de Bruno, ni el daño que

acarrea su falta de constancia en las terapias que ha tomado el infante.

La madre ha escindido en sí misma las expresiones emocionales y de afecto, dedicándose únicamente al progreso material reconocido en la sociedad como una forma de acceso al poder y al control. La idealización que persigue no está dimensionada por la realidad, lo cual le da un rasgo psicótico. Una de las conductas que muestran su tendencia a mantenerse en una visión idealizada de sí misma y de sus objetos es el rechazo que Bruno percibe al ser comparado con su hermano, quien representa para la madre, un objeto ideal. Todo lo que no era comprendido en el campo de lo ideal es rechazado por la madre del niño. La expresión de las emociones no está considerada como elementos que apoyen el triunfo y el progreso humano y por lo tanto son rechazadas. La escisión principal que ella tiene está relacionada con el rechazo a las manifestaciones emocionales.

Por el análisis del caso puede afirmarse que la falta de sostenimiento emocional de la madre de Bruno hacia su hijo genera inconscientemente una forma agresiva de conducta hacia él, al no ayudarlo a constituirse y al bloquear continuamente el ritmo de avance que para su aprendizaje Bruno requiere.

Dr. en Psic. Eduardo De la Fuente Rocha

Universidad Autónoma Metropolitana -Xochimilco. Departamento de Educación y Comunicación.
División de Ciencias Sociales y Humanidades.
Correo electrónico fuentee@correo.xoc.uam.mx, edelafuente83@yahoo.com.mx. Tel. 5687 0026

Referencias bibliográficas

1. Fernández Liria A, Beneyto M. *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes*. CT [Internet]. 2008 [citado 12 de enero de 2018]; 14: 1-67. Disponible en: http://www.aepcp.net/arc/LaSaludMental_I-J.pdf
2. Pollock G. *Simbiosis y neurosis simbiótica*. RUP [Internet]. 1964 [citado 29 de enero de 2018]; 02 (03): 1-65. Disponible en: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/16887247196406020304.pdf>
3. Galimberti U. *Diccionario de psicología*. 1a ed. México. Siglo XXI. 2002.
4. Guerra V. *Sobre diferentes aspectos del falso self. La conformación del falso selfmotriz*. RIPTC [Internet] 2000 [citado 01 de febrero de 2018]; 1 (0): 38-52. Disponible en: <http://www.centropsicosomatica.cl/wp-content/uploads/2016/04/victor-guerra-falso-self-motriz.pdf>
5. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 4ta ed. México. Mc Graw Hill. 2006.
6. Roudinesco E, Plon M. *Diccionario de Psicoanálisis*. 3a ed. Buenos Aires. Paidos. 2005.
7. Giardini A, Baiardini I, Cacciola B, Maffoni M, Ranzini L, Siccuro F. 2a ed. Barcelona. Editorial Salvat. 2017.
8. Bowlby J. Los cuidados maternos y la salud mental. OMS. 1954; 2 (164): 1-232
9. *El modelo de desarrollo emocional del niño según Margaret Mahler* [Licenciatura]. Facultad de filosofía, letras y ciencias de la educación; 2006.
10. Fendrik S. *Autismo y psicosis infantil*. VERTEX. 2005; 16(62): 284-288
11. Winnicott D. *La observación de los niños en una situación fija. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis*. 1a ed. Barcelona. Paidós; 1789. 78-102.

Artículo de revisión

Rickettsiosis conceptos básicos

Santamaría-Arza C. (1), Reyes-Gómez U. (1), Reyes-Hernández K. (2), López-Cruz G. (1), López-Díaz A (3), Quero-Hernández A. (1), Reyes-Hernández D. (4), Santos-Calderón A. (4) Lara-Huerta J. (5), Matos-Alviso L. (6)

(1) Academia Mexicana de Pediatría, División de Pediatría Médica Sur, México, (2) Residente de Pediatría, Centro Médico la Raza IMSS México, (3) Facultad de Medicina Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, (4) Unidad de Investigación en Pediatría, Instituto San Rafael San Luis Potosí, (5) Servicio de Infectología Pediátrica, Hospital Infantil Universitario de Torreón, (6) Jefe del Servicio de Pediatría, Hospital General ISSSTE, Acapulco Guerrero, México,

Resumen

El género *Rickettsia* está constituido por bacterias estrictamente intracelulares morfológicamente son pleomórficas: encontrándose como bacilos u cocos, con la tinción de gram se tiñen pobemente y son causantes de varias epidemias a nivel mundial y transmitidas principalmente por artrópodos hematófagos como las garrapatas, pulgas, piojos o ácaros. La más letal de estas enfermedades febris es la Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas causada por la *Rickettsia rickettsii*, destaca dentro de otros tipos de *Rickettsias* que también se han reportado en México.

El presente artículo es una revisión de conceptos básicos para la realización de un diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención. Es evidente el subregistro que nos obliga en considerar a este grupo de enfermedades emergentes de notificación obligatoria, a la conformación de una red de estudio y reporte, dada su alta mortalidad.

Palabras clave: Artrópodos hematógenos, garrapatas, rickettsiosis, niños, subregistro.

Abstract

The genus *Rickettsia* is constituted by strictly intracellular bacteria morphologically they are pleomorphic: being found as bacilli or cocci, with gram staining they are poorly stained and are the cause of several epidemics worldwide and transmitted by hematophagous arthropods such as ticks, fleas, lice or Mites. The most recent report of these diseases is the Rocky Mountain Spotted Fever caused by *Rickettsia rickettsii*, among other types of *Rickettsiae* that have been reported in Mexico.

The present article is a review of basic concepts for the realization of an opportune diagnosis in the first level of attention, it is evident the underreporting that forces us to consider this group of emergent diseases of obligatory notification, as well as the conformation of a study network and report and mortality increased.

Key words: Arthropod hematogens, ticks, rickettsiosis, children, underreporting.

Introducción

El género *Rickettsia* está constituido por bacterias estrictamente intracelulares morfológicamente pleomórficas: encontrándose como bacilos u cocos, con la tinción de gram se tiñen pobemente y son causantes de varias epidemias a nivel mundial, son transmitidas principalmente por artrópodos hematófagos como las garrapatas, pulgas, piojos o ácaros. La más letal de estas enfermedades febris se conoce como la Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas causada por la *Rickettsia rickettsii*, destaca dentro de otros tipos de *Rickettsias* que también se han reportado en México.

Rickettsia rickettsii, pero además existen el tifus endémico causado por la *Rickettsia typhi* y el tifus epidémico causado por *Rickettsia prowazekii*¹ Se transmiten a través de vectores artrópodos como: los piojos (*R. prowazekii*), las garrapatas (*R. rickettsii*) y pulgas (*R. typhi*).

