

Proyecto de Ley 201 de 2012, por el cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar, en Colombia. Haber trabajado con estudiantes de un solo departamento y de colegios públicos es un aspecto que impide generalizar los hallazgos; se sugiere para próximos estudios la elección de muestras representativas e incluir participantes de colegios privados.

Agradecimientos

Agradecimiento a la Fundación para la Promoción de la Investigación y la Tecnología del Banco de la República, quien financió este proyecto, y al semillero PAIDEIA, especialmente a Nancy Paola Barrera Pachón y María Cecilia León.

Mildred Alexandra Viancha-Pinzón, M en Psic.⁽¹⁾

maviancha@uniboyaca.edu.co,

Lizeth Cristina Martínez-Baquero, M en Psic Clin,⁽²⁾

Mónica Patricia Pérez-Prada, M en Educ,⁽³⁾

Bertha Lucía Avendaño-Prieto, M en Psic.⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Dirección del Programa de Psicología, Universidad de Boyacá. Colombia

⁽²⁾ Dirección de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Humanas y Educativas, Universidad de Boyacá. Colombia

⁽³⁾ Coordinación de Proyección Social, Facultad de Ciencias Humanas y Educativas, Universidad de Boyacá. Colombia

⁽⁴⁾ Grupo GAEN, Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia. Colombia.

<http://doi.org/10.21149/8268>

Referencias

1. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). FORENSIS 2014 Datos para la vida [Internet]. 16(1):565. Bogotá: Imprenta Nacional, 2015 [consultado el 28 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/forensis>
2. Ministerio de Salud (MINSALUD). Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015 [Internet]. Colombia. I. Bogotá: Javegraf, 2015 [consultado el 20 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>.
3. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. FORENSIS 2010. Datos

para la vida [Internet]. 12(1). Bogotá: Imprenta Nacional, 2011 [consultado el 1 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34438/6+SUICIDIO.pdf/3904b04a-4a47-40f6-8359-9a4d837091254>

4. Vianchá MA, Bahamón MJ, Alarcón LL. Variables psicosociales asociadas al intento suicida y suicidio en jóvenes. Tesis Psicológica [Internet] 2013;8(1):112-123 [consultado el 8 de abril de 2016]. Disponible en: <http://publicaciones.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/291/287>

5. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ* 1999;319:348-351. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7206.348>

6. Cano P, Gutiérrez C, Izama M. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2009;26(2):175-181 [consultado el 12 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo/Dp?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634.

7. Velarde C, González M. Los adolescentes que sufren acoso escolar tienen más ideas suicidas. *Evid Pediatr* 2011;7(59):2-4 [consultado el 15 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/acoso.es.pdf>

8. Hernández M, Gutiérrez M. Factores de riesgo asociados a la intimidación escolar en instituciones educativas públicas de cuatro municipios del Valle del Cauca. Año 2009. *Rev Colomb Psiquiatr* 2013;42(3):238-247. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70016-7](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70016-7)

9. Hernández R, Fernández C, Baptista, M. Metodología de la investigación. 5ta ed. México DF: Mc Graw Hill, 2010.

10. Villalobos F. Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior [Internet]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada, 2009 [consultado el 25 de enero de 2016]. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>

11. Semenova N, Cardenas N, Berbesi D. Detección de un cuestionario breve para detectar intimidación escolar. *Revista CES de Psicología* [Internet] 2012;5:70-78 [consultado el 20 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://revistapsicologia.ces.edu.co/>

12. Mora ML, Avendaño BL. Efecto del protocolo de intervención modificado por Henao y Pérez para el manejo de situaciones de acoso escolar y promoción de la conducta prosocial en niños y niñas de una institución educativa distrital (tesis). Colombia: Universidad Católica de Colombia, 2013.

Sobrepeso y obesidad en estudiantes de medicina. ¿Un nuevo reto al sistema de salud peruano?

