

CARTAS AL EDITOR

Panorama epidemiológico del dengue durante 2014 en el área geográfica de Nuevo Laredo, México

Señor editor: Para conocer la incidencia del dengue generada por el mosquito *Aedes aegypti* y los efectos ocasionados en la población de Nuevo Laredo durante el año 2014, se indagaron los datos referenciados por unidades médicas del Sector Salud, tanto en la plataforma única del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica como en el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Esto se hizo para relacionar la detección del virus del dengue con la incidencia de la enfermedad en la región y estimar la distribución geoespacial del mosquito dentro del área urbana y poder llevar a cabo el control de vectores por fumigación y, asimismo, estimar la distribución geoespacial de ambas variedades de dengue (clásico y hemorrágico) en esta área geográfica durante 2014.

Anteriormente, en Nuevo Laredo había disminuido la incidencia del dengue, con cero casos desde 2004 hasta 2008. Sin embargo, se registraron nuevos brotes desde 2009 hasta 2013.¹ Esta transmisión denota aumentos anuales progresivos, con repuntes en los segundos semestres de cada año. Esto se fundamenta en

la detección de casos clínicos, sobre todo a nivel hospitalario,^{2,3} los cuales son sometidos a un estudio epidemiológico. Se localiza la vivienda del enfermo y es sometida a un cordón epidemiológico (eliminación de criaderos y aplicación intensiva de medidas químicas antivectoriales con larvicias y nebulizaciones espaciales de ultra bajo volumen).⁴

Durante 2014 se canalizó a los pacientes de dicha área geográfica con sintomatología típica de dengue a la Jurisdicción Sanitaria núm.V. Se tomaron muestras de sangre de estos pacientes y se determinó la presencia de anticuerpos IgG e IgM contra dengue en suero sanguíneo. También se determinó la presencia del antígeno de la proteína no estructural de dengue NS1 por medio del ensayo inmunoabsorbente ligado a la enzima ELISA. Se construyó un corredor endémico para definir gráficamente los cuartiles de las zonas de alarma, seguridad y éxito durante el periodo, para comparar a estos con la incidencia de casos durante el mismo año.

De 618 casos probables, 247 (40%) dieron resultado positivo; 84 (13.6%) fueron identificados como fiebre hemorrágica por dengue, y 164 (26.4%) fueron identificados como fiebre por dengue. Se observó que en 2014 hubo un incremento de 494%, con índice de positividad de 40.55% en comparación con 2013 para ambas

formas de dengue, diferenciando con los datos nacionales y del estado de Tamaulipas, los cuales presentaron un decremento de -48.5 y -84.0%, respectivamente. Con el antecedente de 2013 de 48.0% de casos hemorrágicos, aunado a la cocirculación, incremento de lluvias y altas temperaturas, se esperaba un mayor número de casos hemorrágicos, lo cual no ocurrió. Al observar la distribución total de los casos en el área, la mayoría de éstos se concentraron en colonias de la zona poniente como Voluntad y Trabajo II y III, Buena Vista, Nueva Era, La Sandía, Manuel Cavazos Lerma y Solidaridad, con 116 casos (47.0%). Otras 32 colonias presentaron un solo caso. La incidencia acumulada para un habitante fue igual a 0.0580% de probabilidad de contraer ambas formas de dengue en el año (58 casos por cada 100 000 habitantes): 0.0383% para dengue clásico y 0.0197% para dengue hemorrágico. La razón (probabilidad de que la enfermedad ocurriera en 2014) de la enfermedad fue de 5.80×10^{-4} para ambos tipos de dengue, 3.83×10^{-4} para dengue clásico y 1.97×10^{-4} para dengue hemorrágico. El corredor muestra un comportamiento endémico del dengue en las primeras 24 semanas; la transmisión posteriormente mostró un comportamiento acelerado e irregular con picos máximos en las semanas 27, 43, 44, 46 y, finalmente,

una desaceleración hasta la semana 49, en la cual se presentó el último caso del año en estudio.

Con los datos obtenidos, se llevaron a cabo cordones epidemiológicos en las áreas donde se observó la incidencia de algún caso de dengue. Asimismo, esto permite priorizar las áreas geográficas a trabajar antes de los primeros brotes anuales. Como perspectiva a futuro, se llevarán a cabo medidas sanitarias en contra del vector transmisor, tal como lo menciona este estudio, con lo cual se espera disminuir la presencia de brotes. Las acciones correspondientes se desarrollan con controles preventivos como programas de eliminación de criaderos del vector, programas de educación para la salud llevados a cabo en escuelas, tanto con infantes como en reuniones con padres de familia, y en reuniones de vecinos convocadas por el Sector Salud; en el momento más crítico, ya con la presencia del padecimiento, estas acciones serán paralelas a la presencia de la enfermedad, llevando procedimientos de cinturones sanitarios, fumigación por nebulización y aspersión, y la revisión intradoméstica para eliminar recipientes que acumulen agua y evitar la reproducción del vector.

Julio C Morales-Rueda, MD,⁽¹⁾
José Horacio Lara-González, MC,⁽¹⁾
horacio.lara@hotmail.com
Juan Arturo Lozano-Aguirre MAP,⁽¹⁾

⁽¹⁾ Departamento de Epidemiología,
Jurisdicción Sanitaria núm.V, Nuevo Laredo,
Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas. México.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i4.8017>

Referencias

1. Secretaría de Salud. Manual para la vigilancia, diagnóstico y control del dengue México, Plataforma Dengue [Internet]. Ciudad de México: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud, 2009 [consultado el 26 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.sinave.gob.mx/>
2. Chairulfatah A, Setiabudi D, Agoes R, van Sprundel M, Colebunders R. Hospital based clinical surveillance for dengue haemorrhagic fever in Bandung, Indonesia. 1994-1995. *Acta Trop* 2001;80(2):111-115.
3. Kurukumbi M, Wali JP, Broor S, Aggarwal P, Seth P, Handa R, et al. Seroepidemiology and active surveillance of Dengue fever/Dengue haemorrhagic fever in Delhi. *Indian J Med Sci* 2001; 55(3):149-156.
4. Gratz N. Emergency control of Aedes aegypti as a disease vector in urban areas. *J Am Mosq Control Assoc* 1991;7:353-365.

Alteraciones de la autoestima y la imagen corporal y síntomas de depresión y ansiedad en una muestra de pacientes mexicanas con cáncer de mama

Señor editor: En los últimos años se ha planteado que el cáncer de mama constituye mundialmente la primera causa de muerte en la mujer. En México se ha incrementado en los últimos treinta años, al pasar del decimoquinto al segundo lugar general como causa de muerte entre mujeres mayores de 25 años de edad, y ocupar el primer lugar en mujeres de 35 años.¹ Se calcula que en México, 15.8 de cada 100 000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama, lo que hace de esta enfermedad un factor importante en el sector de salud pública.

Esta enfermedad supone un desequilibrio en la vida de las pacientes, tanto por el diagnóstico como por el tratamiento, ya que el tratamiento no sólo afecta el estado físico, sino que también influye en otras áreas como el bienestar emocional, las relaciones sociales, la autoestima y el no poder realizar las actividades como antes, lo que hace que las pacientes tengan que adaptarse a cambios importantes.

Además, los efectos secundarios de los tratamientos como la pérdida del cabello, el aumento de peso, la infertilidad, los cambios en la menstruación, los cambios de pig-

mentación en la piel y en las uñas, la pérdida del seno, sudoración, dolores de cabeza, entre otros, afectan negativamente su bienestar emocional. Además, debido a que estos efectos secundarios son, en muchos casos, visibles, juegan un papel importante en la imagen corporal, y asimismo, en la autoestima de estas mujeres.

Es decir, las repercusiones del cáncer de mama se presentan en los ámbitos físico, social, emocional y cognitivo. Una de las consecuencias comunes es la distorsión en la imagen corporal de las pacientes, asociada con síntomas depresivos, ansiedad y baja autoestima.^{2,3}

Para analizar estas variables, contamos con una muestra de 50 mujeres con cáncer de mama, quienes respondieron unos cuestionarios estandarizados (HADS, RSES y BDI).^{4,6} Posteriormente, estos datos se analizaron mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).^{*} En cuanto a los resultados, se observaron relaciones estadísticamente significativas entre la imagen corporal y la ansiedad ($r=0.709$, $p<.01$) la depresión ($r=0.614$, $p<.01$) y la autoestima ($r=-0.542$, $p<.01$).

Estos resultados nos indican que las pacientes que presentan una mayor alteración de su imagen corporal presentan mayores niveles de ansiedad y depresión, además de una autoestima más baja.

En este trabajo se puede ver la complejidad en cuanto a la afectación y repercusión que representa el cáncer de mama en la vida de las pacientes, puesto que están influyendo numerosas variables en la calidad de vida.

En este sentido, normalmente en las terapias psicológicas no se ahonda lo suficiente en la conciencia corporal y las cogniciones asociadas con ella. Creemos que hay que hacer hincapié en la investigación de dicha variable y adaptar los tratamientos

* EUA, IBM SPSS, Statistics 23.0-agosto 2014

psicológicos a esta población. También es importante brindar apoyo psicológico a las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

*Sheila Pintado-Cucarella, Dra, D en Psic.⁽¹⁾
maria.pintado@udlap.mx
Marina Chiba-Giannini, L en Psic.⁽¹⁾*

⁽¹⁾ Coordinadora de posgrados del Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de las Américas. Puebla

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i4.8018>

Referencias

1. Cárdenas J, Sandoval F. Segunda Revisión del Consenso Nacional Sobre el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. *Revista Mexicana de Mastología* 2006;1:13-38.
2. National Cancer Institute. Radiation therapy and you. Estados Unidos: NIH Publication, 2012.
3. Nazarali SA, Narod SA. Tamoxifen for women at high risk of breast cancer. *Breast Cancer: Targets & Therapy*, 2014;629-636.
4. Zigmond A, Snaith R. The hospital depression and anxiety scale. *Acta Psychiatr Scand* 1982;67:361-370. <http://doi.org/cf9rmj>
5. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al-Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer* 2001;37:189-197. Disponible en: <http://doi.org/d4dj2g>
6. Rosenberg M. Society and adolescent self-image. Princeton NJ: Princeton University Press, 1965.

Hacia la reducción del sedentarismo, un problema de salud pública en Chile

Señor editor: Se presenta una reflexión orientada a la acción en torno al sedentarismo, problema de salud pública que afecta al país según la encuesta nacional de salud del Ministerio de Salud y el Sistema de Evaluación de la Calidad de la Educación (SIMCE).

La evidencia empírica proveniente de la investigación^{1,2} muestra que el sedentarismo es el cuarto factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial, así como la causa principal de aproximadamente 21 a 25% de los cánceres de mama y de colon, 27% de los casos de diabetes y 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

En relación con el sedentarismo, problema de salud pública evidenciado en Chile en la última encuesta nacional de salud,³ los resultados expresan que 67% de la población chilena presenta sobrepeso, 25.1% es obesa y 88.6% sedentaria.

Respecto del contexto escolar, los resultados del SIMCE de educación física⁴ señalan que 59% de los estudiantes tiene un índice de masa corporal (IMC) normal y 41% presenta sobrepeso u obesidad; además, sobre el total de estudiantes, 65% se encuentra en un nivel inadecuado de condición física funcional asociada con el sedentarismo.

En una reciente investigación piloto realizada con estudiantes chilenos,⁵ desde el programa del Doctorado en Ciencias de la Educación de la Universidad de la Frontera en Chile, y cuyo objetivo fue determinar si los estudiantes son sedentarios por intención o por acción, se recolectaron datos a través de la aplicación del cuestionario para la medida de la intencionalidad para ser físicamente activo (MIFA). La versión original de esta escala fue validada por Hein y colaboradores⁶ para sujetos de entre 14 y 18 años y consta de cinco ítems con una escala de valoración tipo Likert con valores comprendidos entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Los resultados mostraron que 57.8% de los estudiantes presenta una alta intencionalidad para ser físicamente activos.