Se han reportado éste género de bacterias en casi cualquier parte del mundo: América, Australia, África, Asia y Europa. Presentan cuadros clínicos de gravedad



variable, comúnmente presentan fiebre, cefalea y erupción cutánea. Actualmente existe un problema epidemiológico en algunos países del mundo.²

Epidemiología

Las rickettsias utilizan como vectores a insectos de tipo artrópodos hematófagos como: garrapatas, pulgas, piojos y el hombre suele ser huésped accidental. Las bacterias se

comportan como parásitos comensales en los vectores, es decir vive a expensas del vector, pero no le causa daño excepto en el caso del piojo del cuerpo humano (*Pediculus humanus*) que funciona como vector para *R. prowazekii* (tifo epidémico). El piojo muere semanas después de ser infectado por una obstrucción en su propio tubo digestivo.

A pesar de que el ciclo de bacteremia en el vector es muy corto, y de que muchas garrapatas se logra completar el ciclo de vida de la bacteria.

Enfermedad	Rickettsia	Distribución
Fiebres Manchadas	<i>R. Rickettsii</i>	América
Fiebre de las Montañas Rocosas		
Tifus de Queensland	<i>R. Australis</i>	Australia
Viruela por rickettsias	<i>R. Akari</i>	África, EE. UU., Rusia
TIBOLA/DEBONEL	<i>R. Eslovaca</i>	Francia, España, Centroeuropa
Fiebre botonosa	<i>R. Conori</i>	Mediterráneo, India, Europa
Tifus del norte de Asia	<i>R. Sibirica</i>	Liberia, Mongolia
Fiebres tíficas	<i>R. Typhi</i>	Universal
Tifusmurino	<i>R. Felis</i>	
Tifus epidémico	<i>R. Prowazekii</i>	África, Asia, Sudamérica
Tifus de losmatorrales	<i>O. Stutsugamushi</i>	Sudeste Asiático, Pacífico



Fuente: CIBIR. Centro de Rickettsiosis y enfermedades transmitidas por artrópodos vectores.

Las rickettsias logran infectar al ser humano cuando éste sufre una picadura por una garrapata previamente infectada. La infección se logra cuando la hemolinfa del insecto entra en contacto con alguna solución de continuidad de la piel humana. El método de transmisión de *R. prowazekii*, por medio del piojo como vector, se da al momento que este defeca sobre la piel. Las bacterias en las heces del piojo infectan al ser humano si existe una solución de continuidad.

Pueden infectarse personas de cualquier edad, raza, sexo o nivel social o económico, aunque en la mayoría de los casos afecta a personas mayores de 15 años. También es posible la infección por inoculación accidental en laboratorio o mediante contaminación por aerosoles. La mayor mortalidad se registra en el grupo de personas mayores de 30 años, varones, que no son de raza blanca e individuos sin antecedente de picadura o contacto con garrapata.² Si el diagnóstico se hace de forma tardía el riesgo de mortalidad será mayor.

La incidencia de esta enfermedad ha aumentado en la última década. Los primeros síntomas de esta son notablemente inespecíficos o pueden aparecer una infección viral haciendo difícil su diagnóstico. Por ejemplo, incluso en áreas donde la incidencia es alta, 60-75% de los pacientes con rickettsia reciben un diagnóstico diferencial diferente en su primera visita al médico, que es un determinante en el retraso del diagnóstico.

Enfermedades por rickettsias transmitidas por garrapatas se reportan cada mes del año en los Estados Unidos,

aunque el 90% -93% de los casos ocurren entre abril y septiembre.³ Los hombres parecen estar en mayor riesgo de infección, posiblemente debido a mayores exposiciones recreativas u ocupacionales en hábitats de garrapatas, particularmente los niños, por su inexperiencia y alto sentido de exploración.

En México, las enfermedades infectocontagiosas producidas por el género *Rickettsia* se han reportado desde la llegada de los españoles. Es un hecho que es una enfermedad re-emergente, que es importante continuar con los sistemas de vigilancia epidemiológica actuales, y es importante que los médicos de primer contacto, conozcan sus manifestaciones clínicas y su tratamiento.

El aumento en el número de casos reportados puede deberse en parte, a mejores métodos diagnósticos, por mejoras en el sistema de vigilancia epidemiológica, aumento del transporte urbano que genera mayor intercambio y contacto con personas infectadas así como el cambio climático al favorecer la proliferación de garrapatas.

En México, los reportes de casos de fiebres manchadas se habían restringido a *Rickettsia rickettsii* y *prowasekii*, sin embargo en el año 2006 en Nuevo León se hizo un estudio que determinó la presencia de anticuerpos contra rickettsias del grupo tifo, 16% de los cuales pertenecieron a la especie *Rickettsia parkerii* a partir de 345 sueros de pacientes con un síndrome semejante al dengue. La caracterización del ADN identificó *Rickettsia prowasekii* como agente causal.⁴⁻⁸

Casos e incidencia de Rickettsiosis México 2006-2016*



* Información a la semana 21

** Por 100 mil habitantes

Fuentes: SUIVE/DGE/SS y Sistema de Vigilancia Epidemiológica Especial de Rickettsiosis

Nota: A partir de 2015 se implementó el Sistema Especial de Vigilancia de esta zoonosis

Tomado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/113038/Diagn_stico_por_laboratorio_de_Rickettsiosis_en_M_xico_InDRE.pdf

Casos confirmados e incidencia de Rickettsiosis por Entidad Federativa; México, 2016



Tasa*
Sin casos
0.01-0.36
0.37-0.73
0.74-1.10
1.11-1.44

* Por 100,000 hab.

Casos confirmados de Rickettsiosis, Incidencia y porcentaje por entidad federativa, México, 2016*

Estado	Casos**	Tasa***	%
SINALOA	40	1.33	18.18
SONORA	35	1.18	15.91
BAJA CALIFORNIA SUR	5	0.64	2.27
MORELOS	12	0.62	5.45
BAJA CALIFORNIA	19	0.54	8.64
NUEVO LEÓN	19	0.37	8.64
NAYARIT	4	0.32	1.82
TAMAULIPAS	10	0.28	4.55
MICHOACÁN	12	0.26	5.45
JALISCO	20	0.25	9.09
QUINTANA ROO	4	0.25	1.82
COAHUILA	7	0.23	3.18
CAMPÉCHE	2	0.22	0.91
CHIHUAHUA	5	0.13	2.27
ZACATECAS	2	0.13	0.91
VERACRUZ	10	0.12	4.55
YUCATÁN	2	0.09	0.91
GUERRERO	3	0.08	1.36
DURANGO	1	0.06	0.45
QUERÉTARO	1	0.05	0.5
SAN LUIS POTOSÍ	1	0.04	0.5
HIDALGO	1	0.03	0.5
GUANAJUATO	2	0.03	0.91
DF	2	0.02	0.91
CHIAPAS	1	0.02	0.45
TOTAL	220	0.18	100.0