Señor editor: La obesidad representa un desafío para la salud pública en todo el mundo.¹ Entre 1975 y 2014, la prevalencia global de obesidad en adultos aumentó de 3.2 a 10.8% en hombres, y de 6.5 a 14.9% en mujeres.¹ De continuar esta tendencia, se pronostica que para 2025 la prevalencia alcanzará 18% en los hombres y superará 21% en mujeres a nivel mundial.¹ Este panorama es preocupante puesto que la obesidad se ha visto asociada a diversas enfermedades crónicas no transmisibles que en conjunto ocasionan cerca de 38 millones de muertes cada año.²

En vista de ello, la futura generación de médicos tendrá un rol protagónico en la lucha para reducir la obesidad. Estos, además de educar, deberán apoyar y dirigir a sus pacientes con sobrepeso hacia estilos de vida saludables. Sin embargo, la evidencia científica demuestra una realidad susceptible de cambio en los estudiantes de medicina, quienes muestran un índice de masa corporal (IMC) elevado debido a estilos de vida no saludables, tales como el sedentarismo, poca actividad física, estrés, ingesta de comida rápida, entre otros.^{3,4}

Para conocer los factores asociados con el sobrepeso y la obesidad en estudiantes de medicina se realizó un estudio en 75 estudiantes del cuarto año de medicina humana de Ica, Perú. Se midió el peso y la talla para calcular el IMC (peso [kg]/altura² [m²]), considerando como normal 18-24.9 kg/m², con sobrepeso 25-29.9 kg/m² y con obesidad ≥30 kg/m². Se aplicó un cuestionario prediseñado de 10 preguntas respecto a estilos de

vida, consumo de alcohol y tabaco, alimentación y antecedentes familiares con sobrepeso u obesidad. El análisis se realizó mediante Stata 14.0 (StataCorp; College Station, TX). El índice nutricional fue categorizado en normopeso y sobrepeso/obesidad, las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes, se realizaron modelos de regresión crudos y ajustados. Se consideró el valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Nuestros resultados en el cuadro I muestran que 30 estudiantes (40%) tienen sobrepeso u obesidad, de los cuales 23 son hombres (76.67%). En el análisis bivariado se encontraron diferencias significativas de los estudiantes con sobrepeso/obesidad con respecto al sexo masculino (RPc=2.19), tiempo de comer menor a 20 minutos (RPc=2.38), comer fuera de casa (RPc=2.05), consumo de alcohol (RPc=2.45) y consumo de tabaco (RPc=2.87).

En el análisis multivariado, comer en menos de 20 minutos (RPa=2.31) estuvo asociado a 1.31 veces más pre-

valencia de sobrepeso y obesidad,⁵ ya que al comer de manera rápida se acumulan calorías en exceso,⁶ y por ende genera incremento de peso. Asimismo, otro factor encontrado es el consumo de tabaco (RPa=2); el cual duplica la probabilidad de tener obesidad.

Los hallazgos de nuestra investigación y en la literatura resaltan la necesidad de desarrollar políticas en promoción de la salud hacia los estudiantes de medicina, quienes, además de obtener conocimientos, deberán ejercer aptitudes y comportamientos de estilos de vida saludables. Esperamos que a través de estos resultados se les logre concientizar, haciéndoles entender que son pilares fundamentales en la disminución del sobrepeso a nivel mundial.

J. Smith Torres-Roman, Est Med Hum,^(1,2)
jstorresroman@gmail.com
Luis M. Helguero-Santín, Est Med Hum,⁽³⁾
Janina Bazalar-Palacios, L en Enferm,⁽⁴⁾
Jose L. Avilez, Est Matemáticas,^(5,6)
Carlos Alberto Dávila-Hernández, MC.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú.

⁽²⁾ CONEVID, Unidad de Conocimiento y Evidencia, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

⁽³⁾ Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Piura, Piura, Perú.

