



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Sol-Pastorino, María; Vanegas-López, Jairo; Florenzano-Urzúa, Ramón
Salud mental con perspectiva de género
Salud Pública de México, vol. 59, núm. 6, noviembre-diciembre, 2017, pp. 601-602
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10653302001>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

CARTAS AL EDITOR

Salud mental con perspectiva de género

Señor editor: Enviamos los resultados preliminares de una investigación sobre salud mental y género llevada a cabo en Chile, según las puntuaciones obtenidas en una evaluación global de salud mental (para la cual se utilizó el cuestionario de resultados OQ-45.2, que mide sintomatología, rol social y relaciones interpersonales), realizada a hombres y mujeres con un diagnóstico de trastorno afectivo, tratados en el servicio de psiquiatría del Hospital del Salvador de Santiago de Chile.

La última Encuesta Nacional de Salud de Chile¹ señala que 25.7% de las mujeres presentó síntomas depresivos en el último año, en comparación con 8.5% de los hombres. Respecto a los autoreportes de depresión alguna vez en su vida, las mujeres presentaron 33.1% y los hombres 9.7%.²

El género se considera un determinante estructural de la salud. Hombres y mujeres cumplen diferentes roles dentro de diversos contextos sociales, los cuales influyen en sus comportamientos en relación con la salud mental.³ El análisis con perspectiva de género en salud tendrá en cuenta tales diferencias al momento de abordar los tratamientos para estudiar la morbilidad diferencial y desigual en que se presentan las

cifras de la depresión entre hombres y mujeres, respectivamente.

Se determinó la asociación entre los puntajes obtenidos en la admisión a tratamiento por trastornos del ánimo y subgrupos según sexo. Se analizó un total de 159 casos diagnosticados como trastorno afectivo: 103 mujeres y 56 hombres. Las mujeres obtuvieron peores resultados en la evaluación, excepto en el grado de suicidialidad* (cuadro I).

Este hallazgo aportó un antecedente sobre diferencias de género en la salud mental en mujeres chilenas.

* Las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado forma parte de un continuo de "suicidialidad" de creciente severidad.

Por lo anterior, creemos que es necesario considerar otros determinantes sociales de la salud, además del género, que podrían relacionarse con mayores desventajas en la salud mental de las mujeres respecto a los hombres.⁴⁻⁶

Estos resultados han de ser leídos en el contexto de los datos de esta muestra, donde las mujeres presentan mayor gravedad en sus cuadros afectivos que los hombres, lo cual también se relaciona con los procesos de vulnerabilidad, la experiencia de enfermedad, la manifestación de la enfermedad somática, la búsqueda de ayuda y la atención en los servicios sanitarios. De acuerdo con la evidencia, consideramos que esta desventaja en la salud mental de las mujeres respecto de los hombres también estaría

Cuadro I
DIFERENCIAS EN EL PUNTAJE GLOBAL EN SALUD MENTAL Y RIESGO SUICIDA SEGÚN SEXO. HOSPITAL DEL SALVADOR. SANTIAGO DE CHILE, 2014

Puntaje OQ 45	Mujeres (103)		Hombres (56)		Total n (159)		$(F=0.298, t=2.902, 157)$ $p=0.004$
	Media	DS	Media	DS	n	%	
Puntaje ingreso	101.56	34.936	86.57	31.619			
Riesgo suicida	n	%	n	%	n	%	$(X^2=0.487, 2g)$ $p=0.784$
Ideación suicida	26	21.3	18	14.8	44	36.1	
Intento suicida	24	19.7	13	10.7	37	30.3	
No suicidialidad	27	22.1	14	11.5	41	33.6	
Total	77	63.1	45	36.9	122	100	

relacionada con procesos de estratificación social tales como el empleo, la conciliación de la vida familiar y las tareas del hogar, las oportunidades y los recursos con los que cuentan.

Maria Sol-Pastorino, MSP, DCS,⁽¹⁾
mpastorino@cies.edu.ni
Jairo Vanegas-López, DSP,⁽²⁾
Ramón Florenzano-Urzúa, Psiq, MSP.⁽³⁾

⁽¹⁾ Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, UNAN. Managua, Nicaragua.

⁽²⁾ Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Obstetricia, Unidad Salud Pública, Universidad de Santiago de Chile. Santiago de Chile.
⁽³⁾ Universidad de Chile. Santiago de Chile.