* Hasta la semana 21

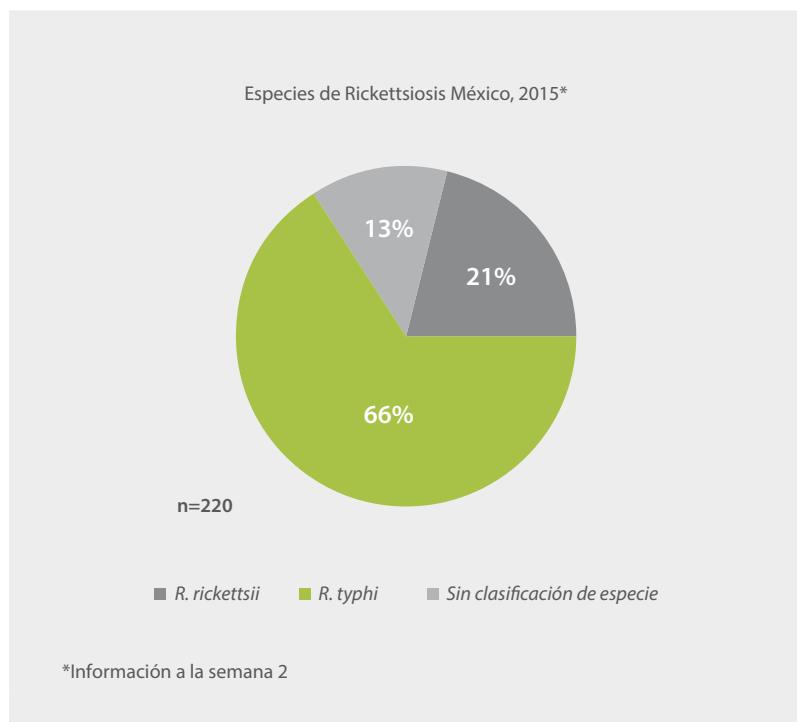
** Casos confirmados por el InDRE y LESP liberados

*** Por 10,000 habitantes

Fuente: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de las Rickettsiosis

Figura perteneciente a: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/113038/Diagn_stico_por_laboratorio_de_Rickettsiosis_en_M_xico_.InDRE.pdf

Especies de Rickettsiosis identificadas por Entidad Federativa; México, 2016



ESTADO	R. rickettsii	R. typhi	Sin clasifica- ción de especie
AGUASCALIENTES	0	0	0
BAJA CALIFORNIA	3	6	10
BAJA CALIFORNIA SUR	1	4	0
CAMPECHE	1	1	0
COAHUILA	2	3	2
COLIMA	0	0	0
CHIAPAS	1	0	0
CHIHUAHUA	3	1	1
CD.MEX	0	2	0
DURANGO	0	1	0
GUANAJUATO	0	2	0
GUERRERO	0	3	0
HIDALGO	0	1	0
JALISCO	3	17	0
MÉXICO	0	0	0
MICHOACÁN	1	11	0
MORELOS	3	9	0
NAYARIT	0	4	0
NUEVO LEÓN	6	13	0
OAXACA	0	0	0
PUEBLA	0	0	0
QUERÉTARO	0	1	0
QUINTANA ROO	0	4	0
SAN LUIS POTOSÍ	0	1	0
SINALOA	5	35	0
SONORA	11	9	15
TABASCO	0	0	0
TAMAULIPAS	3	7	0
TLAXCALA	0	0	0
VERACRUZ	4	6	0
YUCATÁN	0	2	0
ZACATECAS	0	2	0
TOTAL	47	145	28

Fuente: Sistema de vigilancia Epidemiológica Especial de Rickettsiosis

Figura perteneciente a: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/113038/Diagn_stico_por_laboratorio_de_Rickettsiosis_en_M_xico_.InDRE.pdf

Tabla 1.
Características generales de algunas rickettsiosis de interés humano

ENFERMEDAD	DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA	CICLO NATURAL ARTROPODO MAMÍFERO	PI (DIAS)	EXANTEMA	CLÍNICA PREDOMINANTE	COMPLICACIÓN
Grupo tifico Tifus epidémico (<i>R. prowazekii</i>)	Universal	Piojo humano	Hombre	7-14	Sí	Síndrome gripal Cefalea Estupor
			Ardilla			Encefalitis Miocarditis Insuficiencia renal Raras
Tifus endémico (<i>R. typhi</i>)	Universal	Pulga	Rata	7-14	Sí	Síndrome gripal Cefalea, Estupor
Grupo maculoso Fiebre maculosa de las Montañas Rocosas (<i>R. rickettsii</i>)	Hemisferio occidental	Garrapata	Roedores Perros Zorros	4-8	Sí	Síndrome gripal Cefalea Estupor
Fiebre botonosa mediterránea (<i>R. conorii</i>)	Área mediterránea África India Oriente	Garrapata	Perros Roedores	8-12	Sí	Síndrome gripal Escara
Tifus exantemático endémico (<i>R. akari</i>)	América Rusia Corea África	Ácaros	Ratón	9-14	Sí	Síndrome gripal Adenopatías
Otras						
Fiebre Q (<i>C. burnetii</i>)	Universal	Garrapata	Roedores Ovejas Cabras Vacas Perro	14-21	No	Síndrome gripal Neumonía
Ehrlichiosis (<i>E. chaffeensis</i>)	Universal	Garrapata	Perro	7-21	Sí	Fiebre Algias
						Pancitopenia Meningitis Alteraciones hepáticas CID

PI: período de incubación; CID: coagulación intravascular diseminada.

Modificado de: Fleta Zaragozano, J. (2002). Rickettsiosis transmitidas por piojos, pulgas y ácaros. Med. integral (Ed. impr.). 147-52.

Patogenia

En México, un estudio determinó la prevalencia de perros domésticos con presencia de ectoparásitos (garrapatas) infectadas con rickettsias. Este estudio fue realizado en Cuernavaca, Morelos, y durante todo un año se observó una prevalencia del 12-27%.

Las garrapatas transmiten el inóculo bacteriano a los vertebrados por medio de las glándulas salivares. Una vez dentro del huésped, las bacterias se internalizan en las células por medio de endocitosis; un mecanismo de tráfico vesicular mediado por actina. Rickettsia rickettsii activa sistemas procoagulantes como el de las calicreinas, al promover la inflamación y el aumento en la permeabilidad vascular se manifiesta como rash hemorrágico.⁴

Fiebre manchada de las Montañas Rocosas

Es producida por Rickettsia rickettsii, que pertenece al grupo de rickettsias causantes de fiebres manchadas. El ser humano participa dentro del ciclo de Rickettsia como un hospedero accidental y la transmisión se da por medio de la saliva durante la picadura de garrapata, ácaro o pulga. La entrada de la rickettsia se da por piel cuando el humano esparce las heces en la picadura que causó el piojo, pero también puede existir la posibilidad de entrada por mucosas.¹ Otro ejemplo es por vía aérea a pulmones por accidentes en laboratorio. La diseminación dentro del organismo se da inicialmente por vasos linfáticos y luego por vasos sanguíneos a todos los órganos.

