

una mejora en la infraestructura de los laboratorios, lo cual ha permitido un mayor diagnóstico y estudios de sensibilidad, es necesario aumentar las investigaciones con respecto a una mejor accesibilidad al tratamiento para el paciente, un diagnóstico temprano, establecimientos de salud adaptados para pacientes con TB-MDR y una intervención adecuada.⁷

Por tal motivo, debemos comenzar a trabajar desde ahora en estas investigaciones y además analizar factores de índole administrativa (lineamientos y definiciones operativas, programas de vigilancia, conocimiento y manejo efectivo para la referencia y contrarreferencia de pacientes, y apoyo financiero a la red de laboratorios), para afirmar con precisión la razón de estos cambios en la tendencia de la farmacoresistencia y sea posible detener el avance de la TB-MDR en los próximos años y, por consiguiente, el logro del tercer objetivo de desarrollo sostenible planteado por la OMS.

Fradis Gil-Olivares, MC.⁽¹⁾
fradis.gil@heves.gob.pe

⁽¹⁾ Unidad de Gestión de la Calidad, Hospital de Emergencias Villa El Salvador. Lima, Perú

<http://doi.org/10.21149/8042>

Referencias

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. Ginebra, Suiza: WHO, 2015.
2. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015. Lima, Perú: DGE, 2016.
3. Organización Panamericana de la Salud. Misión de evaluación externa del programa de control de tuberculosis de México. Washington: OPS, 2013.
4. Rodríguez L, Alva A, Coronel J, Caviedes L, Mendoza-Ticona A, Gilman R, et al. Implementación de un sistema de tele diagnóstico de tuberculosis y determinación de multidrogoresistencia basada en el método MODS en Trujillo, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2014;31(3):6-8.
5. Van Cutsem G, Isaakidis P, Farley J, Nardell E, Volchenkov G, Cox H, et al. Infection Control for Drug-Resistant Tuberculosis: Early Diagnosis and Treatment Is the Key. *Clin Infect Dis* 2016;62(Suppl 3):238-243. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw012>
6. Nguyen L. Antibiotic resistance mechanisms in *M. tuberculosis*: an update. *Arch Toxicol* Springer Berlin Heidelberg 2016;90(7):1585-1604. <https://doi.org/10.1007/s00204-016-1727-6>
7. Millard J, Ugarte-gil C, Millard J, Ugarte-gil C, Moore DAJ. Multidrug resistant tuberculosis. *BMJ* 2015;350:882-887. <https://doi.org/10.1136/bmj.h882>
8. Uplekar M, Raviglione M. WHO's End TB Strategy: From stopping to ending the global TB epidemic. *Indian J Tuberc* 2015;62(4):196-199. <https://doi.org/10.1016/j.ijt.2015.11.001>

¿La promoción de la resiliencia en la escuela puede contribuir con la política pública de salud?

Señor editor: Entre los problemas más complejos que enfrenta Latinoamérica se encuentra la ausencia de acceso universal a servicios públicos básicos, como la salud.¹ En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012² indicó que se percibe una mejora en la cobertura efectiva; no obstante, persiste la necesidad de servicios de salud más equitativos y sensibles a las expectativas de los usuarios.

En Chile, la segunda Encuesta Nacional de Salud³ reveló un elevado nivel de morbilidad por enfermedades crónicas y se identificó que la mayor parte de éstas muestran un gradiente educativo. Lo anterior denota la constante necesidad de identificar desafíos en el ámbito de la salud para levantar propuestas y contribuir con las políticas públicas. Una estrategia adecuada es posicionar el interés de trabajar, desde la escuela, diversos aspectos del proceso de crecimiento y desarrollo de los niños y jóvenes, que pueden manifestarse como situaciones de crisis y riesgo psicosocial. La finalidad es desarrollar acciones de promoción de conductas saludables que contribuyan a aumentar el bienestar de la población escolar.

Desde esta perspectiva, la capacidad que permite a una persona afrontar situaciones adversas y desa-

rollar estrategias para superarlas se denomina resiliencia,⁴ y comprende habilidades individuales y factores de protección. En el ámbito de las capacidades individuales, se encuentran la introspección, la capacidad de relacionarse, la iniciativa, el humor, entre otros. En muchos casos, los problemas de salud son un agente desencadenante de la resiliencia.⁵

En este sentido, el estudio de la resiliencia da cuenta de las diversas formas en que la gente supera la adversidad y el dolor. Implica pasar de un modelo centrado en el riesgo a un modelo centrado en la prevención, tomando como base las potencialidades de las personas.⁶

Por lo anterior, la escuela, comprendida como un centro de salud y socialización, es un espacio potencial para promover personas resilientes. Por lo tanto, el énfasis de las políticas públicas debería centrarse en el desarrollo de las capacidades humanas, es decir, en una educación para la vida.

Agradecimientos

Al Fondecyt, proyecto de investigación 2015: "Factores protectores y de riesgo asociados a la resiliencia socioeducativa en estudiantes vulnerables de cuarto y octavo año de enseñanza básica: un modelo multidimensional explicativo de las trayectorias de evolución del rendimiento escolar en Chile. (2016-2020)", folio 1160429.

Sonia Salvo, D en Est,⁽¹⁾
ssalvoga@gmail.com

sonia.salvo@ufrontera.cl

Mónica Bravo-Sanzana, D en Educ,⁽²⁾

Horacio Miranda-Vargas, M en Bioest,⁽³⁾

Anna Forés, D en Fil, D en Educ,⁽⁴⁾

Manuel Mieres-Chacaltana, M en C Soc Apl.⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Departamento de Matemática y Estadística, Laboratorio de Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas (LICSA), Universidad de La Frontera de Temuco. Chile.

