



Artículos de investigación

El concepto de salud de padres/madres y líderes de una población maya rural de Yucatán

Conocimientos y actitudes sobre detección oportuna de cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años.

Estudio de caso

Cuidados de enfermería en un pediátrico con Guillain Barré asociada a la vacuna de influenza

Artículo de opinión

Un cambio en el enfoque de investigación clínica odontológica centrada en el paciente



Revista Salud y Bienestar Social

Facultad de Enfermería-UADY



Volumen 7, Número 1

Enero - junio de 2023

Comité Editorial

MCE. Eloísa del Socorro Puch Kú
MINE. Lucy Minelva Oxté Oxté
Dr. Antonio Yam Sosa
ISC. Glendy del Pilar Pérez Góngora
Universidad Autónoma de Yucatán, México

Consejo editorial

Dra. Lorena Chaparro Díaz
Universidad Nacional de Colombia

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Universidad Autónoma de Nuevo León

Dra. Irasema Romero Baquedano
Hospital Regional de Alta Especialidad
de Yucatán

Dra. Carolina Elizabeth Medina
Escobedo
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Saul May Uitz
Universidad Autónoma de Yucatán

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dra. Patricia I. del S. Gómez Aguilar
Universidad Autónoma de Yucatán

Dr. Martin Castro Guzmán
Universidad Autónoma de Yucatán

Dra. Elsa María Rodríguez Ángulo
Universidad Autónoma de Yucatán

Dr. Gloria de los Ángeles Uicab Pool
Universidad Autónoma de Yucatán

CONTENIDO

ARTÍCULOS	Página
ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN	1
El concepto de salud de padres/madres y líderes de una población maya rural de Yucatán Karla Margarita Ramos López Roberth Amílcar Pool Góngora Maricela Balam Gómez Juan Manuel Chan Santiago <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i>	
Conocimientos y actitudes sobre detección oportuna de cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años Lydia Contreras Sánchez <i>Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla</i> Jorge Mendoza Rejón Ana Fernanda González Cantellano <i>Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla</i> María Urbelina Fernández Vázquez Socorro Méndez Martínez <i>Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla</i>	20
ESTUDIO DE CASO Cuidados de enfermería en un pediátrico con Guillain Barré asociada a la vacuna de influenza Araceli Ávila Peña Imelda Valdés Hernández Norma Elizabeth Guerrero Chavarría Elsa Elizabeth Martinez Perez <i>Instituto Mexicano del Seguro Social, Saltillo</i> Maria Eugenia Cervera Baas <i>Escuela de Estudio Técnico de Enfermería A.C.</i>	32
ARTÍCULO DE OPINIÓN Un cambio en el enfoque de investigación clínica odontológica centrada en el paciente Ana María Wintergerst <i>Universidad Nacional Autónoma de México</i> María Eugenia López Villanueva <i>Universidad Autónoma de Yucatán</i>	44

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

El concepto de salud de padres/madres y líderes de una población maya rural de Yucatán

The concept of health of parents and community leaders of rural mayan population of Yucatan

Karla Margarita Ramos-López¹, Roberth Amílcar Pool-Góngora¹, Maricela Balam-Gómez¹, Juan Manuel Chan-Santiago¹

RESUMEN

El ser humano tiene derecho a la salud; para brindar una adecuada educación para la salud, se debe partir de identificar el concepto de salud, por lo que los líderes comunitarios y padres de familia son pieza clave para lograrlo. **Objetivo:** Describir el concepto de salud de padres/madres de familia y líderes de una población rural maya de Yucatán. **Material y métodos:** Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico descriptivo, se realizó en Chan San Antonio, Yucatán, México. Participaron 14 padres/madres de familia y 6 líderes comunitarios. La recolección de datos se realizó con entrevistas individuales y grupos focales, mediante una guía de entrevista semiestructurada y diario de campo. **Resultados:** Las informantes, en su totalidad mujeres, perciben el concepto de salud como los hábitos que practican en sus hogares. La persona saludable se define con base a lo que come y en sus actividades de la vida diaria; y la enfermedad se lo atribuyen a la debilidad de las personas y al clima de la región. **Conclusiones:** Se reafirmó que parte del concepto de salud se relaciona con las perspectivas y experiencias adquiridas en su contexto cultural y social.

Palabras clave: salud, percepción, liderazgo, población rural, padres.