En los Estados Unidos, *R. rickettsii* se transmite a humanos por varias especies de garrapatas. Sin embargo, las

especies que transmiten *R. rickettsii* con mayor frecuencia incluyen la garrapata americana (*Dermacentor variabilis*; en el este, centro y costa costera de Estados Unidos y la garrapata de la montaña rocosa (*Dermacentor andersoni*; en el oeste Estados Unidos).⁹ La fiebre Manchada de las Montañas Rocosas también plantea un problema de salud a lo largo de la frontera entre Estados Unidos y México ya que la incidencia de esta enfermedad es mayor en varios estados del norte de México.¹⁰

R. rickettsii infecta las células endoteliales, causando vasculitis, que conduce a erupciones cutáneas y daños potencialmente mortales en el cerebro, los pulmones y otras vísceras. *R. rickettsii* no es evidente en los frotis de sangre, además estas bacterias no se tiñen con la mayoría de las tintas convencionales.⁹

Manifestaciones Clínicas

El diagnóstico clínico es muy difícil en las primeras fases de la enfermedad debido a que los síntomas son inespecíficos. La fiebre de las Montañas Rocosas es una enfermedad sistémica febril que cursa con una erupción característica que aparece en el curso de los 6 días siguientes al inicio de

la infección. Las principales manifestaciones clínicas incluyen fiebre, cefalea, mialgias, confusión mental, vómitos y anorexia. Con menor frecuencia se observan dolor abdominal, diarrea y tos.

El exantema afecta al 90% de los pacientes; es inicialmente eritematoso y macular, y posteriormente se puede transformar en maculopapular y petequial. Aparece mayormente en las muñecas y los tobillos; pero a las pocas horas puede alcanzar el tronco, siendo característica la afección de las palmas de las manos y las plantas de los pies.⁹ La enfermedad es grave en gran parte de los casos y puede durar hasta 3 semanas, en el curso de las cuales el paciente puede desarrollar complicaciones del sistema nervioso central, afección cardíaca, pulmonar, gastrointestinal, renal y

de otros órganos. En los peores casos puede aparecer coagulación intravascular diseminada y shock que puede producir a la muerte.

Por todo ello el cuadro clínico característico es el dato clave fundamental para sospechar el diagnóstico y está constituido clásicamente en un paciente que presenta fiebre elevada, dolor de cabeza y erupción generalizada en la piel, que típicamente se extiende a las palmas de las manos y las plantas de los pies. Otro dato descrito por Gómez y cols.¹⁰ en una de las series más grandes publicadas en nuestro país: mostró al edema de muñecas y tobillos como un quinto signo característico, después de fiebre, cefalea, mialgias y erupción. Otras molestias pueden incluir: dolores musculares y articulares, náusea y vómitos, inapetencia, dolor abdominal y diarrea.

Los cuadros severos comienzan al inicio de la segunda semana posterior a la infección y pueden presentar daño al hígado y riñones, petequias (moretones) que forman grandes manchas en la piel y sangrado en diversos órganos del cuerpo para finalmente culminar con Coagulación intravascular diseminada incluida falla orgánica múltiple sobre todo hepática y renal.



Luego entonces la identificación de la enfermedad es relativamente difícil si no se piensa en ella, pero su tratamiento con doxiciclina es simple, eficaz y barato si se inicia antes del 5º día de iniciado los síntomas. Si este se retrasa la probabilidad de muerte y/o disfunción orgánica severa se incrementa considerablemente.¹

Diagnóstico

El diagnóstico se establece mediante pruebas serológicas específicas de grupo para Rickettsia y se basa en la demostración de un aumento o disminución de cuatro veces los títulos de anticuerpos entre los sueros de fase aguda y de convalecencia. Son especialmente útiles la inmunofluorescencia indirecta (IFI), fijación del complemento, aglutinación al látex, hemaglutinación indirecta o microaglutinación. También se han establecido criterios para el diagnóstico a partir de muestra única en suero de convalecientes, los anticuerpos pueden detectarse a los 7-10 días de la aparición de la enfermedad. En la actualidad, no se dispone de ninguna prueba microbiológica para el diagnóstico rápido y precoz de la enfermedad, aunque la identificación de *R. rickettsii* por tinción inmunofluorescente de muestras de biopsia cutánea obtenidas en las lesiones exantemáticas puede tener una sensibilidad del 70% y una especificidad del 100%.⁹

Tratamiento

El tratamiento debe iniciarse basado en datos clínicos y en consideraciones epidemiológicas. El tratamiento primario es con Doxiciclina oral 4 mg / kg / día, dividida en dos dosis: para niños con peso menor de 45 kg se recomiendan 2 mg / kg, dos veces por día. La duración del tratamiento es de 7 a 10 días, o más de tres días luego del cese de la fiebre¹² el tratamiento por periodos cortos de 6 a 10 días puede no tener efecto importante en el esmalte dental. Una opción para pacientes alérgicos a Doxiciclina es Cloramfenicol oral o intravenoso de 50 a 100 mg / kg / día, aun cuando los expertos en los Estados Unidos lo recomiendan como una opción alternativa dividido en tres dosis por día. Para el grupo tifo, son eficaces Azitromicina oral, 5 mg / kg, una vez al día, 5 o 7 días con Claritromicina oral, 10 mg / kg / día. Debido a la evolución rápida de la enfermedad los pacientes que no iniciaron Doxiciclina al quinto día tienen de 2.5-3.5 más riesgo de un resultado fatal que los que reciben antibiótico antes del quinto día, generalmente como ya se mencionó, muchas de las defunciones ocurren por falla orgánica múltiple, predominando las alteraciones hematológicas principalmente coagulación intravascular diseminada, de igual forma en autopsias se han comprobado casos de miocarditis, situación extremadamente rara.¹³⁻¹⁶

Ehrlichiosis

La ehrlichiosis monocítica humana está producida por *Ehrlichia chaffeensis*, una especie de rickettsia íntimamente relacionada con *E. canis*, el agente causal de la ehrlichiosis canina. La ehrlichiosis granulocítica humana es debida a una especie de *Ehrlichia* todavía innominada, relacionada con *E. phagocytophilia* y *E. equi*. La fiebre de Sennetsu, una enfermedad autolimitada que se diagnostica en el Extremo Oriente y Asia, está causada por *E. sennetsu*.¹¹

Ehrlichiosis y anaplasmosis se caracterizan por la infección de los leucocitos, donde los agentes causantes se multiplican en las vacuolas unidas a la membrana citoplásrica como microcolonias llamadas mórulas.⁹

Las mórulas pueden pintarse con las tinciones convencionales de Wright o Giemsa y ocasionalmente se observan en los leucocitos en frotis de sangre periférica, preparaciones de capa leucocitaria o líquido céfalo-rraquideo.

Las especies de *Ehrlichia* y *Anaplasma* infectan monocitos o granulocitos, respectivamente, y ocasionalmente se observan mórulas en los frotis de sangre periférica mediante el uso de tinciones de rutina.⁹

Manifestaciones clínicas

El paciente cursa con escalofríos, cefalea, malestar general, mialgias, artralgias, náuseas, vómitos, anorexia, pérdida aguda de peso y linfadenopatías retroauriculares y cervicales. El exantema es variable en su aparición y localización; habitualmente se desarrolla una semana después de los primeros síntomas, aparece en un 40% de los casos de Ehrlichiosis monocítica en adultos y en el 100% de los casos en niños y es extremadamente infrecuente en la forma granulocítica. También aparece, aunque con menor frecuencia, diarrea, dolor abdominal y alteraciones del estado mental.¹⁶

Diagnóstico

Se basa en la clínica y en la demostración del incremento o la disminución de los títulos de anticuerpos en suero mediante IFI en un intervalo de 2-4 semanas.

Tratamiento

El tratamiento más adecuado es con Doxiciclina a dosis de 100 mg cada 12 h. El tratamiento se prolongará durante

5-7 días por lo menos y deberá continuarse hasta 3 días después de la defervescencia del episodio.

Fiebre Botonosa

El agente causal de esta enfermedad, también denominada Fiebre Exantemática Mediterránea, es *Rickettsia conorii*, perteneciente al grupo de las rickettsiosis causantes de fiebres manchadas.¹¹ Se transmite por la picadura de una garrapata ixódide, que es el vector y reservorio habitual, la cual se adhiere a la piel y clava la trompa para succionar sangre de los vasos superficiales y se desprende a los 10-12 días.

Hoy en día esta enfermedad se ha incrementado y se presenta además en países del norte de Europa, Canadá y los EE.UU, esto por consecuencia del turismo y el aumento de los viajes internacionales.

Manifestaciones Clínicas

Los síntomas van a tener un inicio brusco con malestar general, cefalea intensa, fiebre elevada y otros síntomas. La tríada típica se compone de mancha negra, fiebre y exantema.

En cuanto a la mancha negra inicialmente, es una pápula que suele aparecer antes que la fiebre, después se convierte en una zona necrótica (escara negruzca) de 1-10 mm de diámetro, de bordes netos, ligeramente prominente, con un halo eritematoso, que al desprendérse no deja cicatriz, sólo una pigmentación residual. Es indolora y sólo ocasionalmente pruriginosa, por lo que muchas veces pasa inadvertida. En los adultos se suele localizar en zonas cubiertas, pliegues de flexión de extremidades inferiores, zona interglútea, ingles, genitales y tronco. En niños se localiza en las zonas ya mencionadas y sobre todo en la cabeza.¹³ Se suele acompañar de adenopatías satélites y linfangitis.

El exantema va a aparecer en el 90-96% de los casos entre el tercer y quinto día de evolución, coincidiendo con la exacerbación de la temperatura. Son maculopápulas eritematosas no pruriginosas y no confluentes. En ocasiones se transforman en lesiones petequiales o púrpuras; igual que en la Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas.

Diagnóstico

Para el realizar un buen diagnóstico debe existir, junto con una clínica compatible, uno o varios de los siguientes criterios: presencia de «mancha negra», aislamiento de *R. conorii* en la biopsia de tejido, seroconversión o aumento al cuádruple del título de anticuerpos mediante IFI y cultivo de *R. conorii* en la sangre.¹¹

Tratamiento

La Doxiciclina oral a dosis de 200 mg cada 12 h en adultos, mientras que en niños 4 mg por kg de peso, cada 12 h, ha demostrado igual efectividad que las pautas clásicas de Tetraciclina o Cloramfenicol durante 10 días.

Fiebre Q

El microorganismo causal de la Fiebre Q, enfermedad descrita en el año 1935, es *Coxiella burnetti*, *Rickettsia* que experimenta una variación de fase dependiente del huésped, a diferencia de otras rickettsias.¹¹ Las principales fuentes de infección de Fiebre Q son vacas, ovejas y cabras, pero también pueden serlo otros muchos animales, entre los que figuran los domésticos. Los reservorios de la enfermedad son esos mismos animales, y también aves y garrapatas.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad se van a dividir en dos, la forma aguda, que se caracteriza por la aparición de forma súbita de fiebre alta, escalofríos, debilidad, cefalea y anorexia. También puede existir afección pulmonar en forma de neumonía atípica, con infiltrados pulmonares que pueden durar hasta 6 semanas y hepatitis, que puede ser subclínica o cursar con hepatomegalia y lesiones granulomatosas. Otras manifestaciones más raras son meningitis linfocitaria, polineuritis, osteomielitis, artritis y eritema nudoso, entre otros síntomas.¹¹

La forma crónica se caracteriza por la presencia de endocarditis de años de evolución, con afección valvular, soplos y signos de insuficiencia cardíaca progresiva, así como aneurismas en la raíz aórtica.

Diagnóstico

La serología continúa siendo el procedimiento diagnóstico más empleado. De las distintas modalidades existentes, la más recomendable es la basada en la inmunofluorescencia indirecta, que debe ir precedida de la absorción del factor reumatoide. Para establecer el diagnóstico de enfermedad aguda es necesario demostrar un aumento de cuatro veces o más en el título de anticuerpos entre la fase aguda y la de convalecencia. Y para establecer el diagnóstico de enfermedad crónica, con un cuadro clínico compatible, suele ser suficiente con detectar un título de anticuerpos frente a antígenos de fase I de tipo IgG igual o superior a 1:800. También es característico de la enfermedad crónica que el título de anticuerpos IgG frente a antígenos de fase I sea mucho más alto que el de dichos anticuerpos frente a

antígenos de fase II, justo al contrario de lo que sucede en la enfermedad aguda.¹⁷

Tratamiento

El tratamiento más empleado para la Fiebre Q aguda consiste en Doxiciclina dosis de 100 mg cada 12 horas

durante 14 días, con el cual se consigue la curación en la mayor parte de casos. En mujeres gestantes se recomienda administrar Trimetoprim-Sulfametoaxazol a dosis de 160-800 mg cada 12 horas durante todo el embarazo. La Fiebre Q crónica debe tratarse con al menos dos antibióticos, como Doxiciclina 100 mg cada 12 horas más Rifampicina 300 al día, o bien Doxiciclina 100 mg cada 12 horas más Hidroxicloroquina 600 mg al día.¹⁸⁻²¹