⁽⁴⁾ Instituto de Investigación, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Chimbote, Perú.

⁽⁵⁾ CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

⁽⁶⁾ Facultad de Matemáticas, Universidad de Waterloo. Ontario, Canadá.

<http://doi.org/10.21149/8277>

Referencias

1. Collaboration NRF. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. *The Lancet* 2016;387(10026):1377-1396. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X)
2. World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. Switzerland:WHO, 2014.
3. Boo N, Chia G, Wong L, Chew R, Chong W, Loo R. The prevalence of obesity among clinical students in a Malaysian medical school. *Singapore Med J* 2010;51(2):126.
4. Gopalakrishnan S, Ganeshkumar P, Prakash M, Amalraj V. Prevalence of overweight/obesity among the medical students, Malaysia. *Med J Malaysia* 2012;67(4):442-444.

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS Y FACTORES ASOCIADOS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA CON SOBREPESO U OBESIDAD. ICA, PERÚ, 2016

Características	Sobrepeso/obesidad n(%)	Análisis RP(IC95%)	
		RPc(IC95%)	RPa(IC95%)
Sexo masculino	23 (76.67)	2.19 (1.07-4.47)*	1.14 (0.48-2.7)
Correr más de de 30 minutos al día	28 (93.33)	0.78 (0.28-2.2)	
Comer en menos de 20 minutos	24 (80)	2.38 (1.1-5.13)*	2.31 (1.25-4.27)*
Consumo de frutas y verduras diariamente	13 (43.33)	1.14 (0.65-2.00)	
Comer fuera de casa	20 (66.67)	2,05(1.11-3.79)*	1.37 (0.7-2.7)
Tomar ocho vasos de agua o más diariamente	17 (56.67)	1.2 (0.68-2.12)	
Consumo de bebidas azucaradas	9 (30)	1.58 (0.9-2.75)	
Consumo de alcohol al mes	19 (63.33)	2.45 (1.36-4.41)*	1.63 (0.74-3.59)
Consumo de al menos un cigarrillo al mes	6(20)	2.87 (2.07-3.98)‡	2 (1.17-3.4)*
Control del peso al mes	26 (86.67)	0.56 (0.29-1.07)	
Familiares obesos de primera generación	18 (60)	1.38 (0.77-2.46)	

RPc: Razón de prevalencias crudas RPa: Razón de prevalencias ajustadas; IC95%: Intervalo de confianza al 95% y valor p obtenidos con modelos lineales generalizados, con familia Poisson, función de enlace log, modelos robustos

* valor $p < 0.05$

‡ valor $p < 0.01$

5. Ohkuma T, Hirakawa Y, Nakamura U, Kiyohara Y, Kitazono T, Ninomiya T. Association between eating rate and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes* 2015;39(11):1589-1596. <http://doi.org/10.1038/ijo.2015.96>
 6. Park S, Shin WS. Differences in eating behaviors and masticatory performances by gender and obesity status. *Physiol Behav* 2015;138:69-74. <http://doi.org/10.1016/j.physbeh.2014.10.001>

Disfunción familiar en pacientes con intento de suicidio en el área de urgencias pediátricas

Señor editor: El intento de suicidio (IS) por adolescentes es una realidad¹ que requiere atención médica urgente porque ocasiona daños a la salud y la sociedad.

La OMS alerta sobre el incremento en las tasas, y México es el país con el mayor crecimiento.² El suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial y de las tres principales causas en México en este mismo grupo. Estos fallecimientos prematuros prevenibles evidencian la necesidad de tomar medidas para evitarlos.³ El conocimiento de las características personales y familiares de los menores que intentan suicidarse aporta elementos importantes para el análisis de los mecanismos involucrados en este problema.⁴