ABSTRACT

The human being has the right to health, in order to provide adequate health education, the concept of health must be identified, for which reason community leaders and parents are a key element in achieving it. **Objective:** Describe the concept of health of fathers/mothers of families and leaders of a Mayan rural population of Yucatan. **Material and methods:** Qualitative study with a descriptive phenomenological approach, was carried out in Chan San Antonio, Yucatan, Mexico. 14 parents and 6 community leaders participated. Data collection was carried out with individual interviews and focus groups, using a semi-structured interview guide and field diary. **Results:** The informants, who are all women, perceive the concept of health as the habits they practice at home. The healthy person is defined based on what they eat and their daily life activities; and the disease is attributed to the weakness of the people and the climate of the region. **Conclusions:** It was reaffirmed that part of the concept of health is related to the perspectives and experiences that have been acquired in its cultural and social context.

Keywords: health, perception, leadership, rural population, parents.

¹Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Enfermería. Yucatán, México.

Recibido: 11 de agosto de 2022.

Aceptado: 24 de octubre de 2022.

Correspondencia para la autora: Karla Margarita Ramos López. Calle 27ª No. 322 entre 48ª y 50ª. Tizimín, Yucatán, México. karla.ramos@correo.uady.mx

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho fundamental del ser humano (1), por esta razón, conforma uno de los objetivos de la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, y establece en el objetivo 3 de Salud y Bienestar: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (2).

La salud en México aún no es un tema prioritario dentro de las estrategias de desarrollo nacional, ya que, continúan las deficiencias en sus diversos niveles de atención a la salud. De acuerdo con un análisis realizado por Mariscal-Cancelada, Zamora-Suchiapa y Torres-Márquez, en el año 2016, refieren que el sistema de salud mexicano tiene mucho por realizar en los tres niveles de atención, sobre todo, en el primer nivel, porque aún no se le considera una prioridad; este nivel garantiza la cobertura y el acceso universal a los servicios, así mismo, presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y enfatiza la prevención y la promoción de la salud (3).

Por lo anterior, para promover la salud y contribuir a cumplir con el tercer objetivo: Salud y bienestar, se deben considerar los elementos esenciales entre los que se encuentra la Educación para la salud; les permitirá a las personas elegir opciones saludables a través de la adquisición de conocimientos, aptitudes e información con el fin de mejorar su nivel de vida (4).

Para implementar la educación para la salud, en las poblaciones rurales mayas, es

necesaria la participación de los líderes comunitarios y padres/madres de familia, porque son pieza fundamental para la comprensión del concepto de salud desde el contexto de la comunidad. Los líderes comunitarios con su habilidad y estilo son capaces de resolver problemas y dirigir a los miembros de la comunidad, asimismo, permiten inspirar, estimular y motivar con sus acciones; por lo que, deberán conocer a la población y sus necesidades para promover la educación para la salud en ellos (5).

Los líderes comunitarios son importantes para la descripción del concepto de salud de la población maya rural y son elegidos porque ellos representan las necesidades y comparten significados; cuando los líderes comunitarios dejan de velar por las necesidades de la comunidad, esta deja de apoyarlos (5).

Los padres/madres de familia son modelos y moderadores de hábitos en los hijos; en especial, las madres, por su rol de género, asignado socialmente, por consiguiente, se encuentran involucrados en los aspectos de salud (6). Los conceptos, conocimientos y las acciones para el cuidado de la salud que poseen y realizan los padres/madres de familia son aprendidos de un contexto cultural y social, por lo tanto, el significado y los hábitos que ellos posean para el cuidado de la salud influirán en su familia (7).

Es indispensable que los profesionales sanitarios elaboren estrategias apegadas al

contexto y necesidades, que ayuden a los padres/madres de familia y líderes a comprender de manera integral el concepto de salud; ya que este concepto es dinámico de acuerdo con la época, la cultura, la política y las condiciones de vida de la población (8).

El concepto salud no debe entenderse aislado del concepto enfermedad y, así como su atención, en virtud de que es un proceso vital, influenciado por los hechos cultural-históricos-sociales, políticos y emocionales (9).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (10). Para alcanzar la salud, se necesita conocer cómo las personas la perciben desde su contexto y experiencia, y de esta manera contribuir a mantener o mejorar su salud.

Charlier, Coppens, Malaurie, Brun, Kepanga, Hoang-Opermann y Cols. mencionan en su estudio que la definición de salud de la OMS debe ser actualizada e integrar los conceptos de los líderes y pueblos autóctonos, debido a que la actual definición resulta inadecuada para la mayor parte de la población mundial (11).