Referencias bibliográficas

1. Brenner DJ, Krieg NR, Staley JT, Bergey's. *Manual of Systematic Bacteriology second edition*: Athens, GA; 2005, 96. pp. 38-45
2. Walker D, Raoult D, Brouqui P, Marrie T. *Enfermedades por rickettsias*. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Marin JB, Kasper DL, et al, editors. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. Vol I. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 1998. p. 1197-205
3. Fishbein DB, Dawson JE, Robinson LE. *Human ehrlichiosis in the United States, 1985-1990*. Ann Intern Med 1994; 120: 736-43.
4. Peniche LG, Perez OC, Dzul RK, Zavala CJ. *Rickettsiosis: Enfermedad Re-Emergente en México*. Ciencia y Humanismo en la salud 2015; 2(2): 76-84.
5. Bustamante ME, Varela G. *Una nueva rickettsiosis en México: Existencia de la fiebre manchada Americana en los Estados de Sinaloa y Sonora*. Rev Inst Salub Enfs Trop 1943; 4: 189-210.
6. Bustamante ME. *Aspectos epidemiológicos de las rickettsiasis en México. 1944-1954*. Gac Med Mex 1956; 86: 207-17.
7. Medina SA, Bouyer DH, Alcantara RV, Mafra C, Zavala CJ, Whitworth T, Popov VL, Fernandez SI, Walker DH. *Detection of a typhus group Rickettsia in Amblyomma ticks in the state of Nuevo Leon, Mexico*. Ann N Y Acad Sci. 2005;1063: 327-32.
8. Boletín de la Sociedad de Geografía y Estadística de México. "Ensayo de geografía médica y climatológica de la República Mexicana". Tercera parte, Libro I. *Enfermedades enzimáticas y constitucionales. Capítulo II. "Enfermedades tifoideas"*. Coordinación de Publicaciones Digitales. Ciudad Universitaria. Datos recopilados por la oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1889. Fondo Antiguo de la Facultad de Medicina de la UNAM.
9. Centers for Disease Control and Prevention. *Diagnosis and management of tickborne rickettsial diseases: Rocky Mountain spotted fever, ehrlichioses, and anaplasmosis — United States: a practical guide for physicians and other health-care and public health professionals*. MMWR 2006; 55 (No. RR-4).
10. Alvarez HG. *Fiebre Manchada de las montañas rocosas* (editorial) Bol Clin Hosp Inf Son 2010; 27(2): 90-1
11. Gómez RN, Alvarez HG, García ZM, Fonseca CHI, Villalobos GL, Canor RM. *Fiebre manchada de las Montañas rocosas, experiencia hospitalaria* Rev Mex Ped 2013; 80(6): 227-31
12. Bustamante ME, Varela G. *Una nueva rickettsiosis en México. Existencia de la fiebre manchada Americana en los estados de Sinaloa y Sonora*. Rev Inst Salub Enfers Trop 1943; 4: 189-211.
13. Fleta Zaragozano J, et al. *Rickettsiosis transmitidas por garrapatas*. Med Integral 2002;39(1):18-24.
14. Estrella EW, Cejudo GM, Vázquez AJ, Martínez CJ, Reyes HK, Reyes GU. *Fiebre manchada de las montañas rocallosas, enfermedad en el estado de Sonora: reporte de caso* Rev Mex Atn Prim Salud 2015; 1(1): 62-9
15. American Academy of Pediatrics. *Enfermedad de las Montañas Rocallosas en: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS. (eds) Red Book informe 2015 del Comité sobre Enfermedades Infecciosas 30^a. Edición Elk Grove Village II. American Academy of Pediatrics 2015*
16. González RL, Martínez CE, Rascon AA, Alvarez HG, Flora SE. *Miocarditis por Rickettsia Rickettsii* Bol Clin Hosp Inf Son 2012; 29(2): 81-4
17. Fleta J, Castillo J, Clavel A, Bueno M. *Ehrlichiosis en la infancia*. Bol Pediatr Arag Sor 1996;26:109-14.
18. Raoult D, Weiller PJ, Chagnon A et al. *Mediterranean spotted fever: clinical, laboratory and epidemiological features on 199 cases*. Am J Trop Med Hyg., 35 (1986), pp. 845-850
19. Raoult D, Fenollar F, Stein A. *Q fever during pregnancy: Diagnosis, treatment, and follow-up*. Arch Intern Med 2002; 162: 701-4.
20. Slaba K, Skultety L, Toman R. *Efficiency of various serological techniques for diagnosing Coxiella burnetii infection*. Acta Virol 2005; 49: 123-7.
21. Salamand AC, Collart F, Caus T, Casalta JP, Mouly-Bandini A, Monties JR, et al. *Q fever endocarditis: Over 14 years of surgical experience in a referral center for rickettsioses*. J Heart Valve Dis 2002; 11: 84-90.

Personajes ilustres de la salud

Dr. Salvador Ramírez Gutiérrez

“Salubrista de Corazón”

1932- 2007

Ramírez-González A.

Médico de la Secretaría de Salud Jalisco, Región Sanitaria X.



Nació en Guadalajara, Jalisco un 4 de diciembre de 1932. Sus padres José Ramírez Almaraz originario de Acatic, Jalisco, y Ma. Encarnación Gutiérrez Mercado oriunda de Tepatitlán de Morelos Jalisco. Realizó sus estudios de educación primaria y secundaria en escuelas integradas al Departamento de Salud Pública del Estado durante los años 1940 a 1951. El bachillerato lo curso en su querida Preparatoria de Jalisco de la Universidad de Guadalajara en el periodo de 1951 a 1953.

Ingresa en el año 1953 a la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, culminando la carrera de médico cirujano y partero en el año 1959.

El Servicio Social lo realizo en el Municipio de Acatic, Jalisco, donde posteriormente a su ingreso a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, llamada así en ese entonces, fue designado como Jefe de Sanatorio Rural de Acatic.

En dicho municipio ya realizaba actividades en pro de la Salud Pública, impulso el desarrollo e incremento de la infraestructura Sanitaria, como drenaje y agua potable, así como el desarrollo social, fomentando la participación comunitaria en el deporte, participó activamente en el desarrollo educativo, como uno de los

fundadores de la Escuela Secundaria por Cooperación en dicho Municipio.

No hubo límites en su desarrollo profesional ya que atendía no solo a los habitantes de la cabecera municipal sino a toda la población de las más de cien localidades que pertenecían a este municipio. Recuerdo que narraba con gran entusiasmo y alegría la atención médica que le tocaba brindar a la población que vivía en la barranca para lo cual implicaba caminar por horas y horas o su trayecto en burro para lograr otorgar una atención oportuna. En ocasiones les tocaba salir por la madrugada tanto a él como al sacerdote del Pueblo “El Padre Lupe”, uno para la atención médica y otro para la atención espiritual.

Preocupado también por la educación de la comunidad, fundó además, con otros maestros y líderes de la comunidad la primera “Academia de Contadores Públicos”, siendo algunos de sus egresados los trabajadores del Primer Banco que se instaló en el municipio.



Durante su estancia en el pueblo contrajo nupcias con la Sra. Blanca González Navarro, originaria y residente de Acatic, procreando 5 hijos.

En el año de 1964 realizó un curso intermedio de Salud Pública en los Servicios Coordinados de Salud Pública de Jalisco con asesoría de la Escuela de Salud Pública de México.

Sin embargo, su pasión por la Salud Pública lo llevó a realizar la Maestría en Salud Pública y Administración Médica en la Escuela de Salud Pública de México en 1971.

A partir de su egreso de la Maestría el quehacer de la Salud Pública fue su prioridad y su pasión, realizando todas y cada una de sus acciones en PRO DE LA SALUD PÚBLICA.

Su trayectoria laboral en la Secretaría de Salud Jalisco inicio desde el año 1960 hasta 2007, desarrollando funciones desde nivel básico como médico aplicativo, hasta llegar ocupar puestos en niveles directivos, algunos puestos desempeñados fueron:

Director del Centro de Salud, Jefe de algunas Jurisdicciones Sanitarias, Jefe del departamento Técnico de los Servicios Coordinados de Salud Pública en Jalisco, Coordinador Estatal del Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes en la Zona Metropolitana de Guadalajara, subdirector de Servicios de Salud, Director de Prevención y Control de Enfermedades de la SSJ, Jefe del Departamento de Medicina Preventiva.

Fungió como Secretario de Salud en el Estado de Michoacán con el nombramiento de Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, durante 1978 a 1980.

