

Referencias

1. Das A, Botticello AL, Wylie GR, Radhakrishnan K. Neurologic disability: a hidden epidemic for India. *Neurology* 2012;79:2146-2147.
2. Hajar M, Perez-Nuñez R, Inclan-Valdez C, Silveira-Rodriguez EM. Road safety legislation in Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2012;32:70-76.
3. Borse NN, Hyder AA. Call for more research on injury from the developing world: results a bibliometric analysis. *Indian J Med Res* 2009;129:321-326.
4. Bergen DC, Silberberg D. Nervous system disorders: a global epidemic. *Arch Neurol* 2002;59:1194-1196.

Mortalidad y carga de enfermedad asociadas con el consumo de alcohol

Señor editor: Con la presente enviamos un análisis secundario a la base de datos de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) durante el periodo 2006-2010, enfocado en las muertes asociadas con el consumo de alcohol en el Distrito Federal (DF).

Puesto que el consumo de alcohol es considerado la cuarta causa de mortalidad en México¹ y dado que éste es uno de los principales factores de riesgo para la carga de enfermedad,² el cálculo de los años de vida perdidos³ (AVP) permitiría un análisis más detallado de las condiciones de salud de la población y proporcionaría bases para el desarrollo de análisis de costoefectividad,⁴ así como para la evaluación de políticas y programas sanitarios, al ponderar los elementos relacionados con la calidad de vida.⁵

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo fue calcular los AVP asociados con el consumo de alcohol en la población residente del DF, utilizando como causas de muerte los trastornos mentales y de comportamiento derivados del uso de alcohol (F101-F107, F109) y las enfermedades del hígado asociadas con el alcohol (K700-K704, K709) de acuerdo con la CIE-10. El Inegi repor-

tó 6 521 muertes relacionadas con el consumo de alcohol, de las cuales 5 966 correspondían a hombres y 555, a mujeres. De acuerdo con los datos, se obtuvo un total de 118 595 AVP para el periodo de estudio. De éstos, el valor más bajo se presentó en el grupo de edad de 15 a 19 con 254 AVP y el mayor, en el grupo de 45 a 49 con 19 270 AVP.

Para el género masculino, el valor más bajo se presentó en el grupo de edad de 15 a 19 con 254 AVP y el mayor, en el grupo de 45 a 49 con 17 843 AVP. Respecto al sexo femenino, el valor más bajo se reportó en el grupo de edad de 20 a 24 con 84 AVP y el mayor en el grupo de 50 a 54 con 1 582 AVP. De acuerdo con la CIE-10, los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol representaron sólo 12.25%, mientras que las enfermedades del hígado asociadas con el consumo de alcohol representaron 87.75% del total de AVP. Además, al analizar por año de estudio se observa una tendencia a la baja, con un máximo de 25 698 AVP en 2006 y un mínimo de 22 236 AVP en 2010, lo que equivale a un decrecimiento de 13.47%. Los AVP asociados con el alcohol apuntan a que su consumo es un problema de salud pública que implica pérdidas en la productividad y costos económicos. Estos resultados deben alertar sobre el problema del alcohol en el DF y sobre la necesidad de buscar mejores políticas públicas para reducir su consumo. Al respecto, una alternativa podría ser el incremento de impuestos.

Eduardo Pérez-Pérez, L en Econ,⁽¹⁾

Norberto Francisco Hernández-Llanes, Psicol,⁽¹⁾

Andrea Gallegos-Cari, Psicol, M en C,⁽¹⁾

Rafael Edgardo Camacho-Solis, MC,⁽¹⁾

Miguel Ángel Mendoza-Meléndez, Psicol, MC, Msp en Epidem.^(1,2)

mmendezam@df.gob.mx

⁽¹⁾ Dirección de Investigación y Evaluación, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. México.

⁽²⁾ Programa de Doctorado Transdisciplinario en Desarrollo Científico y Tecnológico para la Sociedad, Cinvestav-IPN. México.

Referencias

1. Medina-Mora ME. ¿Cuál es la naturaleza del problema que estamos enfrentando? En: Medina-Mora ME, ed. Alcohol y políticas públicas. México: El Colegio Nacional, 2012:3-17.
2. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18(4/5):241-248.
3. Murray CJL. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *WHO Bulletin* 1994;72(3):429-445.
4. Medina-Mora ME, Garcia-Tellez I, Cortina D, Orozco R, Robles R, Vázquez-Pérez L, et al. Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud Mental* 2010;33(5):373-378.
5. Seuc AH, Domínguez E. Acerca del cálculo de la carga de las enfermedades por morbilidad. *Rev Cubana de Hig Epidemiol* 2005;43(3):1-8.

Conocimiento y aceptación de la hidroterapia para el parto

Señor editor: Debido a la sinergia de diferentes factores –presión de grupos de mujeres, apoyo de la evidencia, documentos de consenso de sociedades científicas, etcétera– en la actualidad se pretende dar más protagonismo a la mujer en su parto y hacerla partícipe de un proceso cada vez menos medicalizado y más natural. Como parte de esta nueva tendencia se han implementado recursos y terapias de asistencia al parto; ejemplo de éstos es la inmersión en agua caliente.¹⁻³

Ante esta nueva alternativa asistencial, y frente a la novedad que supone tanto para el personal sanitario como para las mujeres, se propuso determinar qué lleva a la mujer a utilizar la inmersión en el agua durante el parto y cuál es la valoración que hace de esta experiencia. Para ello, se realizó una encuesta a mujeres primíparas, con un embarazo de bajo riesgo y que habían utilizado la inmersión en el agua durante el

parto en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, España, en 2014; se obtuvo la autorización del comité de ética correspondiente.