Por otra parte, Van Druten, Bartels, Van de Mheen, de Vries, Kerckholf, Nahar-van Venrooij realizaron en el 2022 una revisión de alcance y encontraron que no existe un consenso del concepto general de salud, por lo que implica que las personas y profesionales de salud actúan bajo su propio

concepto de salud, esto es de gran importancia ya que al tener diferentes interpretaciones de salud puede crear malentendidos en la atención a estos (12).

De acuerdo con el estudio de Guzmán-Medina, en la población maya rural de Pustunich, Yucatán, los informantes refirieron que la salud es «sentirse bien», «tener deseos de trabajar», «estar contentos». Por lo tanto, el concepto es entendido por ellos, de manera vivencial y con relación al estado interanímico de la persona (13).

Chan San Antonio es una población maya rural de Yucatán, con 517 habitantes y se encuentra a 16 kilómetros (en dirección Suroeste) de la localidad de Tizimín; de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en 2020, se ubicó en el nivel de rezago social bajo (-0.40312) (14). La población maya rural cuenta con una escuela nivel preescolar, una escuela nivel primaria y una telesecundaria. Así mismo, dentro de la población maya rural se encuentra un centro de salud rural, donde el médico, y en especial el personal de enfermería imparte pláticas sobre temas de salud, realiza detecciones de enfermedades, proporciona consultas, entre otras actividades del primer nivel de atención.

Antes de realizar cualquier cuidado y acción de promoción y educación para la salud, el personal de enfermería debe visualizar la salud y considerar los valores, las tradiciones, el significado, así como el

sentido que las personas dan al proceso salud-enfermedad; esto con el fin de planificar y diseñar estrategias para alcanzar el bienestar comunitario, el cual debe valorarse previo a su actuar, ya que, es cambiante con el paso del tiempo (15).

La investigación describe el concepto de salud desde la perspectiva de padres/madres de familia y líderes de una población rural maya de Yucatán, para que un futuro se establezcan intervenciones y cuidados acordes a la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio con enfoque cualitativo con un diseño fenomenológico descriptivo de acuerdo con Husserl (16), quien menciona que la fenomenología no busca contemplar al objeto mismo, sino la forma en que es captado por el sujeto desde su intencionalidad y puesto en perspectiva espacio-temporal (17); por lo tanto, son los significados de las experiencias que viven tal como se presenta en la conciencia, las cuales se estructuran en partes y aspectos según el contexto.

El estudio se realizó en la población rural maya de Chan San Antonio, Yucatán, México, esta población maya rural se encuentra a 16 kilómetros de la ciudad de Tizimín, los informantes fueron 14 padres/madres de familia y 6 líderes comunitarios. En su mayoría, las personas que vive en la población maya rural, se dedica actividades agrícolas, ganaderas, labores del hogar, albañilería, así como urdido de hamaca. Además de escuelas de nivel básico y un centro de salud, la población maya rural tiene espacios recreativos como una cancha de fútbol rápido, una cancha de básquetbol y un parque de juegos donde hay columpios y resbaladillas, en donde por las tardes los

niños y algunos adultos se reúnen. Para acceder a alimentos, la población maya rural, tiene tiendas de abarrotes, cosechan en sus propios terrenos, así como en algunas casas venden comida, en ocasiones las personas acuden a la ciudad de Tizimín para comprar alimentos. Para trasladarse de un lugar a otro algunos cuentan con vehículo propio y bicicletas.

El muestreo fue por conveniencia, a partir del “tipo ideal” por Taylor y Bogdan (18); se consideraron los siguientes criterios de inclusión: ser nativo y residente de Chan San Antonio por al menos dos años, mayor de 18 años, formar parte del comité directivo y de salud de la población maya rural, y al momento del estudio no cursar con enfermedad infectocontagiosa. También, se solicitó aceptar participar voluntariamente en el estudio; el total de participantes se conformó bajo el criterio de saturación teórica.

La recolección de información se realizó de febrero a marzo del 2020, a través de entrevistas individuales y grupos focales, mediante una guía de entrevista semiestructurada para los padres/madres de

familia y líderes comunitarios, así como diario de campo, donde se colocaron los aspectos a observar durante la entrevista. La guía de entrevista se realizó previamente, de acuerdo con el objetivo de la investigación, así como a la literatura encontrada para integrar las preguntas concernientes al fenómeno de estudio. Se realizaron 2 grupos focales (19) con padres de familia y uno con líderes comunitarios, con una duración aproximada de 90 minutos en cada uno de los grupos focales y 60 minutos por cada entrevista individual; respecto al tiempo, en los grupos focales participaron 7 informantes por cada uno, por lo cual fue mayor la duración.