Si analizamos los antecedentes presentados, por un lado, es posible señalar que una parte importante de la problemática de salud en Chile tiene relación con la falta de movimiento (sedentarismo), asociado con la pérdida de masa muscular (sarcopenia) y disminución en cantidad y tamaño de las mitocondrias, con el consiguiente descenso de capacidad fisiológica respecto de la utilización de la energía. Por otro lado, la investigación muestra que los estudiantes chilenos presentan una alta intencionalidad

a ser físicamente activos, lo cual no se traduce en las acciones esperadas a partir de esta disposición. Surge entonces la pregunta: ¿por qué se produce esta distancia entre el querer y el hacer, entre la intención y la acción? Una posible respuesta sería el paralelismo existente entre las investigaciones de profesionales del ámbito de la salud sobre causas y efectos del sedentarismo y las investigaciones de profesionales especializados en entrenamiento deportivo respecto de métodos para prevenirlo o reducirlo, sin que se produzca mayor comunicación entre ambos equipos de profesionales. A fin de disminuir esta brecha, se requiere, por un lado, del trabajo mancomunado de equipos interdisciplinarios conformados por los profesionales señalados, quienes construyen conocimiento específico, y por otro lado, la inclusión en dichos equipos de educadores responsables de su transposición didáctica; es decir, de la transformación del conocimiento científico en conocimiento pedagógico comprensible, motivador de cambio y generador de acciones contextualizadas favorables a la reducción del sedentarismo por parte de la población meta escogida.

*Braulio Navarro-Aburto, D en C de la Educ.⁽¹⁾
002ademir@gmail.com
Sonia Osses-Bustingorry, D en Educ.⁽²⁾*

⁽¹⁾ Departamento de educación y de educación física, deportes y recreación, Facultad de Educación, Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.

⁽²⁾ Facultad de Educación, Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i4.8019>

Referencias

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
2. OMS. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: World Health Organization, 2009.

3. Ministerio de Salud. Encuesta nacional de salud, Chile: Gobierno de Chile 2009-2010.
4. Ministerio de Educación. Informe de resultados de educación física SIMCE. Santiago Chile: Gobierno de Chile, 2011.
5. Navarro B. Intencionalidad a ser físicamente activo, una mirada al contexto educativo chileno. Temuco: Universidad de la Frontera, 2014.

Baja producción científica de decanos en facultades de medicina y salud de Colombia: ¿una realidad común en Latinoamérica?

Señor editor: A partir de la reforma en educación superior de 1992 en Colombia, uno de los objetivos de las instituciones educativas es fomentar la investigación científica.¹ Dicha responsabilidad recae directamente sobre sus directivas y docentes. El investigador fomenta la creatividad y pensamiento crítico de sus estudiantes, con lo cual el aprendizaje se vitaliza.² Por ello ha surgido la pregunta de si aquellos que están al frente de las instituciones de educación superior, en particular los decanos, deberían tener o haber tenido participación científica e investigativa lo suficientemente activa como para poseer conciencia de su importancia, así como incentivar y tener políticas al respecto en pregrado, lo cual en últimas, se convierte en el pilar para evaluar la calidad e impacto de la educación superior en sus egresados.¹⁻³

Por tal razón, evaluamos la producción científica de los actuales decanos de medicina y salud de las facultades colombianas. Realizamos una búsqueda de sus publicaciones científicas en la base de datos de Scopus. Al igual que en estudios similares,³⁻⁵ se ingresaron distintas combinaciones de nombres y apellidos; los casos de homonimia se trataron individualmente.³⁻⁵ Se evaluó el número de artículos publicados como autor o coautor, número de citas recibidas, índice H, revistas donde ha

publicado, y si estaba o no reconocido por el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación (SNCTI), en la categoría de investigador (según Colciencias-Departamento Administrativo Nacional en Colombia- frente al tema) y título de grado más alto (reportado en su hoja de vida oficial de Colciencias [CvLAC]).

Al evaluar a los 55 decanos registrados por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), se encontró que sólo 27.3% de ellos había publicado un artículo alguna vez en su vida, y de éstos, solamente tres habían publicado un artículo en el último año (cuadro I). Del total de las publicaciones, 45.5% fueron en revistas cuartil I (Q1), según SCImago Rank. Solamente un decano estaba clasificado como investigador Senior, y 10 como Junior (ninguno como asociado, el otro de los tres niveles existentes de acuerdo a Colciencias). Los principales resultados se muestran en el cuadro I y son parcialmente similares a los encontrados en Perú y Centroamérica.^{4,5} Al revisar el título de grado

de cada decano, se constató que, de los registrados por el CvLAC (25 en total), siete tenían doctorado, 12 maestría y ocho no reportaban su grado académico.