⁽²⁾ Laboratorio de Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas (LICSA), Universidad de La Frontera de Temuco. Chile.

⁽³⁾ Departamento de Producción Agropecuaria, Laboratorio de Investigación en Ciencias Sociales y Aplicadas (LICSA), Universidad de la Frontera de Temuco, Chile.

⁽⁴⁾ Departamento de Didáctica y Organización Educativa, Universidad de Barcelona, España.

⁽⁵⁾ Facultad de Educación, Universidad Católica de Temuco, Chile.

<https://doi.org/10.21149/8328>

Referencias

1. Villoria M (coord.). La transformación del Estado para el desarrollo en Iberoamérica. Aportes para la discusión. Caracas: CLAD, 2013.
2. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
3. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud. Chile 2009-2010. Tomo I [documento en internet]. Chile: Minsal, 2011 [consultado el 15 de enero de 2016]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>
4. Forés A. La resiliència, una aposta per canviar models d'intervenció. En: butlletí electrònic Inf@ncia. Acompanyant el seu present: professionals amb la infància. Generalitat de Catalunya: Col·lecció Infància i Adolescència 2014;10:205-211.
5. González Arratia López Fuentes NI, Valdez Medina, JL, Oudhof van Barneveld, H, González Escobar, S. Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia ergo sum* 2009;16:247-253.
6. Manciaux M. (comp.). La resiliencia: Resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa, 2003.

Guías alimentarias: una opción para seguir enfrentando los problemas nutricionales en el Perú

Señor editor: Hemos leído con gran interés la carta al editor de Luján-Carpio y colaboradores,¹ donde abordan el tema de la publicidad televisiva como riesgo latente para el desarrollo de problemas nutricionales junto con una descripción de experiencias en algunos países orientadas a su regulación. Asimismo, los autores reportan que en el Perú la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil es de 33 y 14%, respectivamente; sin embargo, consideramos que dicho valor es excesivo a la luz

de las nuevas estimaciones y de los valores reportados en el estudio citado por los autores (6.4 para obesidad y 1.8% para sobrepeso).²⁻⁴

Es evidente que la cada vez mayor presencia de problemas nutricionales merece especial atención, buscando agotar todas las posibles estrategias de control o para complementar las ya existentes como las mencionadas por Luján-Carpio y colaboradores. América Latina no es ajena a esta realidad, si se considera que los cambios socioeconómicos ocurridos en los últimos años han generado modificaciones en los estilos de vida y la adopción de hábitos alimenticios en la población que predisponen la aparición de trastornos nutricionales. Así también, en muchos países de Latinoamérica coexisten tanto el sobrepeso y la obesidad, como la desnutrición, representando la doble carga de malnutrición que se traduce en efectos negativos sobre la morbilidad presente y futura.⁵

En el Perú, las tendencias en el consumo de alimentos indican una evolución negativa debido al aumento promedio de la ingesta calórica y de grasas saturadas, lo que provoca un escenario propicio para el desarrollo de problemas nutricionales. Según cifras de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), nuestro consumo calórico por persona al día se ha incrementado de 2 138 kcal en 1992 a 2 700 kcal en 2013; de igual manera, el consumo per cápita al día de grasas y proteínas aumentó de 44.14 g a 51.15 g y de 54.04 g a 74.92 g respectivamente.⁶ Sin embargo, estimaciones locales muestran que detrás de ese aumento promedio, más de 50% de menores de tres años no alcanzan el requerimiento energético diario, siendo la mayor proporción perteneciente a zonas andinas y amazónicas, bajo condiciones de pobreza y pobreza extrema; asimismo, existe una diferencia de 20 puntos

porcentuales entre los niños de zonas rurales y urbanas que así alcanzan el requerimiento.⁷

Debido a esta compleja situación y las consecuencias que deberemos enfrentar, resulta urgente y necesario sumar esfuerzos hacia el abordaje integral de la malnutrición. Para ello, se requiere tomar medidas orientadas a reducir la incidencia de este problema que incrementa en gran medida la carga de enfermedad, afecta la calidad de vida y genera un alto impacto en los costos de atención para los sistemas de salud y disminución de la productividad como país.

Situaciones como las descritas han generado el desarrollo de iniciativas globales para hacerles frente; una de las más representativas es el Plan de Acción Mundial para la Nutrición de 1992, en el cual se instó a los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que diseñen e implementen Guías Alimentarias (GA)⁸ que sean exclusivas y estandarizadas según sus necesidades y la carga de trastornos nutricionales.⁹ La finalidad e importancia de estas guías radica en la posibilidad de transmitir a la población recomendaciones nutricionales por medio de simbología y lenguaje simple, de modo que sean fácilmente entendibles; además servirían para complementar el desarrollo de políticas públicas y programas de salud nutricional.

Con la finalidad de conocer el estado y avance de la implementación de las guías en el mundo y específicamente América Latina, realizamos una búsqueda en sitios de Internet de organismos internacionales de salud pública e instituciones gubernamentales para identificar documentos o información actualizada relacionada con las GA. Los resultados muestran que a pesar de las recomendaciones propuestas por la OMS y la necesidad de contar con estas guías, tres países de la región (Perú, Ecuador y Guyana Francesa) aún no cuentan con ellas (figura 1).^{9,10}