En la entrevista se abarcaron las experiencias vividas en busca del concepto de la salud en los padres de familia y líderes comunitarios; asimismo, sobre los problemas de salud que existían en la población maya rural. Las entrevistas se realizaron en las instalaciones del centro de salud de la población maya rural a petición de los informantes, en un área cómoda, privada, sin la presencia de los profesionales de salud, para facilitar la expresión del sentido y experiencias sobre salud; a algunos se les entrevistó en el hogar, porque así lo prefirieron y consideraron tener espacios acordes.

Para el análisis de los datos se llevó a cabo una categorización manual, y la codificación en los siguientes pasos: 1) Primeramente se realizó una lectura independiente de una muestra de las transcripciones de entrevistas a cargo de los enfermeros investigadores,

para identificar temas, desarrollar conceptos y proposiciones, que determinaron el siguiente paso 2) Desarrollo de 4 categorías principales, 3) Seguidamente se codificó de manera independiente todas las entrevistas con notación al margen de las transcripciones, 4) triangulación entre los investigadores, de los códigos para unificar codificación, 5) Posteriormente se identificó las subcategorías que reflejaron áreas temáticas más estrechas dentro de las categorías principales, 6) a continuación se describió el contenido de cada subcategoría e identificó temas principales y 7) Por último se describió el contenido de cada una de las categorías principales, con base en el resumen de las subcategorías (20).

La confiabilidad de los datos se aseguró a través de la triangulación de datos, la revisión de literatura y por medio de la observación en la población maya rural (20), lo cual permitió confirmar la existencia de los principales problemas de salud de la población maya rural expresados en los testimonios.

Con relación a las características de los investigadores que pudieron influir en la confiabilidad del estudio, es decir que las creencias no interfirieron durante el proceso de recolección y análisis de la información, se minimizó mediante la transcripción fiel y exacta de los testimonios de los informantes, así mismo se les asignó una clave para asegurar su anonimato. Se triangularon los datos al comparar la conceptualización de salud expresada tanto de forma individual como grupal; asimismo, con los registros de

la observación realizada en la población maya rural por los investigadores. Como resultado, se encontró que la información concordaba.

La presente investigación se apegó a las disposiciones establecidas en el Diario Oficial de la Federación de la Ley General de Salud (LGS) en materia de investigación para la

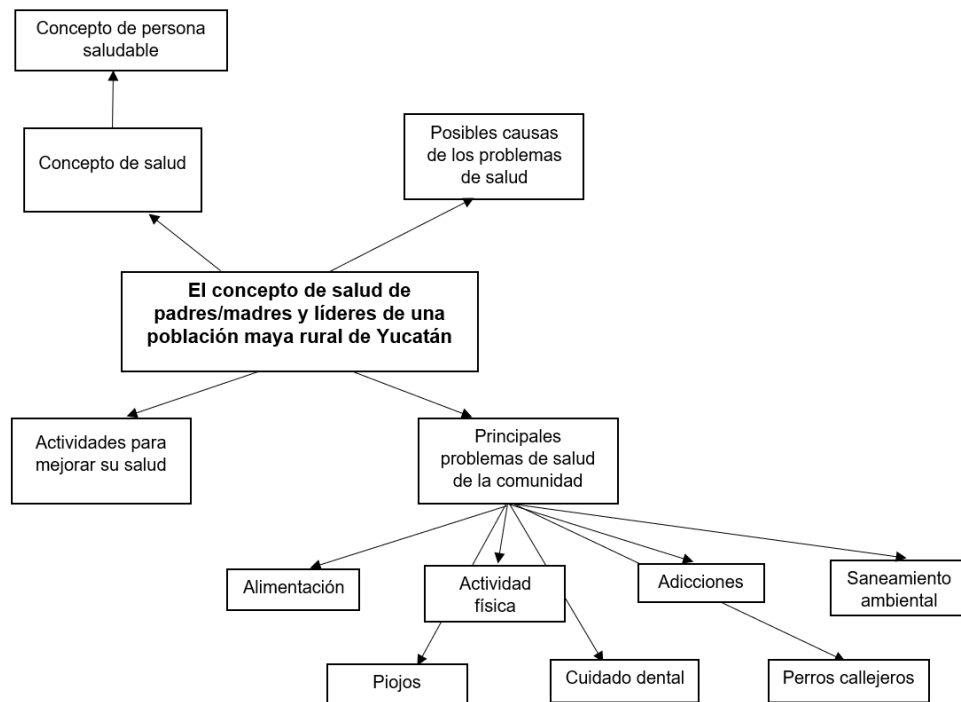
salud, al respetar la confidencialidad de los participantes y la información recolectada, en ningún momento se coaccionó a los informantes, y se aclararon sus dudas correspondientes a la investigación. En todo momento se protegió la salud de los informantes debido a que se considera un estudio sin riesgo (21).

RESULTADOS

Los informantes del presente estudio fueron 100% mujeres, con un rango de edad de 24 a 65 años.

En la figura 1 se muestran las categorías identificadas en relación con el concepto de salud.

Figura 1. Resultados “Concepto de Salud”.



Fuente: Elaboración propia.

1. Concepto de salud

Las informantes perciben el concepto de salud como los hábitos que se realizan en sus hogares, enfocados a la higiene corporal, a las restricciones en los alimentos, así como la ausencia de enfermedades.

“Salud es como en tu casa que le enseñes a tu hija a lavarse las manos, antes de comer, después de ir al baño, todo.” (L1)

“La salud es que no presenten enfermedades, que se sepan cuidar también. Antes no sabíamos cosas de esos, pero, ahorita ya nos estamos, ¿cómo se dice? Haciéndolo en nuestra propia familia, antes no hacíamos ejercicio, comíamos de todo, pero ahorita ya sabemos porque nos hace daño, nos vamos limitando a comer lo que sabemos que nos enferma...” (P6)

“Pues la salud es, como te explico esto, es algo que a veces si estás enfermo y..., por la salud a veces te dicen que tienes que lavarte las manos antes de comer, después de ir al baño, o te tienes que proteger de cosas sucias, tienes que mantener limpia la casa, para que los niños igual en el momento que agarren algo no esté contaminado.” (P4)

1.1. Concepto de una persona saludable

Las informantes mencionaron que una persona saludable es la que no come alimentos con alto contenido de grasas, así como come en porciones pequeñas.

También que refleja su salud al realizar las actividades de la vida diaria.

“Pues que no coma mucha grasa, que coma el huevo con la verdura” (L2)

“Si, comerlo, pero no siempre, no a diario, si comer pero poquito [haciendo referencia a la comida chatarra]” (L1)

“...que no tenga ánimo de andar, bueno yo en mi caso cuando siento que estoy saludable, me da energía para trabajar, para hacer mis quehaceres en casa, salir a platicar con mis amigas y echarle ganas.” (L5)

2. Causas de la problemática de salud

Los problemas mencionados anteriormente tienen diversas causas desde la percepción de las informantes. Mencionan que las personas adquieren la enfermedad porque son débiles, así como lo atribuyen las Infecciones respiratorias agudas (IRAS) y enfermedades diarreicas agudas (EDAS) al clima que se presente en la región y al cuidado personal que se tenga.

“...porque da mucha diarrea y otra de las cosas son, que somos como que muy débiles da la gripa...” “Dependiendo al... al cuidado que tengas...” (L3)

“Como ejemplo, tiempo de frío gripa, tiempo de calor diarrea” (L1)

3. Principales problemáticas de salud en la población maya rural

La basura se la atribuyen a los perros que habitan en la población maya rural, así como a personas de la población. Los problemas que las informantes mencionan son las EDAS, las IRAS, problemas de piojos en niños, embarazo adolescente, así como consumo de drogas como la marihuana y el alcohol, también mencionan como problemática los terrenos baldíos.

“A veces no tenemos el cuidado y eso nos afecta, por ejemplo, dicen lo de la diarrea, ¿porque se da la diarrea también? Porque tenemos eso, como dicen no tenemos higiene y el cuidado... pero de antes como muchos no tenían lo que es un baño ...ahora las casas están pegadas y a veces eso afecta, eso afecta con otras cosas de la salud, ahorita pues la mayoría bien tienen un baño ¿no, pues quizás bajo un poco [índice de diarreas] ... (L3)

“...Ahí, de mi hermanita si, en la primaria, tenía piojos, pues mi mamá le compro un shampoo, y en ese shampoo se lo empezó a lavar.” (P3)

“A veces se van, cuando regresan están embarazadas y así ya no les pegan por sus papás porque tienen su pancita” (L2)

“...he escuchado que algunos muchachos consumen marihuana...” (P2)

“Aquí tenemos que son los terrenos baldíos, porque sus dueños no se hacen responsables” (L3)

3.1 Alimentación

Como parte de la conceptualización de salud, las informantes mencionan comer variado, de acuerdo con los recursos económicos, así como a la disponibilidad de las verduras y frutas de la época. Consumen los alimentos autóctonos ¹, pero también consumen comida chatarra o fritanga los fines de semana, cuando se presentan situaciones especiales, como la llegada de algún invitado o cuando reciben su sueldo semanal o quincenal.

“Frijol colado, frijol con arroz, kabax², así como le dicen ajá frito, en kab ik³. Mi esposo como siempre dice, mare ahorita un mes que no cómo, ayer torteó [hacer tortillas] mi hija, no sé, me parece que hoy si voy a comer tortillas más de un kilo, mmm; cómo que más de un kilo, y me dice, si lo cómo, porque tengo ganas

¹ Alimentos que corresponda a la misma región de la que se define como nativo. Salaverry O. Alimentos nativos: plantas peruanas. Rev. Perú. med. exp. salud pública. [internet] 2012[Consultado 2022 noviembre 15] 29(3): 406-408. Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n3/a19v29n3.pdf>

² Se utiliza para designar frijoles cocidos en agua sin ningún condimento, es decir, los kabax son frijoles sancochados.

³ Se trata de un guiso caldoso que incluye chile y achiote; en algunas ocasiones se espesa ligeramente con masa de maíz.

de comerlo; hizo que le sancochemos frijol, pero picado su cebollita, su cilantro y su chile habanero y su tomate como siempre. Aquí es malo y eso también produce las piedras” (L5)

“Carne, frijol, huevo, refresco [risas], pero ahora jugos naturales, cada sábado compro fritangas.” (P6)

“Bueno los que van a clamboyar⁴... Cuando hay frijol con arroz, si no arroz con frijol o huevo con longaniza” (L2)

“Aquí no siempre, vez en cuando, cuando cobra mi mamá, el viernes compran Sabritas [frituras], refresco.” (P3)

3.2 Actividad física

La actividad física que realizan los niños y los adolescentes en la población maya rural es por medio del juego: como montar bicicleta y en ocasiones deportes como fútbol. La duración del ejercicio es de 15 minutos a 60 minutos por día.

“Ninguno, mayormente el niño anda en bicicleta, pero la niña no. Solo es educación física lo que es una vez a la semana.” (P1)

“Hasta 15 minutos o media hora [tiempo en que deberían realizar ejercicio]” (P2)

3.3 Adicciones

Respecto a las adicciones, algunas personas de la población maya rural consumen alcohol, en especial los jóvenes a partir de los 20 años en adelante. Así mismo, mencionan que las acciones que ellos realizan son imitadas por otras personas jóvenes; en la familia los orientan para no caer en adicciones, pero sus amigos influyen en el consumo de alcohol y drogas.

“Entre los jóvenes y los adultos como a la edad de 20 y 30 años en adelante son los que consumen [mencionando que ingieren bebidas alcohólicas].” (P1)

“Son los más jóvenes que lo consumen, hubo un tiempo como para 6 meses ahorita había unos chamacos que, si consumen drogas y una vez que allí en la cancha ...mi nieta eh... ella recogió sus restos de cigarro, los que dejan los chamacos en la cancha, ella lo empieza a... recoger y lo fuma.” (P2)

“Pues cuando se juntan con sus amigos es cuando se echan a perder también, a veces en tu casa les dices a tu hijo, no es bueno lo que hacen, pero cuando salgan no sabes lo que hacen...” (P4)

3.4 Saneamiento ambiental

Las informantes mencionan que en la población maya rural no hay un buen saneamiento ambiental, ya que, no se continúa con el programa de “Patio

⁴ Hace referencia a ir a cazar.

Limpio” de la Secretaría de Salud por el cambio de administración; algunas de ellas mencionaban que el saneamiento lo realizan en sus casas, pero existen terrenos abandonados; para deshacerse de su basura realizan prácticas como la quema al aire libre.

“Aquí tenemos un problema ¿no sé si han notado? son los terrenos baldíos, porque sus dueños no se hacen responsables.” (L3)

“Cuando salíamos hasta el doctor, las enfermeras, todos limpiaban parejo, hasta acá pasaban a checar un montón... Yo quemo mi basura” (L2)

3.5 Piojos

De acuerdo con lo reportado, los piojos se presentan por temporadas y como consecuencia de los hábitos higiénicos. Sobre la creencia de cómo se presenta los piojos, las informantes manifestaron que se adquiere por medio de algunos animales como perros y zopilotes. Así mismo, ellas mencionan que cuando los niños tienen piojos lo eliminan con remedios naturales o lo comentado por otras personas.

“A veces, depende de la temporada” [refiriendo cuando se adquieren los piojos] (L3)

“Dependiendo al... al cuidado que tengas...” [refiriéndose a la prevención de piojos] (L3)

“Mi hija cuando ve los zopilotes, dice: hay vienen nos va a tirar piojos” (L1)

“Dicen que por los perros” [refiriendo como se adquieren los piojos] (L5)

“Sé que, con toronja, dicen que, con toronja, pero, yo en mi casa como mi sobrina también ha tenido, mayormente es limpiárselo, írselo quitando de uno en uno; pero sí sé que hay el medicamento, el líquido” (P7)

“...desde cuando lo lavé también con, pero así con aceite de... de comida, me dijeron, con el aceite de comida que, con eso, le unte ”. (L5)

3.6 Cuidado dental

Las personas comentan que no acuden al dentista de manera rutinaria y solo acuden cuando tienen molestias; no tienen el hábito de ir a sus chequeos con el dentista. Aunque dentro del estudio se observó que tienen conocimiento de cuando deben cepillarse los dientes.

“Solo cuando le duele su muela así lo llevo” (P4)

“No se cepillan como se debe, comer mucho dulce, refresco” (P1)

3.7 Perros callejeros

Los participantes mencionan que una de las problemáticas de la población maya rural son los perros callejeros o abandonados que se encuentran en la comunidad, porque contribuyen a que las calles se encuentren sucias, debido a que

sacan la basura de los botes destinados para ello. Así mismo, mencionan que los perros son abandonados de otros lugares cercanos, aumentando el número de estos animales.

“Es que lo traen de... la vez pasada ahí lo bajan en el crucero y viene los pobres”
(L1)

“Si, por que los perros...da platos de comida [las personas], yo lo he visto mucho, por ejemplo, los eventos de la iglesia lo tiran, y los perros aprovecha, y lo bajan...” (L3)

4. Actividades para mejorar su salud

Los informantes conceptualizan que las acciones que contribuyen al cuidado de su salud son: higiene corporal, alimentación saludable, activación física, saneamiento básico, pero, de acuerdo con las cifras brindadas por el centro de salud, no las realizan, ya que, existen enfermedades crónico-degenerativas. Así mismo, refieren que el cuidado de su salud se relaciona al cuidado que se les da a los niños. El cuidado de la salud se vio disminuido debido a que ya no cuentan con el apoyo económico que anteriormente otorgaban diversos programas federales.

“tratar de que todo lo que vayamos a comer esté limpio, limpiar la casa, las

ropas todo, ver que los niños, que estén limpios.” “Salir a correr con nuestros hijos juntos, para motivarlos también”
(P1)

“...Deshierbar.[arrancar la hierba]” (L5)

“....Es para mostrarles a mis hijos cómo se deben cuidar, se tiene que acudir a sus citas para que vean si no tiene enfermedades” (P4)

“Bueno yo, lo estamos viendo este cambio lo que está pasando porque muchos, comentaba aquí doña L. que a veces nos invitan en estos programas así, juntas de salud y a veces no le damos la importancia que se merece, "bueno ¿Para qué? Solo es una junta, solo es una plática", y eso estamos en un error, de antes te acostumbras que quizás te daban un apoyo y este como quiera que por obligación tenían que venir, no porque tenían interés, y creo que eso afectó cuando se dejó de dar este tipo de programa” (L3)

“Pues a veces manzana, se come la niña y nosotros por medio de los niños lo comemos..., porque si fuera por nosotros, nosotros no, creo que no nosotros seríamos por ejemplo la Pepsi [refresco embotellado]” (P5)

DISCUSIÓN

Los Objetivos del Desarrollo Sostenible a través del cumplimiento de las metas de cada uno de los 17 objetivos, busca erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos, lo que asegurará una mejor calidad de vida para todas las personas. El objetivo 3: “Salud y Bienestar”, tiene el propósito de garantizar una vida sana y promover el bienestar de las personas(2); identificar el concepto de salud de las poblaciones mayas rurales, se considera vital para comprender las problemáticas y planificar futuras estrategias de actuación, ya que no tomar en cuenta este concepto se estaría realizando estrategias no contextualizadas y desfasadas de la persona, familia, grupo o comunidad como lo refieren Van Druten, Bartels, Van de Mheen, de Vries, Kerckholff, Nahar-van Venrooij (12).

Como se mencionó anteriormente, la salud es un derecho universal (1), pero para favorecer su desarrollo se requiere de la educación para la salud, de acuerdo con la OMS, se define como “la disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con su salud” (22), previo a establecer las estrategias a utilizar para brindar los conocimientos, es necesario conocer la conceptualización

que tiene la población maya rural acerca de la salud y sus problemáticas, para que de esta forma se aborden desde todas las vertientes.