La aparente escasez de títulos de grado de alto nivel y la baja producción científica de las máximas autoridades son una realidad común en Latinoamérica, como se evidencia en Centroamérica, Perú y ahora Colombia.⁴⁻⁶ Dado que la actividad médico-científica es una labor de gran importancia, deberían los decanos, en una visión integral, tener experiencia no solo académica y administrativa, sino también investigativa, como ocurre en países del primer mundo, donde es un criterio rígido, exhaustivo y excluyente.⁴⁻⁶

Si a esta realidad no se le presta atención y se regula, podría perpetuarse la baja producción de docentes de investigación, lo que podría ser incluso un mal ejemplo para los alumnos del pregrado.⁶ No se revisaron otras bases de datos (Medline, Science Citation Index, SciELO). Además, puede que algunos decanos se

Tabla I
FRECUENCIA DE PUBLICACIONES EN REVISTAS CIENTÍFICAS INDIZADAS EN SCOPUS CON AUTORÍA DE LOS DECANOS DE FACULTADES MÉDICAS Y DE SALUD DE UNIVERSIDADES COLOMBIANAS

Características de publicación evaluadas	N	(%)	Mediana	Rango
Algun artículo alguna vez en su vida	15	27.3		
Algun artículo en los últimos 5 años	10	18.2		
Algun artículo en el último año	3	5.5		
Número de artículos publicados	113		8	1-88
Número de citas recibidas	929		62	0-835
Índice H			2	0-17
Número de coautores	209		20	1-150
Categoría de investigador*				
Junior	10	18.2		
Senior	1	1.2		
Total, investigadores acreditados	11	19.4		

* Categoría de investigador según Colciencias

encuentren en proceso de titulación (a maestrías y doctorados), o que sus artículos se encuentren en revisión por pares. Sin embargo, y en conclusión, la producción científica de los decanos colombianos de facultades de medicina es baja. Es un punto que hay que reforzar en aras de una mayor y mejor gestión de evidencia científica, donde tanto docentes, particularmente los que enseñan investigación, como los decanos, deben ser ejemplo en la materia.⁶

*Alfonso J. Rodríguez-Morales, MC, MSc,⁽¹⁾
arodriguezm@utp.edu.co*

*Carlos Culquichicón-Sánchez, Est de Med.⁽²⁾
Andrés Felipe Gil-Restrepo, Est de Med.⁽³⁾*

⁽¹⁾ Departamento de Medicina Comunitaria,
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad
Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.

⁽²⁾ Facultad de Ciencias de la Salud,

Universidad Nacional de Piura, Piura, Perú.

⁽³⁾ Programa de Medicina, Facultad de Ciencias
de la Salud, Universidad Tecnológica
de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i4.7809>

Referencias

1. Eslava-Schmalbach JH, Escobar-Córdoba F, Gaitán-Duarte HG. Producción científica de las Facultades de Medicina en Colombia, 1940-2014. Rev Fac Med 2014;62(3):363-7. <http://doi.org/bhmv>
2. Abudinén G, Soto-Valdés D, Rodríguez-Morales AJ. Importancia de fomentar la investigación científica en salud pública desde pregrado. Salud Pública Mex 2012;54(5):459-460. <http://doi.org/bjhn>
3. Mayta-Tristán P, Pereyra-Elias R, Mejía CR. Producción científica de los miembros vitalicios de la academia nacional de investigadores médicos. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2013;30(4):720-722.
4. Urquia-Osorio H, Henríquez-Marquez KI, Vásquez-Bonilla WO, Estrada-Mendoza AJ, Rodríguez-Morales AJ. Producción científica de decanos de medicina y salud de universidades centroamericanas. Salud Pública Mex 2014;56(3):243-244.
5. Valenzuela-Rodríguez G, Herrera-Añazco P, Hernández AV. Producción científica de los decanos de las facultades de medicina en Perú. Salud Pública Mex 2015;57(5):364-365.
6. Taype-Rondán Á, Peña-Oscuvilca A, Rodríguez-Morales AJ. Producción científica de los docentes de cursos de investigación en facultades de medicina de Latinoamérica: ¿se está dando ejemplo? FEM: Revista de la Fundación Educación Médica 2013;16(1):5-6.