

dades, médicos, psicólogos- para reflexionar sobre la importancia de recibir un tratamiento médico adecuado y sobre cómo éste repercute en una mejor calidad de vida, a la que los PCH tienen derecho.

Maricela Osorio-Guzmán, D en Psic de la S,⁽¹⁾
mosorio@campus.iztacala.unam.mx
Sandra Olvera-González, L en Psic,⁽¹⁾
Georgina Eugenia Bazán-Riverón, D en Psicopat Infant,⁽¹⁾
Ricardo Carlos Gaitán-Fitch, L en Soc.⁽²⁾

⁽¹⁾ Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Tlalnepantla, México.

⁽²⁾ Federación de Hemofilia de la República Mexicana AC. México.

Referencias

1. Osorio GM, Marín PT, Bazán RG, Ruíz ON. Calidad de vida de pacientes pediátricos con hemofilia. Consulta externa de un hospital público de la Cd. de México. *Revista de Psicología GEPU* 2013;4(1):13-26.
2. Varni JW, Burwinkle TM, Seid M, Skarr D. The PedsQL™ 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability and validity. *Ambul Pediatr* 2003; 3(6):329-341.
3. Villarruel M, Lucio M. Propiedades psicométricas del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico, Versión 4.0, en adolescentes mexicanos. *Psicología y Salud* 2010;20(1):5-12.

Determinantes sociodemográficos de la interrupción voluntaria del embarazo en España. Un análisis de datos panel

Señor editor: Los niveles bajos de fecundidad (inferiores al reemplazo generacional) y un número creciente de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) constituyen dos rasgos de la demografía española reciente. Aunque la decisión de tener hijos o no es individual, el reemplazo poblacional constituye una cuestión pública. Invitar a la sociedad a estimular la fecundidad requiere del diseño de actuaciones que promuevan el conocimiento exhaustivo de los factores que condicionan esta dinámica en términos de relación causal.

Se realizó un trabajo que analiza los determinantes socioeconómicos de la IVE en España, de forma temporal y territorial, considerando las 17 comunidades autónomas mediante un modelo de datos panel. Pocos trabajos que estudian los determinantes de la fecundidad han profundizado en el tema de los embarazos no deseados y el aborto.¹ Como alternativa a la fecundidad, dicha práctica se asocia con variables sociodemográficas, cuya identificación es relevante para el éxito de las políticas de planificación familiar y educación sexual. En España, el aborto inducido en distinto grado ha sido despenalizado desde la aprobación de la ley de supuestos (Ley Orgánica 9/1985) y posteriormente de plazos (Ley Orgánica 2/2010).

Los resultados obtenidos ratifican la influencia de factores relacionados con el acceso al empleo y a la educación, con condiciones económicas, con la edad al momento de la maternidad y con el fenómeno migratorio o con la nupcialidad, además de rasgos propios no observados.²

Ante un embarazo no deseado, las exigencias que impone el propio mercado laboral contribuyen a que las mujeres que trabajan fuera del hogar se muestren proclives a su interrupción. El nivel de formación incrementa el costo de oportunidad en relación con las expectativas laborales y económicas a mediano y largo plazo. El techo biológico de la maternidad configura la edad como factor determinante. El fenómeno migratorio constituye también un factor relevante: ante un embarazo no deseado, la relación causal difiere entre mujeres españolas y no españolas, para estas últimas en función de su nacionalidad, fecha de llegada y provincia de residencia. Los resultados obtenidos visualizan un nuevo escenario en el que la toma de decisiones en fecundidad se configura al margen del matrimonio.

La localización territorial se configura como relevante en el análisis.

Los mecanismos que las comunidades autónomas ofrecen para su práctica son diferentes. Los resultados visualizan un escenario de falta de equidad en las actuaciones que dinamiza el fenómeno en el territorio. La estimación de los efectos aleatorios propios de cada comunidad autónoma revela diferencias en el desarrollo de la normativa. Programas de difusión y de información sexual, número y distribución geográfica de centros de planificación familiar, además de aspectos culturales y religiosos, constituyen algunos ejemplos.

Montserrat Díaz-Fernández, D en Econ,⁽¹⁾
mdiaz@uniovi.es
Mar Llorente-Marrón, D en Econ.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Cátedra de Economía Cuantitativa, Departamento de Economía Cuantitativa, Universidad de Oviedo. España.

Referencias

1. Bongaarts J. Fertility and reproductive preferences in post-transitional societies. *Population and Development Review* 2001;27 suppl 1:260-281.
2. Díaz M, Llorente M, Costa E. Una aproximación económica a la demanda de aborto. *Estudios de Economía Aplicada* 1999;12:53-68.

Tamiz auditivo neonatal universal en México

Señor editor: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la hipoacusia es la discapacidad sensorial de mayor prevalencia, la cual se incrementa a la par de la dinámica poblacional; en 2012 se reportaron más de 275 millones de personas diagnosticadas.¹ En México, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el Censo de Población y vivienda 2010, 12.1% de la población con discapacidad tiene defectos auditivos;² en 2012, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) reportó una prevalencia de hipoacusia pediátrica de 1.4 por cada 1 000 nacimientos.³

El diagnóstico temprano, el seguimiento médico y el tratamiento

oportuno son trascendentales pues impactan en la adquisición y desarrollo del lenguaje y del habla así como en el desarrollo cognitivo y psicosocial, lo que lleva a implementar políticas y programas como el Tamiz Auditivo Neonatal Universal (TANU), cuyo objetivo es favorecer el diagnóstico e intervención antes de los seis meses de edad.