En el Hospital General Regional No. 1, de Chihuahua realizamos un estudio sobre IS en pacientes de urgencias pediátricas y su relación con disfunción familiar. Esta última está presente en problemas socioculturales y de salud,^{5,6} y es detectable y tratable. El estudio (observacional, comparativo, de casos y controles, con muestreo determinístico consecutivo), consideró como casos a pacientes que refirieran lesión autoinfligida o con el objetivo de acabar con su vida. Se evaluó el funcionamiento familiar del paciente en diferentes áreas y de algún familiar, mediante el instrumento FF-SIL.⁷

En seis meses se excedió el tamaño mínimo de muestra (14), lo que superó los registros del año anterior. Se excluyeron cinco casos, con lo cual se obtuvo un total de 20 casos y 40 controles de la misma edad y sexo. Los pacientes con IS tenían una edad media de 13.35 años, 95% cursaba la secundaria, 85% eran mujeres, 50% contaba con familiares con desórdenes psiquiátricos, 60% había estado en contacto con alcohol, tabaco o drogas. El principal desencadenante del IS (25%) fue la discusión o pelea con los padres y el método de realización más socorrido fue la ingesta de medicamentos tipo benzodiacepinas; 35% de éstos llegó a intoxicación medicamentosa.

La tipología familiar es similar entre casos y controles, descartando la asociación de IS con familias monoparentales, reconstruidas o modernas,⁴ características posiblemente originadas por la alta incidencia de divorcios y por la existencia de madres trabajadoras en el estado de Chihuahua.

De los pacientes con IS, 35% refiere que su familia es disfuncional,

contra 10% en las familias de los pacientes control ($\chi^2=5.56$, $p=0.018$). Sólo 5% de los familiares de pacientes con IS percibió disfunción familiar. Tanto pacientes con IS como sus familiares denotan deficiencia de afecto en su sistema familiar, no así los pacientes control o familiares de éstos, por lo que se puede considerar el afecto como un factor familiar protector contra IS en adolescentes (figuras 1 y 2).

Es importante mencionar que se observó subregistro del IS; predominio de horario nocturno; manejo heterogéneo del paciente, críticas y castigos por parte del personal de salud; ausencia de un área adecuada para la atención del IS; una vez dados de alta no se da seguimiento, lo que da pie a la recurrencia.

Sugerimos estudios de incidencia y prevalencia del IS en el nosocomio. Es preciso elaborar estrategias preventivas en torno al perfil del paciente en riesgo, trabajando como factor protector el afecto familiar; asimismo, es importante desarrollar la sensibilización del personal de salud

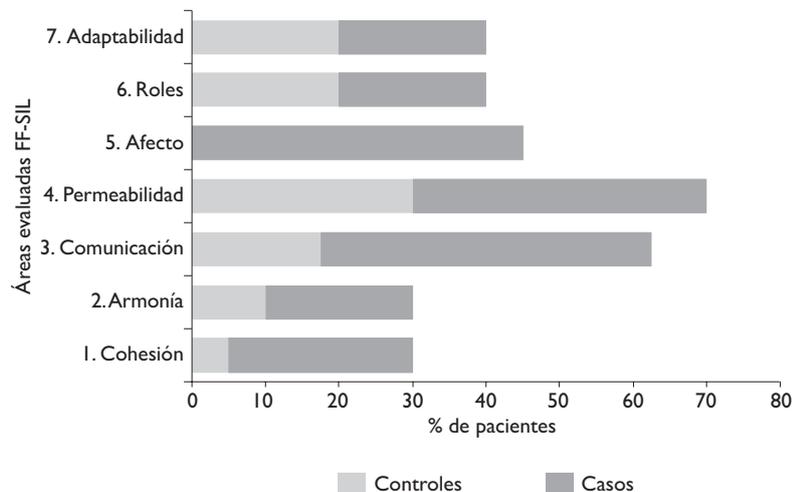


FIGURA 1. ÁREAS AFECTADAS DEL TEST FF-SIL EN PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No.1. MÉXICO, NOVIEMBRE 2013 A MAYO 2014