Se aplicó un cuestionario de elaboración propia a las mujeres justo después del puerperio inmediato, con diferentes ítems que recogían datos sociodemográficos, sobre el parto, sobre las razones que las mujeres esgrimieron para el uso de la inmersión en el agua y sobre la satisfacción y utilidad que concedieron a esta terapia. Se realizó un análisis de datos descriptivo.

Se entrevistó a 71 mujeres, la mayoría de las cuales era de nacionalidad española, casada y con un nivel de estudios medio a elevado. Más de dos tercios de ellas conocían el uso de la inmersión en el agua durante el parto. Entre las razones que las llevaron a utilizarla se identificó que 78.90% (56) lo había hecho por recomendación del personal sanitario. En cuanto a la satisfacción con la asistencia recibida en su parto, 2.8% (2) estaba poco satisfecha, 15.5% (11) satisfecha, 25.4% (18) bastante satisfecha y 56.3% (40) muy satisfecha. Otorgaron una puntuación media de 4.36 ± 1.41 sobre un máximo de 5 a la satisfacción.

Del total de mujeres, 91.5% (65) mostró su satisfacción con el uso de la hidroterapia en el parto, de tal modo que sólo 1.4% (1) de las mujeres no recomendaría el uso de ésta.^{4,5} En este mismo sentido, la inmersión en el agua durante el parto es considerada útil y beneficiosa para la mayoría de ellas. Sólo una minoría, 4.2% (3), considera que aporta poco beneficio y que es poco útil. No se encontraron diferencias asociadas con el nivel socioeconómico de las participantes ($p > 0.05$).

En la línea de lo que describen otras investigaciones,⁶ en este estudio no se produjeron complicaciones relevantes. Por lo anterior, y de acuerdo con lo que marca la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹ se debe fomentar la inmersión en agua durante el parto como

una terapia segura para la madre y el recién nacido, que es valorada y aceptada por la usuaria.

Juan Miguel Martínez-Galiano, Phd.^(1,2,3)
 juanmimartinezg@hotmail.com

⁽¹⁾ Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda, Jaén, España.

⁽²⁾ Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén. Jaén, España.

⁽³⁾ Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Madrid, España.

Referencias

1. Grupo de Trabajo Técnico, Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS-Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, 1996.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
3. Junta de Andalucía, Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. El Hospital Materno Infantil de Málaga incorpora la hidroterapia en la asistencia al parto normal de baja intervención [documento en internet]. Octubre 2013 [consultado el 05 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=18276>
4. Medina ET. Impacto do banho morno na redução do tempo de trabalho de parto. In: International Conference on the Humanization of Childbirth. Fortaleza: JICA, 2000:76.
5. Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2013; 42(1):19-28.
6. Cluett ER, Burns E. Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto (revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009;3 [sitio en internet]. Oxford: Update Software Ltd, 2009. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Hacia un paradigma de la actividad física como elemento articulador entre la salud y el aprendizaje

Señor editor: En relación con el artículo de Díaz y colaboradores,¹ el cual plantea la presencia de una asociación entre salud y aprendizaje, es necesario agregar que existe un elemento que une estos dos conceptos: la actividad

física, la cual ha sido sistemáticamente ignorada por la investigación educativa. Esto ha generado un sesgo, producto de una serie de prejuicios que subyacen a su práctica. En efecto, la actividad física ha sido incorporada al entorno escolar como un elemento de distensión y recreación, muy alejado de las disciplinas consideradas generadoras de aprendizajes. Con esto se han minimizado sus aportes a la cognición y a la prevención de enfermedades no transmisibles asociadas con el sedentarismo.

La investigación en el ámbito mundial muestra numerosos beneficios relacionados con la actividad física saludable. Éstos van desde la prevención de patologías cardiovasculares^{2,3} y de enfermedades no transmisibles,⁴⁻⁶ hasta el aumento de factores neurotróficos a nivel cerebral, los cuales retardan la apoptosis neuronal y favorecen la plasticidad neuronal, algo que resulta esencial en el tratamiento de enfermedades como el Alzheimer.⁷ Además, los estudios nos presentan la ejecución de actividad física como un poderoso elemento explicativo del rendimiento académico.⁸⁻¹⁰

En contraposición a los beneficios de la actividad física, la investigación muestra que el sedentarismo genera no sólo un deterioro en la calidad de vida, sino también efectos deletéreos a nivel cerebral. Al respecto, uno de estos problemas corresponde con el aumento en los niveles de estrés y, por ende, con el incremento de la corticosterona a nivel del hipocampo cerebral. Lo anterior se traduce en la disminución de BDNF (del inglés *brain derived neurotrophic factor*), proteína asociada con la protección neuronal y la facilitación de la neuroplasticidad.¹¹

Por último, las neurociencias han generado innumerables estudios en relación con la actividad física y la función cognitiva. Uno de los más llamativos es el realizado por Berchtold,¹² quien efectuó un estudio