En México, los pioneros en implementar el TANU fueron el Hospital Infantil Federico Gómez, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Hospital General de México (HGM).⁴ En 2005, se aprobó una ley que establecía el tamiz auditivo a todos los recién nacidos, la cual se efectuó en algunos hospitales públicos y privados. En 2009, el HGM entrenó a profesionales de salud para realizarlo;⁵ además, la Secretaría de Salud publicó el programa de acción específico, Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana, cuyo objetivo fue promover la detección oportuna de hipoacusia y sordera en recién nacidos,⁶ y que en 2012 reportó una cobertura de 57%.³ En 2011, el Senado de la República aprobó una reforma a la Ley General de Salud en la que estipulaba la obligación de aplicar pruebas de tamiz auditivo. En 2013, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y la SPPS informaron que, desde 2009, se han adquirido y distribuido equipos para el diagnóstico temprano y creado servicios de audiología en las 32 entidades federativas.^{3,7}

Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación, cuyo objetivo fue analizar y evaluar conductas frecuentes por las cuales madres y familiares identifican la hipoacusia mediante una encuesta realizada a una muestra de 31 familiares de pacientes pediátricos hipoacúsicos calculada para 95% de confiabilidad, encontró que el factor determinante fue la ausencia del lenguaje después de los 12 meses de edad, sin importar el nivel de instrucción de los padres

ni el número de gesta, entre otras variables analizadas.

En el estudio, ninguno de los pacientes fue detectado por el TANU, lo que sugiere que la efectividad y el impacto de este programa en México todavía son relativos, por lo que debe ser realizado por profesionales médicos y paramédicos capacitados para garantizar su efectividad y propiciar el incremento del número de detecciones e intervención precoz. Asimismo, es prioritaria la elaboración de campañas dirigidas a padres de familia, considerando las manifestaciones conductuales por las cuales se debe sospechar de hipoacusia, y la implementación de campañas educativas de salud auditiva con cobertura nacional, sin importar región, grupo étnico o condiciones socioeconómicas que imperen en las diferentes comunidades.

Ana Luisa Lino-González, M en Rehab Neural,⁽¹⁾
 María Vanessa Castañeda-Maceda, L en Com Hum,⁽²⁾
 Idalia Mercado-Hernández, L en Com Hum,⁽²⁾
 Emilio Arch-Tirado, D en C Biol,⁽¹⁾
 ana_onil@yahoo.com.mx

(1) División de Investigación, Neurobiología,
 Instituto Nacional de Rehabilitación.
 (2) División de Terapia, Servicio de Audición,
 Instituto Nacional de Rehabilitación.

Referencias

1. World Health Organization. Community – based rehabilitation promoting ear and hearing care through CBR. India: WHO, 2012.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010. México: Inegi, 2013.
3. Secretaría de Salud. Para oír desde el principio [monografía en internet]. México, DF: Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2014 [consultado el 3 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/avisos/1019-programa-tamiz-auditivo-neonatal-e-intervencion-temprana-tanit.html>
4. González-González LO, Pérez-González VM, Ospina-Rodríguez JP. Clínica de tamiz auditivo en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediatr Mex* 2012;33:20-25.
5. Gerner B, Gaffney C, Chacon S, Gaffney M. Overview of newborn hearing screening activities in Latin America. *Rev Panam Salud Publica* 2011;29:145-152.

- 6.- Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007 – 2012. Tamiz auditivo neonatal e intervención temprana. México, DF: Ssa, 2009.
- 7.- Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2013. México: DF: Secretaría de Salud, 2013.

Exposición a plomo: una tarea pendiente en México

Sr. Editor: En su edición de noviembre, la revista *Annals of Global Health*, editada por la Escuela de Medicina del Hospital Mount Sinai en Nueva York, publicó el artículo "Niveles de plomo en sangre en México y la carga pediátrica de la enfermedad".¹ El plomo es un metal ampliamente estudiado por sus efectos tóxicos en prácticamente todos los sistemas del cuerpo humano. La población infantil es particularmente vulnerable a esta exposición que, aun en pequeñas dosis, puede tener efectos serios en la salud, en ocasiones irreversibles. De acuerdo con los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) no existe un nivel mínimo de plomo en sangre en niños que se considere seguro. El carácter silencioso de estos efectos (en neurodesarrollo, inteligencia, comportamiento y atención) dificulta su detección oportuna.

Este artículo es el resultado de la revisión sistemática y del análisis de una extensa bibliografía que incluyó 83 artículos científicos publicados entre 1978 y 2010. Se incluyeron artículos que reportaron plomo en sangre en población mexicana, cuyo objetivo principal estuviera directamente relacionado con el estudio de este metal en una muestra mínima de 30 individuos. Como resultado, este estudio integró información de más de 50 000 individuos.

A través de un metaanálisis, se estimó que las medias geométricas de plomo en sangre para las poblaciones urbana y rural en México, durante este periodo, fueron 8.85 y