Incursionó en el ámbito de la docencia como maestro de Epidemiología y Salud Pública en la Facultad de Medicina y Escuela de Enfermería de la Universidad de Guadalajara.

Fue miembro de la Sociedad Mexicana de Salud Pública y miembro honorario del Colegio Jalisciense de Salud Pública.



Libro recomendado

Propedéutica y Semiología Médica Teoría y Práctica

Primera Edición. Aporta conocimientos básicos del abordaje y atención integral del paciente, abarca todos los Aparatos y Sistemas para anamnesis y exploración física, conformado por 16 capítulos, tiene el adendum de iniciar con el establecimiento de la Relación Médico-Paciente en el primer capítulo, siendo la base plena para la excelente atención del paciente en sus procesos de SALUD-ENFERMEDAD. En los últimos capítulos se concreta a la explicación olvidada de etimologías grecolatinas esenciales en el entendimiento de la terminología médica, para las ramas de la medicina, enfermería y especialidades Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Urgencias y Medicina Familiar y un Glosario Médico. Libro MEXICANO pionero en anamnesis, exploración física y fotográfica original de la realización de la exploración física con enfoque orientado al profesional de la salud.

Surge de la iniciativa de fomentar y motivar la actividad asistencial que por vocación debe de estar presente en el estudiante de Medicina, llevarlo de la mano en conocimientos teóricos y prácticos conforme avanza el semestre, de la unidad de aprendizaje “Propedéutica y Semiología Médica”, el tiempo de abordaje en ocasiones parece demasiado corto y ésta guía literaria tiene la finalidad de que sea fácilmente concluida, cumpliendo los objetivos principales de todo Médico y Enfermero en formación con 16 semanas de planeación didáctica.

Los Autores Dra. en Ciencias Médicas Elva Wendoline Rojo Contreras, Alfredo Pérez Nájera, Oscar Bernardo Soto Flores, Pedro Josel Ibarra Núñez, Elsa Medrano López, Juan Mariscal Castro, Miguel Ángel Alatorre Salas, César Cruz Lara, Fátima Esperanza Judith Gurrola Gutiérrez, Joaquín Trinidad Rojo Contreras, Jorge Alberto González Casas y Abel García García, sintetizaron lo necesario para realización de una historia clínica completa, apegada a la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Agregando imágenes explícitas para la realización de exploración física.

Es relevante mencionar que se debe estar atentos de poseer las habilidades, actitudes y conocimientos



para realizar una historia clínica completa; e insistir fervientemente en la ardua labor humanitaria que se tiene que desempeñar día con día visualizando al paciente como un todo, con problemas biológicos, psíquicos, sociales y ambientales y, que el aprendizaje irá concluyendo cuando se ayude al paciente en los sentidos mencionados anteriormente.

Los autores abordan lo más importante de la teoría y concluyen con la actividad práctica asistencial en el paciente, que bien puede ser tanto un paciente sano que requiere meramente revisión y de la sanación del paciente enfermo enfocándolo como un todo.

Libro editado por Manual Moderno en papel bond, formato manual (16.5 x 23 cms) y con 312 páginas.

Instrucciones para los autores en la revista SALUDJALISCO

La revista SALUDJALISCO es una publicación oficial cuatrimestral de la Secretaría de Salud Jalisco que publica artículos en idiomas español e inglés. La revista tiene como objetivo el difundir resultados de investigación, información acerca de eventos y programas de promoción de la salud, al igual que brindar un reconocimiento a personajes destacados en el ejercicio de la salud pública, convirtiéndose en un vehículo para fortalecer el quehacer de la medicina, la enfermería, la odontología y profesiones afines, en los tres niveles de atención en salud.

A continuación se describen las instrucciones para los investigadores que decidan someter trabajos para su publicación en la revista SALUDJALISCO:

a) Tipos de trabajos que se reciben

- **Artículos de comunicación científica** (de 15 a 20 páginas): estos documentos presentan de manera detallada resultados originales e inéditos de investigación, teniéndose que estructurar de la siguiente manera: introducción, metodología, resultados y discusión. Dentro de las páginas deberán de considerarse el resumen en español e inglés, cuadros, imágenes y bibliografía.
- **Artículos de revisión de tema** (de 10 a 15 páginas): en este tipo de documentos, se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, así como de la revisión crítica de la literatura sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo.
- **Cartas al editor** (de 1 a 2 páginas): descripción crítica y analítica de la posición del autor sobre los documentos publicados en la revista SALUDJALISCO, lo cual constituye una aporte importante para generar la reflexión y discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de dos meses posteriores a la publicación de un artículo. Se dará oportunidad a los autores para responder.
- **Casos clínicos** (de 5 a 10 páginas): descripción de situaciones clínicas reales y de relevancia para la práctica médica del personal de salud en los tres niveles de atención.
- **Cultura Médica** (2 a 5 páginas) Documentos que buscan rascar y valorar las manifestaciones culturales ligadas con aspectos de la salud.

Cuando se reciba un documento en cualquiera de sus modalidades, esto no implica que de manera obligada el Comité Editorial lo publique, pues el Comité se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos o de hacer las modificaciones editoriales pertinentes.

b) Instrucciones para envío y sometimiento del artículo

Envío de documentos:

Enviar en archivo electrónico el documento original en Word, letra *Arial* o *Times New Roman*, tamaño 12 puntos, con una extensión máxima de 20 páginas (sin tener en cuenta tablas, gráficos y referencias bibliográficas) a 1.5 cm de espacio, tamaño carta con márgenes de 2.5 cm en cada lateral. Se admiten por artículo 35 referencias como máximo y mínimo 10, con excepción de los artículos de revisión que se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica.

Los documentos se deberán de enviar en electrónico al correo **revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx** o **zenteno_gmo@yahoo.es** o bien de manera personal al Departamento de Investigación en Oficina Central, de la Secretaría de Salud Jalisco, con domicilio en Calle Dr. Baeza Alzaga 107, zona centro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44100, tel. 3030 5000 ext. 35084. Junto con el documento a someter para posible publicación, se debe

anexar una carta de sometimiento del artículo con la declaración de responsabilidad donde señale que el(s) autor(es) están aceptando que el artículo es original, que no ha sido enviado ni se someterá para su publicación a otra revista.

De igual manera, hacen constar los permisos para reproducir material sujeto a derechos de autor dentro del artículo, las fuentes de financiación de la investigación o publicación y cualquier otro conflicto de intereses que pueda existir por parte del autor o autores, especificando la transferencia de los derechos de autor a la Revista SALUDJALISCO en caso de aceptarse su publicación.