<https://doi.org/10.21149/8508>

Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Tomo II.V: Resultados [internet]. Chile: Ministerio de Salud, 2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
2. Evans T, Mafubelu, D. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy. La agenda de mañana. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 2009.
3. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health [internet]. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf
4. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in 1990's. Soc Sci Med 1997;44(6):773-787.
5. Matud M, Guerrero K, Matías R. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en la depresión. Int J Clin Health Psychology 2006;6:7-21.
6. Bjerkeset O, Romundstad P, Gunnell D. Gender differences in the association of mixed anxiety and depression with suicide. Short Report. Br J Psychiatry 2008;192(6):474-475. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045203>

Detección de anticuerpos contra VIH a partir de muestras de sangre seca en papel filtro

Señor editor: En los últimos años se ha incrementado el uso de muestras de sangre seca en papel filtro (*dried*

blood spots, DBS) para detectar anticuerpos contra virus de la hepatitis C (VHC), virus dengue y VIH, entre otros.^{1,2} En el laboratorio de infecciones de transmisión sexual del Instituto Nacional de Salud Pública hemos utilizado DBS para detectar anticuerpos contra virus del herpes simplex tipo 2 y VHC,^{3,4} y recientemente implementamos el inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas (CMIA) (VIH Ag/Ab Combo de Abbott) en muestras DBS para detección antígeno/anticuerpo de VIH.⁵ El ensayo considera positivas las muestras con un índice ≥ 1 y negativas las muestras < 1 , sin una zona gris o indeterminada, por lo que determinamos una zona gris para mejorar la sensibilidad y especificidad de la prueba con DBS. Primero estandarizamos un par de pruebas para la detección de VIH con DBS: un ensayo tipo Western Blot (New Lav Blot 1, Bio-Rad VIH 1) y una prueba de aglutinación de partículas (Serodia VIH 1, Fujirebio Inc), utilizando un panel de muestra en paralelo, suero-DBS.

El ensayo de aglutinación mostró resultados claros tras una sola adaptación durante la preparación de la muestra eluida; en lugar de utilizar suero, se inició con un círculo de papel filtro o *spot* de 6 mm, que se eluyó en 300 μ l de amortiguador de lavado (elución por 12 h a 4 °C en movimiento mecánico). Con respecto a la prueba de Western blot, se utilizaron 250 μ l del eluido; posteriormente se diluyó con 2000 μ l de amortiguador de lavado, suficiente para observar las bandas claramente. Al utilizar dicha cantidad de eluido no se observaron bandas en las muestras negativas, lo que indica que no existe interferencia al utilizar una mayor concentración con DBS. Con ambos ensayos de DBS se observó 100% de concordancia con los resultados de suero, a partir de 15 muestras positivas y 15 negativas a VIH.

Se utilizó el método de aglutinación de partículas por su menor costo y mayor facilidad de ejecución para procesar muestras de DBS con resultado cercano al punto de corte para CMIA: 48 muestras con un índice de 0.5-0.99 y 53 muestras con índice de 1.0-2.99. Se confirmaron como positivas a VIH 12.5% de las muestras con índice de 0.5-0.99 y 62.3% en aquellas con un índice de 1.0-2.99. Se incrementó el porcentaje de pruebas confirmadas como positivas en función del índice, desde 5% en muestras con un índice de 0.5-0.74, hasta 100% en aquellas con un índice de 2.5-2.99 ($p < 0.001$, χ^2 de tendencia), tal como se presenta en el cuadro I. Proponemos que, al utilizar el ensayo CMIA con muestras de DBS, se cree una zona gris a partir de muestras con un índice de 0.75 a 2.49, con lo cual se evitaría 12.5% de muestras falsas negativas y 43.5% de falsas positivas, lo que aumentaría la sensibilidad y la especificidad del ensayo, de forma similar a la mencionada en estudios previos.

La mayoría de las pruebas serológicas están validadas para su uso a partir de muestras de suero o plasma, lo que hace necesaria la validación de cada prueba comercial si se usan

Cuadro I
CONFIRMACIÓN DE VIH POR
AGLUTINACIÓN DE PARTÍCULAS EN
MUESTRAS DBS CON RESULTADO
PREVIO DE CMIA. CUERNAVACA,
MORELOS, 2016

Índice	n	% positivas
0.50-0.74	20	5.0
0.75-0.99	28	17.9
1.00-1.49	26	42.3
1.50-1.99	10	60.0
2.00-2.49	10	90.0
2.50-2.99	7	100

DBS: *dried blood spots*

CMIA: inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas