



CURSO DE ORIENTACIÓN Y
NIVELACIÓN AL ESTUDIO
UNIVERSITARIO EN CIENCIAS
DE LA SALUD - 2024

ÁREA: COMPRENSIÓN DE TEXTOS

PROPUESTA DE TEXTOS ACADÉMICOS
PARA LECTURA Y ANÁLISIS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CATAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIVERSIDAD CORPORAL, PESOCENTRISMO Y DISCRIMINACIÓN: LA GORDOFOBIA COMO FENÓMENO DISCRIMINATORIO

Por Lucia Mancuso, Betania Longhi, María Gabriela Pérez.

<https://www.argentina.gob.ar/inadi/revista-inclusive/diversidad-corporal-pesocentrismo-y-discriminacion-la-gordofobia-como>

En sentido amplio, la discriminación es el mecanismo mediante el cual se jerarquizan personas o grupos de personas por alguna característica arbitraria a la que se le atribuyen condiciones de superioridad (o inferioridad). Este mecanismo, construido alrededor de las corporalidades, instala un modelo único, hegemónico, que funciona como ordenador social. Este modelo hegemónico de normalidad es uno de los dispositivos de poder más naturalizados de nuestra sociedad.

La discriminación hacia los cuerpos no hegemónicos puede ser entendida como uno de los efectos del disciplinamiento de los cuerpos, obstaculización de una vida libre de violencias que se expresa a través de distintos dispositivos como la estigmatización, la violencia, la discriminación y la patologización en tanto expresiones sociales e institucionales de eso que –con Foucault– podemos llamar biopoder normalizador contemporáneo. El disciplinamiento de los cuerpos no solo opera en lo que dice y hace, sino también en lo silenciado. Se expresa en las instituciones, en los discursos, en los enunciados científicos; incide en las políticas públicas; opera en la exclusión, en la marginalización y fundamentalmente en la estigmatización y modificación de los cuerpos. Es así como los “cuerpos que no entran en la norma” –particularmente, los cuerpos gordos– son objeto de discriminación, burlas, exclusión, violencia y vulneración de derechos.

En este artículo, ofreceremos un acercamiento a la identificación de una de las múltiples aristas que presenta la discriminación; en este caso, la gordofobia. Gordofobia es un término que, en su utilización, presenta ciertas complejidades. Hay quienes, por ejemplo, prefieren hablar de gordo-odio; pero independientemente de cómo se nombre, existe un acuerdo general con relación al fenómeno al que intentamos referir: se trata de un tipo específico de discriminación profundamente complejo y absolutamente naturalizado. Es en este hecho en el que radica su urgencia de abordaje. A veces mencionada como sobrepeso u obesidad, la gordura es motivo de un estigma social que atraviesa de modo determinante y transversal a todos los segmentos etarios y socioeconómicos de la población, y afecta en mayor medida a las mujeres, personas LGBTIQ+, afrodescendientes, indígenas, migrantes y demás personas racializadas. Nos referimos entonces a la gordofobia, para precisar y describir todas aquellas prácticas, discursos y acciones que burlan, marginan, estereotipan, prejuzgan, rechazan e implican la obstaculización o vulneración de los derechos de las personas bajo el pretexto de la gordura.

La que se conoce como perspectiva pesocentrista es un enfoque reduccionista que concibe al peso como un indicador suficiente para segregar entre personas “sanas” y “enfermas”, sin detenerse a considerar otros aspectos que hacen a la salud integral. Es una mirada simplista y estigmatizante que considera a la gordura no ya como un posible factor de riesgo (como también lo son el tabaquismo, el consumo de alcohol y de drogas, la hipertensión, etc.), sino como una enfermedad en sí misma.

La importancia de garantizar el acceso a la salud de aquellas personas con factores de riesgo es importante, pero la existencia de índices de estandarización que permiten medir y clasificar a las personas según su peso y altura como con “sobrepeso” u “obesas” –como el índice de masa corporal (IMC) u otros estudios antropométricos– nos aparta de la atención de la salud en forma integral, y –lejos de eliminar el estigma– produce una patologización y medicalización sobre los cuerpos. Que aún haya profesionales de la salud que tengan esta mirada sobre la gordura se vuelve preocupante y peligroso. Cuando este sesgo impide

que las personas sean atendidas integralmente, se vulneran sus derechos en nombre de una preocupación médica, anteponiendo el descenso de peso a otras preocupaciones. Al utilizar prioritariamente índices estandarizados (IMC) para clasificar a las personas en términos de delgadez/gordura – normalidad/anormalidad, solo se refuerzan y reproducen las prácticas y los discursos discriminatorios, violentos y gordofóbicos.

Sabemos que la gordofobia se extiende a casi todos los ámbitos sociales y que no está circunscrita a la interpretación médica. Es importante destacar que el tipo de discriminación que estamos describiendo no se acota a aquellas personas que ven afectada su salud por las diferentes enfermedades, sino que alcanza también a todas las demás personas que se ven (nos vemos) forzadas a encajar en un modelo único de cuerpo “normal”. Resulta fundamental desentrañar el núcleo de esta interpretación, ya que sobre la justificación “esto es por un tema de salud” se sostienen prácticas discriminatorias gordofóbicas. Así, nos proponemos analizar el discurso social ineludiblemente vinculado a la mirada pesocentrista alrededor de la gordura, para repensar los prejuicios y estereotipos instalados como parte del abordaje institucional impulsado desde el INADI.

¿Discriminación por obesidad y/o sobrepeso o discriminación gordofóbica?

En marzo de 2009, el INADI emitió un dictamen histórico sobre la temática, a partir de una denuncia de discriminación por caracteres físicos: una aerolínea le exigía a un pasajero el pago de un segundo pasaje por no caber en un asiento del avión.

El dictamen hace un análisis del caso, considerando que en principio la obesidad y el sobrepeso deben ser considerados una enfermedad o al menos como factor de riesgo, y por ende la acción de la aerolínea afecta los derechos de las personas usuarias a acceder al servicio sin discriminación. Sin embargo, el dictamen agrega una dimensión: “el concepto cultural de obesidad difiere del biológico y evolutivo. De ahí que la definición social de tamaño y forma corporal ideales, responde más a estándares estéticos que a razones médicas”.(1)

En ese entonces, el INADI promovía la atención de la obesidad y el sobrepeso como enfermedades, como estrategia de inclusión de su tratamiento en el plan médico obligatorio (PMO), atendiendo a la cantidad de actos discriminatorios dirigidos a esta población específica, sin dejar de señalar el vínculo que existía entre el requerimiento discriminatorio de la aerolínea y el desconocimiento o negación de la diversidad corporal, que replicaba estándares de “normalidad” hegemónica sobre los cuerpos, a través de una política empresaria sin ninguna relación con la salud del damnificado.

En el Mapa Nacional de la Discriminación del 2013,(2) el INADI relevó que las personas que experimentaron discriminación por obesidad y/o sobrepeso se encontraban entre los cuatro primeros grupos discriminados, después de los que experimentaron discriminación por situación socioeconómica, por color de piel y por el país de origen. Y luego –según el relevamiento realizado por el INADI durante 2019, cuyos resultados son aún preliminares– la discriminación por obesidad y/o sobrepeso ha cobrado aún mayor importancia en las motivaciones discriminatorias, ubicándose ahora en el tercer lugar dentro de los tipos de discriminación más experimentados, luego del racismo estructural y la discriminación por características estéticas.

Como puede reconocerse, si bien el INADI ha comprendido y abordado la gordofobia como un fenómeno social discriminatorio desde hace más de diez años, este ha ido variando en su terminología, profundización y paradigmas para su consideración. Los paradigmas históricos han surgido en diálogo y a través de los discursos políticos de derechos humanos que han ido modificándose en el tiempo, y eso ha llevado a abordar la problemática desde distintas dimensiones, como, por ejemplo, desde la discriminación por caracteres físicos por diversidad corporal o por motivos estéticos, hasta el dar prioridad a una mirada sanitarista. Este proceso se vio influenciado por el espíritu de la época, tal como queda plasmado en la Ley N.º 26.396/08 y su Decreto Reglamentario que, entre otras cuestiones, definen bulimia, anorexia y obesidad como ‘una serie de trastornos alimentarios’, identificando a la población y asignándole nuevos y específicos derechos.

Sin embargo, a través de la reflexión crítica, la recuperación de los aportes del activismo gordo, feminista y LGBTIQ+ (y el diálogo con sus organizaciones), el INADI se encuentra desarrollando un cambio o, más bien, una profundización del enfoque en el camino hacia la construcción de una perspectiva antigordofóbica que nos permita dimensionar el fenómeno discriminatorio, priorizando una perspectiva interseccional e intercultural que incluya la crítica al pesocentrismo, paradigma que, de modo arbitrario,(3) toma las medidas de las personas como factor de clasificación y jerarquización social, reproduciendo prejuicios y estereotipos que vulneran sus derechos, pudiendo incluso provocar padecimientos en la salud física y mental de las personas, además de que sustentan la mayoría de los discursos contemporáneos de estigmatización, odio y discriminación.

El desafío es poner en tensión el sentido común que, por un lado, afirma sencillamente que la delgadez es sinónimo de salud-bienestar-éxito-felicidad y, por el otro, continúa creyendo que quienes están fuera de los índices de peso (IMC) se encuentran necesariamente enfermos, sosteniendo y difundiendo prácticas y discursos que, a través de la patologización, profundizan el estigma social. Para ello, es necesario interpelar el discurso social instalado que castiga, violenta y maltrata a las personas gordas, especialmente a las mujeres e identidades feminizadas bajo el argumento de la “preocupación por su salud”. Nos preguntamos: ¿cuáles son las consecuencias que tiene esta mirada disciplinadora sobre las personas gordas?, ¿y sobre las personas flacas? ¿Dónde encontramos refugio todas las personas que no encajamos en el modelo de normalidad?

Salud a primera vista

Las situaciones discriminatorias derivadas de la gordofobia implican una enorme cantidad de derechos vulnerados y experiencias violentas que atraviesan la vida de las personas gordas: durante la infancia en la escuela; durante la adolescencia, en los boliches; durante la juventud, en la dificultad de conseguir trabajo; el disfrute de una obra de teatro en salas con sillas pequeñas; bares con baños estrechos; tomógrafos solo para personas flacas; consulta médica en un camilla angosta y podríamos describir muchos más ámbitos, momentos y dimensiones de la vida en los que el estigma se hace presente. Las situaciones son múltiples y están profundamente naturalizadas.

Cuando estas situaciones son problematizadas, suele aparecer como pretexto la preocupación por la salud de la persona gorda: a la persona responsable de la infancia se le sugerirá mejorar la alimentación de su hijo/a; a la persona joven o adulta que vaya al gimnasio o se alimente distinto. El comentario suele basarse en el peso e implica que la persona debe cambiar. Aun sin que la persona haya pedido un consejo, la razón que habilita a darlo es una pretendida búsqueda del “bien” respecto de su salud. Sin embargo, debemos aclarar que no todo el “sobrepeso” se funda en razones alimentarias, ni se disminuye mediante dietas restrictivas. La pregunta es, entonces, ¿cómo sabemos que la persona gorda está enferma? ¿Estar delgado es sinónimo de ser o estar sano? ¿Podemos afirmar esta asimilación? Este vínculo discursivo tan estrecho entre el peso y la salud termina exigiendo a todas las personas que se ajusten a un (único) formato corporal que no solo es ideal –y por lo tanto, inalcanzable–, sino que en muchas ocasiones implica restricciones y sufrimientos peores que los que podrían acarrear esos kilos “de más”.

El círculo vicioso se conforma por este pensamiento simplista-reduccionista de la salud: su discurso, su estigmatización, su fundamentación de la violencia simbólica y, finalmente, su habilitación o naturalización de prácticas discriminatorias y violentas sustentan la gordofobia. Así, si lo que realmente interesara fuera hablar de parámetros de salud, podríamos tener en cuenta otras definiciones, como por ejemplo la definición de la OMS que afirma que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esto implica que la salud de una persona no puede ser evaluada a primera vista, con la presunción de que su tamaño o peso de por sí indican algún tipo de enfermedad. Por lo mismo, es importante señalar que una persona que bajó de peso o se encuentra “flaca” no necesariamente se encontrará más sana, sino que incluso la delgadez puede deberse a alguna situación que afecte su salud.

La importancia de desarmar este prejuicio tan instalado no solo reside en la necesidad de desarticular las prácticas discriminatorias gordofóbicas, sino también en poder liberarnos como sociedad de la atadura de la delgadez como mandato. Un obstáculo que todos enfrentamos, y que puede determinar el acceso a los derechos humanos y su cumplimiento. Finalmente, estamos convencidas de que la patologización de la gordura no responde a cuestiones de salud –ya que nunca existe un único indicador para evaluar la salud integral de las personas–, sino a una forma de disciplinamiento social y normalización que recae –con especial violencia e incluso como una forma de obediencia autoimpuesta– sobre los cuerpos de las mujeres e identidades feminizadas.

El rol del INADI

Como organismo rector en la materia, debemos actualizar el abordaje institucional sobre la discriminación a las personas gordas. En este sentido, no solo realizamos una revisión crítica de los abordajes históricos desarrollados por el INADI, sino que también apostamos a la visibilización, difusión y profundización de miradas desnormalizadoras que hace ya años vienen ofreciendo los activismos y la academia. Es por ello que, durante el 2020, organizamos los primeros conversatorios sobre el tema,⁽⁴⁾ en los que referentes y activistas en la temática compartieron sus reflexiones y perspectivas sobre los posibles abordajes de la problemática. Desde aquella instancia, continuamos trabajando con vistas a instalar la problematización de la gordofobia como discurso esencialmente pesocéntrico y discriminatorio y proponiendo distintas estrategias de incidencia. Como parte de ese trabajo, venimos acompañando técnicamente al comité redactor de la reglamentación de la Ley N.º 27.521, más conocida como “Ley de Talles”, con el objetivo de impulsar entre otras medidas el estudio antropométrico nacional, que permita conocer las medidas reales de la población y así facilitar la construcción de estándares nacionales para la fabricación de ropa y calzado, teniendo en cuenta las características propias.

El INADI tiene como herramienta la promoción de políticas públicas de reparación, reconocimiento y garantía de goce de los derechos humanos en igualdad y sin discriminación para todas las personas; en especial para quienes son socialmente interpretadas como “alejadas de la norma” y particularmente aquellas con cuerpos no hegemónicos. Es así como la propuesta de abordaje que aquí compartimos parte de la convicción de que toda persona tiene derecho a ser tratada con respeto y dignidad, y debe acceder a todas las posibilidades que estén a su disposición para alcanzar el mayor grado de bienestar y realización posible. Asimismo, toda persona tiene derecho a vivir dignamente y a no ser sometida a tecnologías ni dispositivos que intenten hacerla encajar en moldes ajenos y violentos.

Con la convicción de aportar en este sentido, y fortaleciendo el respeto hacia todos los cuerpos que bajo el pretexto de la salud aún se enfrentan a la estigmatización, discriminación y exclusión, el INADI asume el compromiso social de transformar las miradas y prácticas discriminatorias para consolidar una sociedad que realmente celebre y ya no reprima la diversidad corporal.

La dimensión social del discurso gordofóbico necesita ser revisada. Sus mensajes violentos y agresivos, a la vez que invisibilizadores en torno a las personas gordas son moneda corriente en ámbitos tan plurales como los servicios públicos y privados, la moda, las redes, las empresas y los medios de comunicación. Es en este marco que proponemos evitar la normalización, la generalización, la estigmatización y la burla de las personas gordas en todos los ámbitos y dimensiones de la vida cotidiana. En su lugar, recomendamos favorecer miradas que respeten, tengan presente y visibilicen las diferencias y diversidad de cuerpos que nos constituyen como pueblo, promoviendo la inclusión de estas personas en las producciones audiovisuales, espacios de difusión y medios de comunicación, fomentando la salud integral desde una perspectiva de derechos humanos y garantizando el pleno acceso a los derechos al trabajo, la educación, vestimenta, recreación, cultura, entre otros, sin discriminación.

Abogamos por lograr el respeto hacia todos los cuerpos que, bajo el pretexto de la salud, son objeto de estigmatización, discriminación y exclusión. Garanticemos políticas públicas inclusivas y asumamos el compromiso social de transformar nuestras miradas y prácticas celebrando la diversidad corporal.

1 Ver Dictamen N.º 046-09, Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), 2009, 19.

2 Las categorías utilizadas se encuentran hoy revisadas por ser patologizantes, a la luz de la revisión metodológica relatada.

3 Como en toda práctica discriminatoria, el factor que se distingue de otros no posee ningún fundamento. La delgadez, por ejemplo, también podría ser socialmente leída como factor de riesgo para la salud, sin embargo, no es una característica que participe de las clasificaciones discriminatorias.

4 Conversatorios organizados por el INADI: “¿Qué ves cuando me ves? Reflexiones sobre la hegemonía, la discriminación y la política de los cuerpos”, julio 2020.

SALUD MENTAL: FORTALECER NUESTRA RESPUESTA

Algunos datos

- Existen estrategias asequibles, eficaces y viables para promover, proteger y recuperar la salud mental.
- La necesidad de actuar en relación con la salud mental es indiscutible y urgente.
- La salud mental tiene un valor intrínseco y fundamental y es parte integral de nuestro bienestar general.
- La salud mental está determinada por una compleja interacción de factores de estrés y vulnerabilidad individuales, sociales y estructurales.

Conceptos sobre la salud mental

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes.

Las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. Las personas que las padecen son más propensas a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, aunque no siempre es necesariamente así.

Determinantes de la salud mental

A lo largo de la vida, múltiples determinantes individuales, sociales y estructurales pueden combinarse para proteger o socavar nuestra salud mental y cambiar nuestra situación respecto a la salud mental.

Factores psicológicos y biológicos individuales, como las habilidades emocionales, el abuso de sustancias y la genética, pueden hacer que las personas sean más vulnerables a las afecciones de salud mental.

La exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental.

Los riesgos pueden manifestarse en todas las etapas de la vida, pero los que ocurren durante los períodos sensibles del desarrollo, especialmente en la primera infancia, son particularmente perjudiciales. Por ejemplo, se sabe que la crianza severa y los castigos físicos perjudican la salud infantil y que el acoso escolar es un importante factor de riesgo de las afecciones de salud mental.

Los factores de protección se dan también durante toda la vida y aumentan la resiliencia. Entre ellos se cuentan las habilidades y atributos sociales y emocionales individuales, así como las interacciones sociales positivas, la educación de calidad, el trabajo decente, los vecindarios seguros y la cohesión social, entre otros.

Los riesgos para la salud mental y los factores de protección se encuentran en la sociedad en distintas escalas. Las amenazas locales aumentan el riesgo para las personas, las familias y las comunidades. Las

amenazas mundiales incrementan el riesgo para poblaciones enteras; entre ellas se cuentan las recesiones económicas, los brotes de enfermedades, las emergencias humanitarias y los desplazamientos forzados, y la creciente crisis climática.

Cada factor de riesgo o de protección tiene una capacidad predictiva limitada. La mayoría de las personas no desarrollan afecciones de salud mental, aunque estén expuestas a un factor de riesgo, mientras que muchas personas no expuestas a factores de riesgo conocidos desarrollan una afección de salud mental. En todo caso, los determinantes de la salud mental, que están relacionados entre sí, contribuyen a mejorar o socavar la salud mental.

Promoción de la salud mental y prevención de las afecciones de salud mental

Las intervenciones de promoción y prevención se centran en identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental, para luego intervenir a fin de reducir los riesgos, aumentar la resiliencia y crear entornos favorables para la salud mental. Pueden ir dirigidas a individuos, grupos específicos o poblaciones enteras.

Actuar sobre los determinantes de la salud mental requiere a veces adoptar medidas en sectores distintos del de la salud, por lo que los programas de promoción y prevención deben involucrar a los sectores responsables de educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda y protección social. El sector de la salud puede contribuir de modo significativo integrando los esfuerzos de promoción y prevención en los servicios de salud, y promoviendo, iniciando y, cuando proceda, facilitando la colaboración y la coordinación multisectoriales.

La prevención del suicidio es una prioridad mundial y forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Algunas medidas permitirían avanzar considerablemente al respecto, como limitar el acceso a los medios de suicidio, fomentar una cobertura mediática responsable, promover el aprendizaje socioemocional en los adolescentes y favorecer la intervención temprana. Prohibir los plaguicidas muy peligrosos es una intervención particularmente económica y rentable para reducir las tasas de suicidio.

La promoción de la salud mental de los niños y adolescentes es otra prioridad, que puede lograrse mediante políticas y leyes que promuevan y protejan la salud mental, apoyando a los cuidadores para que ofrezcan un cuidado cariñoso, poniendo en marcha programas escolares y mejorando la calidad de los entornos comunitarios y en línea. Los programas de aprendizaje socioemocional en las escuelas son de las estrategias de promoción más eficaces para cualquier país, independientemente de su nivel de ingresos.

La promoción y protección de la salud mental en el trabajo es una esfera de interés creciente, que puede favorecerse mediante la legislación y la reglamentación, estrategias organizacionales, capacitación de gerentes e intervenciones dirigidas a los trabajadores.

Atención y tratamiento de la salud mental

Las iniciativas nacionales de fortalecimiento de la salud mental no deben limitarse a proteger y promover el bienestar mental de todos, sino también atender las necesidades de las personas que padecen afecciones de salud mental.

Esto debe hacerse mediante la atención de salud mental de base comunitaria, que es más accesible y aceptable que la asistencia institucional, ayuda a prevenir violaciones de derechos humanos y ofrece mejores resultados en la recuperación de quienes padecen este tipo de afecciones. La atención de salud mental de base comunitaria debe proporcionarse mediante una red de servicios interrelacionados que comprendan:

- servicios de salud mental integrados en los servicios de salud generales, ofrecidos comúnmente en hospitales generales y en colaboración con el personal de atención primaria no especializado;

- servicios comunitarios de salud mental a nivel comunitario, que puedan involucrar a centros y equipos comunitarios de salud mental, rehabilitación psicosocial, servicios de apoyo entre pares y servicios de asistencia para la vida cotidiana, y
- servicios que brinden atención de salud mental en los servicios sociales y entornos no sanitarios, como la protección infantil, los servicios de salud escolar y las prisiones.

Dado el enorme déficit de atención de diversas afecciones de salud mental, como la depresión y la ansiedad, los países deben encontrar formas innovadoras de diversificar y ampliar la atención para estas afecciones, por ejemplo, mediante servicios de asesoramiento psicológico no especializado o de autoayuda digital.

Respuesta de la OMS

Todos los Estados Miembros de la OMS se han comprometido a aplicar el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, cuyo objetivo es mejorar la salud mental por medio de un liderazgo y una gobernanza más eficaces, la prestación de una atención completa, integrada y adaptada a las necesidades en un marco comunitario, la aplicación de estrategias de promoción y prevención, y el fortalecimiento de los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones. El Atlas de Salud Mental 2020 de la OMS mostró que los países habían obtenido resultados insuficientes en relación con los objetivos del plan de acción acordado.

En el Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos, publicado por la OMS, se hace un llamamiento a todos los países para que aceleren la aplicación del plan de acción y se afirma que todos los países pueden lograr progresos significativos en la mejora de la salud mental de su población si se concentran en las siguientes tres «vías de transformación»:

- aumentar el valor que otorgan a la salud mental las personas, las comunidades y los gobiernos, y hacer que todas las partes interesadas, de todos los sectores, se comprometan en favor de la salud mental e inviertan en ella;
- actuar sobre las características físicas, sociales y económicas de los medios familiares, escolares, laborales y comunitarios en general a fin de proteger mejor la salud mental y prevenir las afecciones de salud mental, y
- fortalecer la atención de salud mental para que todo el espectro de necesidades en la materia sea cubierto por una red comunitaria y por servicios de apoyo accesibles, asequibles y de calidad.

La OMS hace especial hincapié en la protección y la promoción de los derechos humanos, el empoderamiento de las personas que experimenten afecciones de salud mental y la elaboración de un enfoque multisectorial en que intervengan diversas partes interesadas.

La OMS sigue trabajando a escala nacional e internacional, en particular en entornos humanitarios, para proporcionar a los gobiernos y asociados el liderazgo estratégico, los datos científicos, las herramientas y el apoyo técnico necesarios para fortalecer una respuesta colectiva a la salud mental y permitir una transformación que favorezca una mejor salud mental para todos.

17 de junio de 2022

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Por: Alejandra Vazquez. Licenciada en Psicología, especialista en violencia junio 25, 2021

<https://surcos.org/web/violencia-psicologica-hacia-las-personas-mayores-un-maltrato-invisible/#:~:text=Violencia%20psicol%C3%B3gica%20hacia%20las%20personas%20mayores%3A%20un%20maltrato%20invisible>

La violencia hacia las personas mayores es una problemática social que estuvo invisible durante muchos años. Ciertos factores socio culturales contribuyeron en gran medida a limitar la atención hacia este grupo etéreo y, por ende, dificultaron su detección.

El envejecimiento demográfico de la población puede tener repercusiones potenciales para la incidencia de maltrato de personas mayores en los ámbitos familiar y social. Las proyecciones sugieren que la proporción de adultos mayores no sólo continuará incrementándose, sino que también la franja de personas mayores que está por sobre los 75 años también crecerá, con el consiguiente riesgo para los problemas de salud y con demandas de cuidados que también se incrementarán.

En la actualidad, las familias continúan siendo las que brindan cuidados en primer término y por mayor tiempo a los mayores. Este apoyo permite que éstos últimos permanezcan en su entorno familiar. Pero esta situación, si bien por un lado beneficia a la persona mayor que puede continuar conviviendo con su entorno afectivo, por otro, puede estar acompañada por un riesgo creciente de perpetrar algún tipo de abuso y/o maltrato.

Las investigaciones sobre esta problemática indican que los miembros de la familia que permanecen más frecuentemente en contacto con la persona mayor son los principales perpetradores, particularmente los hijos y los cónyuges. Surge de las mismas investigaciones que el victimario típico es un hijo, menor de 60 años, quien generalmente vive con ella o se encuentra cerca de ella.

La Dra. Alejandra Vázquez, integrante de Surcos AC, junto a Diego Oscar Ortiz, analizan este tema en el texto titulado Las violencias invisibilizadas: el maltrato emocional hacia las personas mayores. El objetivo de este artículo es aportar conocimientos respecto de las diferentes modalidades bajo las cuales se presenta la violencia psicológica hacia las personas mayores y los aspectos jurídicos vinculados a la intervención en la problemática.

Violencia psicológica en las personas mayores: algunas conclusiones

Uno de los mitos sobre la violencia que aparece frecuentemente está vinculado a la afirmación “la violencia psicológica no es tan grave como la violencia física”, sin embargo, muy lejos de la realidad, este tipo de violencia genera graves consecuencias en la salud física y emocional de las personas. La afectación de la autoestima, los cuadros depresivos o psicosomáticos, el estrés o los cuadros de ansiedad son sólo algunas de las consecuencias en la salud de las personas mayores. Estos mitos suelen perpetuar la problemática y la falsa creencia que solo la violencia que provoca daños visibles en el cuerpo puede ser denunciada. Tal como fue descrito en el presente artículo, la legislación actual posee fundamento suficiente para que la violencia psicológica sea denunciada.

Un abordaje integral de la problemática de la violencia hacia las personas mayores requiere la necesidad de un enfoque interdisciplinario, cuyas intervenciones estén dirigidas hacia los múltiples determinantes de la violencia. El fortalecimiento de las relaciones intergeneracionales, las acciones dirigidas a fomentar una imagen positiva del envejecimiento, así como la articulación efectiva de los Organismos que intervienen en

el abordaje de la problemática para optimizar la respuesta institucional, forman parte del abordaje integral y de la visibilización de las violencias perpetradas hacia las personas mayores.

LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

abril 7, 2021

<https://surcos.org/web/personas-mayores-politicas-publicas/#:~:text=Los%20derechos%20de,abril%207%2C%202021>

Una sociedad para todas las edades significa una sociedad sin discriminación por motivos de edad, una sociedad en que cada persona tenga la oportunidad de realizarse libremente y de llevar una vida productiva y satisfactoria.

Los derechos humanos pueden ser definidos como la normativa de protección, principalmente de la vida y la dignidad del ser humano, con independencia de cualquier nacionalidad, etnia, género, edad, opinión política, posición económica, religión.

Considerando el contexto en relación con los aspectos sociodemográficos, la población de América Latina y el Caribe envejece significativamente debido a la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la expectativa de vida; lo cual significa que una de las consecuencias sea que la población de 60 años y más crezca en forma constante. Esta tendencia hace necesario que los Estados generen políticas públicas que atiendan especialmente a las personas adultas mayores, y que lo hagan con un enfoque de integración e inclusión que impacte positivamente en la calidad de vida de la población y en el desarrollo de los países.

En el escenario de envejecimiento poblacional mundial, la Convención Interamericana de protección de los derechos de las personas mayores consolida la inclusión de la vejez en la agenda prioritaria de derechos humanos. Su aprobación implica, a su vez, un cambio de paradigma en la concepción sobre las personas mayores, motivo por el cual los Estados deben asumir un papel más activo para que puedan ejercerlos, en condiciones de igualdad y con plena integración y participación en la sociedad.

La Convención fue adoptada por la Organización de los Estados Americanos durante la 45ª Asamblea General de la OEA el 15 de junio de 2015 y ratificada por la Argentina en mayo de 2017 mediante la Ley 27.360. Representó un salto cualitativo en la consideración de este colectivo, generándose un marco normativo que obliga a los Estados firmantes a desplegar una serie de instrumentos tendientes a cumplir y hacer cumplir esos derechos consagrados.

Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad y los documentos aprobados por la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid, en el año 2002, han marcado un importante avance en el reconocimiento de aspectos vinculados a los derechos de las personas mayores.

Esta asamblea tuvo como objetivo realizar un examen global de los avances logrados desde la primera Asamblea Mundial y acordar un plan de acción y una estrategia con los cuales los países enfrentarían las consecuencias del proceso de envejecimiento de sus poblaciones, en un contexto de una sociedad para todas las edades. Comprometía a los gobiernos a diseñar y ejecutar medidas que hicieran frente a los retos planteados por el proceso de envejecimiento y proponía una cantidad de recomendaciones sobre tres temas prioritarios: los adultos mayores y el desarrollo, mejoramiento de la salud y el bienestar en los adultos mayores y creación de ambientes favorables y de apoyo.

La Declaración de Brasilia es otro documento positivo que antecede a la Convención, ya que recomienda la designación de un relator especial sobre derechos humanos de las personas mayores en el ámbito de

las Naciones Unidas, una figura trascendental que ayudará a los países a avanzar en la concreción y la redacción de una convención sobre los derechos de las personas adultas mayores.

Finalmente, luego de largos años de trabajo, la Convención se convierte en el nuevo estándar del continente americano, sentando de esta forma un precedente a nivel mundial. Los primeros países en firmar el documento fueron Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Uruguay y República Dominicana.

El artículo 3 de la Convención establece una serie de principios generales para la aplicación del instrumento que son: la promoción y defensa de los derechos humanos y de la persona mayor, la valorización de su papel en la sociedad y contribución al desarrollo, la dignidad, independencia, protagonismo y la autonomía, la igualdad y no discriminación, la participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad. La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida, entre otros.

La Convención reconoce que la persona a medida que envejece debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económicas, social, cultural y política de sus sociedades. Por otra parte, destaca la necesidad de abordar los asuntos sobre la vejez desde una perspectiva de derechos humanos que reconozca las contribuciones de la persona mayor a la identidad cultural, al desarrollo humano, social, económico y a la erradicación de la pobreza.

En este sentido, desde Surcos AC implementamos programas y proyectos en un trabajo articulado con los referentes de las comunidades y los Municipios locales, favoreciendo la conformación de redes de respuesta intersectoriales que promuevan el envejecimiento activo, la construcción de capacidades y la promoción de los derechos de las personas mayores.

La política pública de Envejecimiento Activo es el resultado de un proceso altamente participativo, concertado y articulado, entre diversos actores institucionales y sociales que son el reflejo de intereses conjuntos en la transformación de la calidad de vida de las personas mayores. Es por ello que asesoramos a los gobiernos locales en el diseño e implementación de políticas públicas sobre los determinantes de la salud en todas las etapas del curso de vida con un enfoque intergeneracional, con el fin de fomentar el envejecimiento activo y saludable.

Creemos que el envejecimiento activo y la perspectiva de derechos de las personas mayores es un nuevo paradigma y a la vez, junto a otros elementos, es una excelente herramienta para diseñar e implementar acciones a todos los niveles, desde el plano de la acción pública de responsabilidad gubernamental, legislación y políticas públicas y programas públicos, hasta la promoción de sinergias con otros actores sociales no gubernamentales y, por supuesto, la acción y beneficio de cada uno de los individuos de la sociedad.

LA PANDEMIA Y LAS VIOLENCIAS HACIA LAS PERSONAS MAYORES

<https://surcos.org/web/la-pandemia-visibiliza-las-violencias-hacia-las-personas-mayores/#:~:text=La%20pandemia%20y%20las%20violencias%20hacia%20las%20personas%20mayores>

septiembre 9, 2021

La situación epidemiológica por COVID 19 y las consecuentes medidas sanitarias como el aislamiento social, preventivo y obligatorio han visibilizado y acentuado los prejuicios y discriminaciones hacia las personas mayores existentes en nuestra sociedad, configurando concepciones y prácticas “viejistas”.

El concepto de “viejismo” ha sido definido como un conjunto de representaciones imperantes en una cultura que asocian a la vejez con concepciones negativas tales como declinación física y mental, decrepitud, enfermedad, inutilidad. Concepciones y actitudes prejuiciosas que llevan a la marginación de las personas mayores. Estos mitos acerca de la vejez son ideas netamente culturales, implican desconocer la noción de proceso de envejecimiento y rotulan y cosifican a las personas.

La representación social de las personas mayores en nuestra sociedad pareciera tener una carga simbólica en la que su vida adquiere importancia proporcional a la capacidad de producción.

La pandemia ha sacado a la luz una multiplicidad de situaciones críticas para este grupo de edad. Por un lado, la cantidad de personas mayores que viven solas y que carecen de redes de apoyo social y son víctimas de maltrato estructural, en tanto carecen de recursos para solventar sus necesidades básicas, vulnerando el ejercicio de sus derechos. En este contexto de grandes desigualdades sociales es fundamental pensar qué alternativas ofrecer a las personas mayores en situación de calle, qué soportes sociales ofrecer para suplir espacios de encuentro como centros de jubilados, clubes, centros de día a los que ya no podrán concurrir y de los que recibían apoyo a algunas de sus necesidades.

Por otro lado, visibilizó prejuicios relacionados a la fragilidad, vulnerabilidad y deterioro. Si bien es cierto que las personas mayores forman parte del grupo de riesgo, la edad por sí misma no representa un factor de vulnerabilidad, las vejez son heterogéneas y hay que considerar a su vez las enfermedades preexistentes. Por lo tanto, la vejez no es sinónimo de enfermedad. En relación con esto el contexto actual puso de manifiesto una de las violencias más invisibilizada y naturalizada, la violencia simbólica, la cual está vinculada a las concepciones estereotipadas, actitudes prejuiciosas y trato desigual a una persona mayor en función de su edad.

De esta manera se acentuaron múltiples concepciones que asocian la vejez con la debilidad y la imposibilidad de tomar decisiones, lo cual puede incidir en forma negativa en la salud emocional de las personas mayores. Con el correr de los días en cuarentena, han circulado en los medios de comunicación, innumerables concepciones acerca de la fragilidad emocional de las personas mayores para enfrentar el confinamiento, sin embargo, son quienes menos han transgredido el aislamiento preventivo y obligatorio. Por otra parte, tenemos que considerar que las personas mayores por su experiencia han vivido más situaciones adversas, pérdidas y duelos que otras generaciones más jóvenes, lo cual también favorece mayores mecanismos de afrontamiento ante situaciones de crisis.

El género y la generación son dos variables que corren el riesgo de aumentar la brecha de desigualdad considerando el colectivo de riesgo que representan las personas mayores, en un mayor porcentaje las mujeres, víctimas de violencia en sus diferentes modalidades, que se encuentran confinadas con sus perpetradores. El aislamiento preventivo es una medida necesaria para proteger la salud de las personas, pero representa un factor de riesgo en situaciones de violencia. Además de incrementarse el riesgo en la frecuencia y gravedad de los hechos de violencia, disminuyen las posibilidades de las personas mayores de denunciar y de acceder a redes de apoyo social y comunitario.

La realidad del maltrato a la persona mayor es muy compleja, puede manifestarse en diferentes escenarios (social, institucional e intrafamiliar), presentarse de diversas formas (maltrato físico, psicológico, sexual, económico) y con múltiples factores de riesgo. Esto se agrava con el incremento de problemas económicos que trajo el desempleo durante la cuarentena y el aumento de los niveles de frustración en los varones que ejercen violencia al sentir que han perdido el control en otros aspectos de su vida y que se ha dañado su identidad masculina, hegemónica y patriarcal, incrementándose el riesgo del ejercicio de la violencia, tal como lo define la Organización de las Naciones Unidas. Este escenario propicia el abuso financiero a través de la apropiación ilegal de los recursos económicos de las personas mayores, cuyos victimarios en mayor porcentaje son los hijos varones de mediana edad, desocupados, con consumo problemático de drogas y/o alcohol.

Los centros de jubilados y las organizaciones de la sociedad civil suelen formar parte de las redes comunitarias donde participan las personas mayores y los primeros espacios a los que recurren en búsqueda de apoyo ante esta problemática, lo cual se ve afectado en la situación de aislamiento.

Es fundamental reforzar las acciones y dispositivos de atención a las personas mayores en situación de violencia en el marco de la Emergencia Sanitaria, establecer estrategias de comunicación para facilitar el acceso a los recursos institucionales, así como el acceso a Justicia.

Por otra parte, la Convención Interamericana de protección de los derechos de las personas mayores representa un marco normativo que marca el rumbo de las acciones gerontológicas desde el enfoque de derechos, para garantizar un envejecimiento activo, saludable, con calidad de vida y dignidad. En su Artículo 5 hace referencia al rol más activo que deben asumir los Estados para prevenir, sancionar y erradicar la violencia, así como adoptar y fortalecer medidas de protección especial de las personas mayores, sean legislativas, judiciales, administrativas o presupuestarias

La Superintendencia de la Cámara Nacional en lo Civil ordenó desde que rige la cuarentena obligatoria prorrogar automáticamente por sesenta días las medidas cautelares de protección para víctimas de violencia que vencieron en los últimos 40 días antes de iniciada la cuarentena o que vencieran dentro de la cuarentena por COVID 19. Esto incluyó medidas como exclusiones del hogar, prohibición de acercamiento y contacto, perímetros de exclusión y otorgamiento de dispositivos como botones antipánico y tobilleras, entre otras. Esta decisión judicial representa un avance fundamental para proteger los derechos de las víctimas y evitar la perpetuación de la violencia en la situación de emergencia sanitaria.

Sin dudas la pandemia dejará a la luz las prioridades y el contexto actual como espejo para reflexionar sobre la calidad de vida que proyectamos para la vejez.

10 FORMAS DE MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -OMS-

17 de febrero de 2017

<https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/10-ways-to-improve-the-quality-of-care-in-health-facilities#:~:text=Imagen->

Hay una concienciación mundial cada vez mayor de que la atención de calidad es fundamental para mantener a las madres y a los recién nacidos vivos y sanos. Cada año mueren 303 000 mujeres durante el embarazo y el parto, se producen 2,6 millones de muertes prenatales y 2,7 millones de recién nacidos fallecen durante los primeros 28 días de vida. Una atención de mayor calidad puede prevenir muchas de estas muertes.

Un número creciente de niños nace en centros de salud. Una nueva «Red para mejorar la calidad de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño» respaldada por las Naciones Unidas y sus asociados tiene como objetivo ayudar a los países a mejorar la calidad de la atención en esos establecimientos y a respetar los derechos y la dignidad de las personas que solicitan atención.

Con un relato fotográfico se describe algunas de las recomendaciones de la OMS sobre cómo los países pueden mejorar la calidad de la atención en sus centros de salud y prevenir las muertes de madres y recién nacidos gracias a sus Normas para mejorar la calidad de la atención a la madre y el recién nacido en los establecimientos de salud.

Las embarazadas deben recibir la atención adecuada en el momento oportuno

La OMS recomienda que las embarazadas vean a su proveedor de asistencia sanitaria al menos ocho veces durante el embarazo para detectar y tratar posibles problemas y reducir la probabilidad de mortalidad prenatal o neonatal. La atención prenatal también ofrece una oportunidad para que el personal sanitario proporcione apoyo e información a las embarazadas, por ejemplo sobre estilos de vida saludables, prevención de enfermedades y planificación familiar.

Los recién nacidos deben recibir atención esencial inmediatamente después del parto

Se debe colocar al recién nacido sobre el pecho de la madre para mantener el contacto directo piel con piel y permitirle mamar. Se le debe mantener limpio y caliente, y proporcionarle cuidado para los ojos y el cordón umbilical. Se debe retrasar el baño hasta que hayan pasado 24 horas, y hay que administrarle vitamina K y vacunas según las directrices nacionales, vigilarle la temperatura e identificar y tratar las complicaciones. Un examen completo antes de dar el alta, normalmente a las 24 horas, constituye el primer reconocimiento médico postnatal.

Los recién nacidos de pequeño tamaño y enfermos deben recibir una atención adecuada en los centros

Los recién nacidos de pequeño tamaño (como los bebés prematuros o los bebés pequeños para la edad gestacional) corren un riesgo mucho mayor de fallecer durante el periodo neonatal y de experimentar problemas de salud a largo plazo y discapacidades permanentes. Se les debe mantener calientes en todo momento y alimentar con leche materna de sus madres. Se debe ayudar a las madres a practicar el método madre canguro cuando la condición del recién nacido lo permita. Los recién nacidos muy pequeños y enfermos deberían ser atendidos en unidades de neonatología bien equipadas y ser monitoreados de cerca por personal formado para detectar complicaciones.

Todas las mujeres y los recién nacidos deben recibir una atención que prevenga las infecciones nosocomiales

Las infecciones nosocomiales aumentan el riesgo de muerte y enfermedad e incrementan el coste de la atención y la duración de la estancia en el hospital. Es esencial adoptar las precauciones habituales para prevenir las infecciones hospitalarias, como lavarse las manos con agua y jabón o un desinfectante de manos a base de alcohol antes y después de examinar a un paciente, almacenar y eliminar de forma segura los desechos infecciosos y los objetos punzantes, y esterilizar y desinfectar los instrumentos en la sala de partos y la zona de atención neonatal.

Los centros de salud deben disponer de un entorno físico apropiado

Los centros de salud deben contar con instalaciones para el agua, la energía, el saneamiento, la higiene de las manos y la eliminación de desechos que funcionen y sean fiables y seguras. El espacio debe estar concebido, organizado y mantenido de forma que permita la intimidad y facilite la prestación de servicios de calidad. Los establecimientos también deben disponer de reservas adecuadas de medicamentos, suministros y material.

La comunicación con las mujeres y sus familias debe ser eficaz y responder a sus necesidades

Las pacientes deben recibir información completa acerca de la atención que reciben y sentirse involucradas en todas las decisiones referentes a su tratamiento. La comunicación eficaz entre los proveedores de asistencia sanitaria y las pacientes puede reducir la ansiedad innecesaria y hacer que el parto sea una experiencia positiva para la mujer, incluso cuando se produzcan complicaciones.

La derivación de mujeres y recién nacidos no debe sufrir retrasos

Los establecimientos de salud deben contar con servicios de transporte equipados y disponibles que funcionen las 24 horas del día y 7 días a la semana para trasladar a mujeres y recién nacidos cuando sea necesario. Se debe disponer de una lista de establecimientos conocidos de la red a la que se pueda acceder fácilmente. Además, el sistema de derivación de pacientes debe estar supervisado y rendir cuentas, y disponer de una política que proteja a las mujeres de los obstáculos financieros.

No se debe someter a ninguna mujer a prácticas nocivas durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio

Las prácticas innecesarias y nocivas pueden causar complicaciones y perjudicar a las madres y sus recién nacidos. Entre ellas se encuentran los enemas sistemáticos y el rasurado púbico o perineal antes del parto vaginal, el baño inmediato del recién nacido, mantener a los bebés sanos separados de sus madres, y la publicidad y promoción de sucedáneos de la leche materna y la alimentación con biberón.

Los establecimientos de salud deben tener en todo momento personal bien formado y motivado para prestar servicios sanitarios

Todas las zonas del centro de salud destinadas al trabajo de parto y al parto deben contar las 24 horas del día con profesionales competentes y bien formados y asistentes de partería cualificados en número suficiente para hacer frente al volumen de trabajo previsto. Los obstáculos habituales a los que se enfrenta el personal de partería para proporcionar una atención de calidad incluyen una valoración social baja, salarios bajos, largas jornadas de trabajo, dotación de personal insuficiente y falta de instalaciones que funcionen adecuadamente. Es importante centrarse en una formación y una gestión del personal sanitario sobre la base de las experiencias del personal de partería.

Todas las mujeres y recién nacidos deben tener un historial clínico completo, exacto y estandarizado

Todos los recién nacidos deben recibir un acta de nacimiento. Un historial clínico completo y preciso permite documentar la atención dispensada, el seguimiento clínico, la detección precoz de complicaciones y los resultados sanitarios, y ayuda a identificar áreas que podrían mejorarse. La información sobre los recién nacidos, como vacunas, edad gestacional, peso al nacer y observaciones durante los exámenes, debe registrarse en un sistema que permita vincular a las madres y sus recién nacidos en todos los registros.

<https://www.commonlit.org/es/texts/bacterias-v-s-antibioticos-quien-ganara-la-batalla>

"Bacterias v/s antibióticos, ¿quién ganará la batalla?" por Macarena Echeverría. Chilecientífico 2018. Republicado con permiso.

Partamos con algo de historia. Desde tiempos inmemoriales(1) ha existido una guerra en la tierra entre los seres humanos y las bacterias(2), estos organismos unicelulares microscópicos son relativamente sencillos si se comparan con nosotros. Las bacterias nos requieren para su desarrollo mientras que nosotros no las queremos.

Aquí entra el primer punto, ¿todas las bacterias pelean para su ejército? La respuesta es no, algunas bacterias ya se pasaron a nuestro lado. Por ejemplo, solo en nuestro intestino contamos con más de un kilo de bacterias, las que nos aportan desde diversos sentidos: generan componentes benéficos, degradan los alimentos que nosotros por sí solos no podríamos, y nos aligeran en al menos un kilo a todos. Estas bacterias, nuestras aliadas, son benéficas. Claramente algunas siguen fiel a su causa formando parte de las filas del enemigo, estas son las bacterias patógenas(3). No conforme con no estar de nuestro lado nos atacan, producen enfermedades y en el peor de los casos la muerte.

Es contra estas bacterias patógenas donde todas las fuerzas se han centrado desde el inicio de la microbiología(4). Hace muchos años surgieron nuestras primeras y más feroces armas, los antibióticos(5), y como todas las grandes cosas de la vida su descubrimiento fue una maravillosa casualidad.

Una tarde, el científico inglés Alexander Fleming estudiaba cultivos bacterianos en su laboratorio y como todos nosotros se quiso ir temprano a casa, por lo mismo dejó olvidadas todas sus placas sobre la mesa. Al regresar al trabajo al día siguiente, notó que en las placas donde crecía el hongo que produce la penicilina (*Penicillium chrysogenum*) no había bacterias, descubriendo, por casualidad, el primer componente capaz de matarlas. Por lo mismo padres, no reten a sus hijos si no limpian bien su pieza, ¡quizás tengamos otra feliz casualidad!

Las bacterias se dispusieron a contraatacar y lo hicieron con su herramienta más poderosa: su alta tasa de crecimiento y mutaciones(6), es decir, las bacterias evolucionan para evitar su muerte. Cuando uno lee o escucha mutaciones, generalmente lo asocia a enfermedades letales y malformaciones, cambiemos este paradigma(7). Para que un antibiótico sea efectivo debe atacar un componente específico bacteriano que los humanos no tengamos, claramente no queremos pasarnos a llevar en esta pelea.

Las bacterias, al crecer tan rápido y generar múltiples mutaciones, van cambiando estos componentes haciendo cada vez más difícil el actuar de nuestros antibióticos. Por lo tanto, esas son mutaciones benéficas. Y para que veamos que somos más parecidos de lo que creemos, nosotros también presentamos diversas mutaciones que no afectan en nada nuestro funcionamiento y a veces incluso lo mejoran.

Hasta ahora parece que la batalla está siendo ganada por las bacterias, y déjenme decirles que es efectivamente así. Estudios indican que, dentro de aproximadamente 8 años, todos los antibióticos que disponemos quedarán obsoletos(8). Si, esto significa que estaremos expuestos e indefensos a todas las bacterias que nos quieran atacar.

¿Tenemos culpa en esta pelea? Claro que sí. El uso indiscriminado(9) de antibióticos es el que ha disminuido tan drásticamente los años que nos quedan disponibles utilizándolos. Entendamos el porqué de esta situación.

Las bacterias viven en comunidad, cuando usamos antibióticos es probable que no muera toda la comunidad, sino que la mayoría. Las que quedan vivas ven lo que ocurrió y cómo ocurrió, es como si el antibiótico fuera un mapa y solo algunas pueden leerlo. Luego de leerlo lo memorizan y le van entregando esta información a toda su descendencia hasta que todas ellas lograron memorizar cómo actuar para no morir frente a este antibiótico.

Así, estimados humanos, nosotros le estamos dando las herramientas a las bacterias para sobrevivir. Existen infinitos grupos de científicos realizando esfuerzos para encontrar nuevas herramientas, nuevas direcciones para eliminar las bacterias, pero esta es una batalla en que todos formamos parte.

Si no queremos repetir los errores del pasado debemos aprender a utilizar con sensatez(10) y cuidado los antibióticos o nuevos componentes antibacterianos que se vayan desarrollando. No hay que bajar la guardia, nos quedan pocos años, pero si trabajamos en conjunto podemos utilizar las herramientas que se nos entreguen por los siglos de los siglos y quién sabe si algún día podamos ganar la batalla final. Espero que así sea.

<https://www.nature.com/articles/nrmicro.2017.75>

Notas

Notas a pie de página

1. que son tan remotos en el tiempo que no es posible recordar cuándo comenzaron
2. organismos diminutos formados por una sola célula que pueden provocar enfermedades o procesos de transformación de materia orgánica como la fermentación
3. Patógeno (adjetivo): que causa o produce enfermedad
4. parte de la biología que estudia los microorganismos u organismos microscópicos
5. sustancias químicas producidas por un ser vivo o derivado sintético, que matan o impiden el crecimiento de ciertas clases de bacterias o microorganismos sensibles
6. Mutación (sustantivo): cambio o modificación de algo
7. Paradigma (sustantivo): ejemplo o modelo de algo
8. Obsoleto (adjetivo): que no se usa en la actualidad, que ha quedado claramente anticuado
9. que se hace sin seleccionar o distinguir nada
10. Sensatez (sustantivo): buen juicio, prudencia y madurez en sus actos y decisiones

por Museo de la Ciencia de Valladolid 2007

Un alimento muy completo para los seres humanos es la leche, sin embargo, hay personas a las que este alimento les hace daño.

¿Comes de todo? ¿Pescado? ¿Verduras? ¿Chucherías? Sabemos que hay comidas que te encantan y otras que no tanto, pero es importante que comas de todo para crecer, tener los huesos y músculos fuertes, no adquirir enfermedades y para entender todo mejor en el colegio. Este texto está dedicado a la INTOLERANCIA A LA LACTOSA, es una enfermedad muy frecuente y a veces difícil de detectar, por ello nos interesa que tengas información sobre ella.

¿Qué es la lactosa?

La lactosa es un azúcar que está presente en todas las leches de los mamíferos: vaca, cabra, oveja y en la humana, y que también puede encontrarse en muchos alimentos preparados. Es el llamado azúcar de la leche, (C12, H22, O11)3 disacárido4 natural compuesto de glucosa5 y galactosa.6

¿Qué es la Lactasa?

La lactasa es una enzima7 producida en el intestino delgado, que juega un papel vital en el desdoblamiento de la lactosa (proceso necesario para su absorción por nuestro organismo) en sus dos componentes básicos: glucosa y galactosa. Si los niveles de lactasa son bajos o ésta no realiza bien su labor desdobladora, aparecen dificultades para digerir la lactosa.P1

¿Qué es la intolerancia a la lactosa?

La intolerancia a la lactosa significa que no hay suficiente enzima (lactasa) en el intestino delgado para romper toda la lactosa consumida. La lactosa digerida parcialmente pasará al intestino grueso y puede provocar todos sus síntomas: dolores, hinchazón abdominal, diarrea, etcétera. También es conocida como intolerancia a productos lácteos, deficiencia de disacaridasa,8 deficiencia de lactasa, intolerancia a la leche, etcétera.

¿Afecta a todos por igual?

[5]La sensibilidad a la lactosa puede variar ampliamente, — algunas personas notan sus efectos de forma inmediata tras consumir pequeñas cantidades, mientras otras tienen un umbral9 de sensibilidad más alto y es más difícil de observar su relación causa-efecto —. La sensibilidad puede también cambiar con el tiempo y con el estado general de salud. Un episodio agudo10 de diarrea, causada por una infección, puede reducir temporalmente los niveles de lactasa y hacer más sensible a la lactosa de forma temporal.

¿Qué síntomas provoca?

Los síntomas se presentan frecuentemente después de la ingestión de productos lácteos: náuseas, dolor abdominal, espasmos,11 hinchazón y distensión abdominal,12 gases abdominales y flatulencias, diarreas ácidas, etcétera.

¿Cuándo se desarrolla?

La intolerancia a la lactosa no es peligrosa y es muy común en los adultos, quienes en su mayoría al llegar a los 20 años de edad muestran algún grado de intolerancia a ella (por pequeño que sea). Esta intolerancia se puede presentar en el momento del nacimiento, desarrollarse en la infancia cuando se introduce la leche de vaca en la dieta o más tarde en la etapa adulta.P2

¿Qué tipos de intolerancia existen?

1. Intolerancia secundaria (mayoritaria): La disminución de la producción de la lactosa es secundaria, ya que está provocada por un daño intestinal temporal (generalmente causado por una gastroenteritis vírica¹³ / ver las causas en el siguiente apartado). Este tipo de intolerancia es muy frecuente en la infancia tras un episodio de gastroenteritis agudo. TRANSITORIA y RECUPERABLE.

2. Intolerancia primaria o genética¹⁴ (minoritaria): Se produce una pérdida progresiva de la producción de la lactasa, y por tanto una pérdida gradual de la capacidad de digerir la leche. Suele darse a lo largo de la vida en ciertos grupos étnicos y tiene una causa genética. Las personas con esta intolerancia van notando como la ingesta de leche les causa cada vez más síntomas. PROGRESIVA y PERMANENTE.

¿Qué la puede causar?

[10]Además de la intolerancia primaria cuyo origen es genético o heredado, la intolerancia secundaria que es la mayoritaria puede ser provocada por varias causas:

Después del destete,¹⁵ la cantidad de lactasa producida se reduce si el niño no está continuamente expuesto a la lactosa a través de su dieta. Por eso es importante introducir la lactosa de forma gradual.

Problemas intestinales provocados por virus, bacterias o parásitos.

Intolerancia al gluten.

Intolerancia a las proteínas de la leche de vaca.

Malnutrición ligada a una diarrea prolongada.

Operaciones quirúrgicas del intestino delgado.

La toma de ciertos antibióticos como la neomicina y la kanamicina.

Al principio el bebé sólo puede digerir el calostro (agua rica en proteínas, sales minerales y factores inmunológicos). Después éste se va enriqueciendo con lactosa y lípidos hasta dar lugar a la leche definitiva. La leche de la madre se va haciendo más completa al ritmo de las enzimas del bebé. Es por tanto el organismo el que aumenta o disminuye las enzimas según sus necesidades, un desajuste en este proceso es el que provoca la intolerancia infantil.P3

¿Cómo se cura?

Cuando es de carácter primario / genético no existe curación posible porque el individuo no recupera la enzima y los síntomas sólo se alivian con la suspensión de los productos lácteos en la dieta. En cambio, cuando es de carácter secundario, es decir, como consecuencia de otro problema, sí tiene solución, pero primero habrá de tratarse éste para lograr la mejoría total.

¿Por qué es importante detectarla y tratarla rápidamente?

Porque la lactasa es una de las enzimas intestinales más delicadas y vulnerables. Si seguimos tomando lactosa, se agrandará la lesión en la mucosa intestinal y se producirá un círculo vicioso: lesión de la mucosa / mala absorción de lactosa que será cada vez más difícil de solucionar.

¿Cómo vivir con la intolerancia?

La falta de leche en la dieta puede producir falta de Calcio, Vitamina D (necesaria para la absorción del Calcio), Riboflavina¹⁶ y proteínas. Las complicaciones más comunes son la pérdida de peso y la malnutrición. Por tanto, resulta esencial consumir otros productos ricos en estas sustancias, así como las dosis diarias recomendadas de vitamina A, C, Fósforo, Magnesio y Potasio (los cuáles ayudan a la absorción del Calcio).

[15] Fuentes alternativas de obtención:

Calcio: Sardinias, salmón, tofu,¹⁷ gambas,¹⁸ col, espinacas, ...

Vitamina D: Aunque la crea el propio organismo cuando se expone al sol, una rica fuente es el hígado de bacalao.

Otra alternativa posible consiste en agregar a la leche enzimas de lactasa (lactoacidófilos) o tomarlas en cápsulas o en forma de tabletas masticables antes de cada ingestión.^{P4}

"¿Qué hay de comer hoy?-Lactosa" en Menuda Ciencia por el Museo de la Ciencia de Valladolid.

A menos que se indique lo contrario, este contenido está licenciado bajo CC BY-NC-SA 4.0

Notas

1. golosinas
2. La intolerancia alimentaria se caracteriza por la incapacidad de consumir ciertos tipos de alimentos ya que los mismos producen reacciones adversas sobre la salud del individuo.
3. fórmula química de la sacarosa o azúcar común
4. Se conoce como disacáridos a aquellos glúcidos (moléculas que aportan energía a los seres vivos) constituidos por dos azúcares. Los disacáridos más comunes son la sacarosa, la lactosa y la maltosa.
5. azúcar que se encuentra en la miel, la fruta y la sangre de los animales
6. La galactosa es un azúcar monosacárido encontrado principalmente en la leche y demás productos lácteos.
7. Las enzimas son moléculas de proteínas que tienen la capacidad de facilitar y acelerar las reacciones químicas que tienen lugar en los tejidos vivos.
8. Las disacaridasas son unos fermentos que convierten los azúcares en formas simples (monosacáridos), para que puedan ser absorbidos con facilidad por el intestino delgado. Un ejemplo es la lactasa que hace dicha función frente a la lactosa de la leche (que es un disacárido).
9. cantidad mínima de señal o sensación que ha de estar presente para ser registrada por un sistema, por ejemplo, la mínima cantidad de luz que puede detectar el ojo humano en la oscuridad
10. En medicina un síntoma agudo significa que se ha presentado de forma repentina, súbita o grave. Los síntomas agudos aparecen, cambian o empeoran rápidamente.
11. contracción repentina de un músculo o un grupo de músculos
12. vientre hinchado
13. infección e inflamación de la membrana interna del intestino causada por un virus provocando diarrea, náuseas, vómitos y fiebre

14. La genética es la parte de la biología que estudia los genes y los mecanismos que regulan la transmisión de los caracteres hereditarios.
15. fin de la lactancia, comienza con la introducción de los alimentos complementarios y finaliza cuando estos reemplazaron por completo la leche materna
16. Vitamina B2, trabaja con otras vitaminas del complejo B. Es importante para el crecimiento del cuerpo y la producción de glóbulos rojos.
17. alimento que se produce con leche de soya
18. crustáceos marinos de abdomen desarrollado y caparazón flexible que son consumidos como mariscos, son muy similares a los camarones