Tomando en cuenta el número elevado de co-autores que se inscriben dentro de una publicación científica, se tendrá suficiente rigor en la evaluación de la contribución real de cada autor, señalando dentro de la carta de sometimiento del artículo, las contribuciones de cada uno de los autores, tal como fue aprobado por el International Committee of Medical Journal Editors, que reconoce la autoría basada en la contribución sustancial en relación con:

- El diseño y/o análisis e interpretación de datos
- La redacción del artículo o la revisión crítica de su contenido intelectual importante
- La aprobación final de la versión para ser publicada

Evaluación de documentos

Todos los documentos que se reciban, serán revisados de forma anónima por dos o tres personas expertas en el objeto de estudio y/o la metodología empleada. Se dará un promedio de dos semanas para la revisión por sus pares, pero de igual manera los tiempos de revisión dependen de su disponibilidad. El Comité Editorial revisará las evaluaciones de los pares expertos y se tomará la decisión de aceptar el artículo, de reenviarlo al autor con modificaciones o rechazarlo.

Si el documento se acepta pero con modificaciones, una vez que los autores envían la versión revisada de su artículo, el Comité Editorial procederá a revisar la nueva versión junto con la carta que deben enviar los autores, explicando los ajustes y modificaciones realizada a partir de las recomendaciones de los expertos.

Las recomendaciones en que no se este de acuerdo, deben explicar los motivos detalladamente los autores. Se reservará el derecho de no publicar un documento si los autores no contestan a satisfacción los requerimientos planteados.

Una vez que haya sido aceptado el documento para su publicación, el Comité Editorial enviará un documento donde se manifieste la decisión editorial y se indicará el número en el que se publicará. La versión se enviará en formato PDF a los autores, con el fin de realizar una revisión

general al artículo y devolver el mismo ya sea con ajustes pequeños o aprobado, dando como plazo 24 horas después del envío.

Presentación de los trabajos

Los artículos, deberán de contener los siguientes apartados, debidamente diferenciados y presentados en el siguiente orden:

Primera hoja:

Título: lo más corto posible, sin interrogaciones ni exclamaciones y con carácter afirmativo, escribiéndolo en un máximo de 18 palabras.

Autores: nombre completo de todos los autores en el orden de aparición en la publicación, su fecha de nacimiento, títulos académicos, dirección electrónica e información laboral institucional. Deberá de señalarse el autor a quien se dirija la correspondencia y se va a enviar los ejemplares correspondientes a cada autor, con indicación de su dirección, teléfono, dirección electrónica o apartado postal.

Segunda hoja:

Resumen: redactar un resumen estructurado con los siguientes subtítulos: objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones. El resumen deberá de ser no mayor a 250 palabras, incluyendo la síntesis de cada uno de los elementos del artículo.

Se deberá de agregar de 3 a 5 palabras claves, que describan el contenido del documento, recomendándose normalizar las palabras claves que son aceptadas por bases de datos internacionales.

El resumen se deberá de presentar en idioma español y en inglés, al igual que las palabras clave.

Tercera hoja en adelante:

Introducción: describir el desarrollo antecedentes del problema u objeto de estudio y de una manera puntual, permita centrar el tema de estudio, indicando claramente las bases en que fundamenta el estudio, las razones que justifican su realización y el objetivo del estudio. La introducción debe redactarse enfatizando la necesidad del estudio, generando curiosidad en el lector.

Metodología: esta sección detalla la forma de cómo se ha realizado el estudio. Debe de proporcionarse toda la información necesaria para que otros investigadores puedan replicar la investigación. Se debe de incluir la definición del tipo de estudio realizado, el objeto del trabajo, definición de la población, el tamaño y tipo de la muestra y forma de cálculo, el análisis estadístico utilizado, los procedimientos empleados, las marcas, modelos de equipos e insumos empleados.

Es importante agregar al final de este apartado, si la investigación fue aprobada por alguna comisión de investigación y ética, así como mencionar si se obtuvo consentimiento informado por escrito por parte de las personas que participaron en la investigación.

Resultados: El objetivo de este apartado es presentar los resultados del análisis de los datos, mostrando si los datos obtenidos apoyan o no la hipótesis de la investigación, deben presentarse en una secuencia lógica, en textos apoyados en tablas y figuras que expresen claramente los resultados del estudio. No repetir en el texto todos los datos de las tablas y figuras, sólo los más importantes.

Algunas consideraciones importantes para la redacción de resultados son: los resultados se presentan pero no se interpretan, la presentación debe de ser concisa y han de presentarse de una sucesión lógica.

Discusión y conclusiones: en este apartado debe de destacarse los aspectos nuevos e importantes de las observaciones hechas,

argumentando las conclusiones que de ellas se derivan. No deben repetirse en detalle los resultados que ha presentado en la sección anterior ni en la introducción, relacionando los obtenidos, con otros estudios relevantes sobre el tema, indicando las implicaciones de sus hallazgos y sus limitaciones. Deben de relacionarse las conclusiones con los objetivos del estudio, no haciendo suposiciones si no se ven apoyadas por los datos.

Agradecimientos: en este apartado se mencionan las personas o instituciones que han ayudado personal o materialmente en la elaboración del estudio, las personas que han atribuido al desarrollo del trabajo pero cuya colaboración no justifica la autoría. Es necesario que me señale el tipo de colaboración.

Referencias bibliográficas

Las referencias se deben numerar, en secuencia, según su orden de aparición en el texto, por medio de números arábigos entre corchetes [], en texto plano, es decir, sin utilizar hipervínculos de notas al final. Cada referencia debe comenzar con el apellido y luego las iniciales de todos los autores —sin signos de puntuación entre estos elementos—hasta un máximo de seis autores. Si son siete o más, deben citarse los seis primeros y luego la abreviatura et al. Si son varios autores, deben separarse con comas.

Se recomienda seguir de manera estricta, la guía esquemática de presentación de la *Norma Internacional Vancouver*.

Material gráfico: El material gráfico está constituido básicamente por tablas, cuadros y figuras. Todos deben estar anunciados o llamados en el texto, lo más cerca posible del punto en que deban insertarse. Los llamados en el texto se indican mediante la expresión tabla, mapa o figura, según el caso, seguida de su número correspondiente en arábigos. Las tablas y gráficos estarán contenidos dentro del archivo.

Las tablas deben llevar un título breve en la parte superior, a continuación del término tabla y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitán en la parte inferior. Se admiten como máximo seis tablas.

Las figuras pueden ser material ilustrativo diverso, como fotos, mapas, diagramas y esquemas. Deberán llevar un título lo más breve posible en la parte inferior, a continuación del término figura y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitán en la parte inferior, después del título.

Este material deberá enviarse tanto en el archivo electrónico fuente, como en Word o Power Point y en PDF, para que el diseñador tenga la oportunidad de adecuarlos a los espacios disponibles.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista SALUDJALISCO
Calle Dr. Baeza Alzaga 107
Zona Centro, Guadalajara, Jalisco.
Código postal 44100.
Teléfono: 3030 5000 extensión 35084.
Correo electrónico:
revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx
o al editor: zenteno_gmo@yahoo.es

LA RESPONSABILIDAD NO SE PUEDE BLOQUEAR

Protégete, usa condón para evitar un embarazo no deseado

Acércate a tu Centro de Salud para resolver todas tus dudas sobre sexualidad, respetando tus derechos y preferencias



INFÓRMATE

Visita: comolehago.org

O llama al: 30 30 52 03

SaludJalisco

@saludjalisco



Agradecemos a la Universidad del Valle de México su apoyo en la impresión de este número