Sin duda, la salud tiene múltiples conceptualizaciones, de acuerdo con las experiencias vividas de cada persona. En este contexto, la mujer tiene un papel muy importante, como lo menciona Pezo-Silva, Souza-Praca y Costa-Stefanelli, en su investigación (23), refirieron que es tarea de la mujer velar por la salud tanto con integrantes de su familia del núcleo básico como con familiares fuera del núcleo. En el estudio, la totalidad de las participantes fueron mujeres, quienes son líderes comunitarios y responsables del cuidado de su familia y educación de sus hijos; por las actividades laborales los hombres de la comunidad no pudieron participar.

En cuanto a la conceptualización de una persona sana que presentaron las informantes de este estudio, es similar a la obtenida por Guzmán-Medina MG (13), quién menciona que el concepto de salud está relacionado con sentirse bien; en nuestra investigación, las informantes mencionaron que una persona es sana cuando puede realizar sus actividades de la vida cotidiana y tiene ánimos de realizarlo.

En la población maya rural de Chan San Antonio, las enfermedades que mayor prevalecen son diarrea, fiebre, bronquitis,

consumo de alcohol y drogas, pediculosis, embarazo adolescente, así como se pudo observar que existían casos de hipertensión arterial y obesidad, pero los participantes no los consideraron problemáticas de salud; dichas enfermedades concuerdan con el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) en el estado de Yucatán (24).

Menéndez (25) menciona que los problemas de salud percibidos en las comunidades dependen de factores como responsabilidad, rol familiar, así como las preocupaciones o prioridades que ellos requieran, en el presente estudio se evidencia que la alimentación como la higiene son las problemáticas principales que externa la población maya rural debido a que son la causa de preocupación a nivel comunitario, así como son parte de las temáticas que el centro de salud les ha brindado.

A pesar de estar presentes, las informantes no refirieron como problemáticas la obesidad o la desnutrición, de acuerdo con el autor Matus-Lerma, Álvarez-Gordillo, Nazar-Beutelspacher y Mondragón-Ríos (26), si las personas subvaloran un problema, limita la posibilidad de llevar a cabo acciones para realizar cambios y mejorar su salud. Por otra parte, algunos consideraron la alimentación, desde su perspectiva, como un elemento importante a considerar, ya que, refieren ingerir alimentos nutritivos, evitar la

comida chatarra, así como enfatizar la importancia del consumo de alimentos autóctonos.

Chávez- Arellano en su estudio sobre las prácticas alimentarias de los adolescentes rurales (27), menciona que dos factores guían la compra de alimentos, la economía y los alimentos que son aceptados por los miembros de la familia; en el presente estudio se vio implicado en la elección de comida chatarra cuando se tiene disponibilidad económica para acceder a este.

En la población maya rural de Chan San Antonio, los niños realizan activación física al jugar o de ser posible al practicar algún deporte como el fútbol. Las madres de familia y líderes comunitarios de acuerdo con el conocimiento adquirido, así como el de su propia experiencia, mencionan que la actividad física deberá ser de 15 a 60 minutos. Por su parte Santos-Pastor y Martínez-Muñoz (28), mencionan que las actividades para el fomento de activación física deben ser contextualizadas de acuerdo con las características y las posibilidades que disponga la comunidad promoviendo la utilización de juegos tradicionales.

Las informantes mencionan que en la población maya rural existen problemas de alcoholismo y drogadicción en jóvenes y adultos, lo cual, coincide con la investigación realizada por Robles-Zavala (29), quien encontró en una comunidad maya de Yucatán, el aumento del

porcentaje de adolescentes con adicciones, entre los que se encuentran el alcohol, marihuana y la cocaína. De acuerdo con la Comisión Nacional de Adicciones (CONADIC), los principales factores de riesgo para el consumo de drogas son conductas agresivas precoz, falta de supervisión de los padres, abuso de sustancias, disponibilidad de la droga, pobreza y presión de los compañeros en la etapa de la adolescencia; así mismo, menciona que al crecer las interacciones que existen en la familia, escuela y comunidad pueden ser mecanismos protectores o detonantes para el uso de drogas (30).

El saneamiento ambiental parte del sentir de la problemática de salud de la población; en la comunidad de Chan San Antonio, las informantes mencionaron que no todas las familias mantienen limpios sus terrenos o casas. Pacheco-Amón, Once-Sarmiento y Verdugo-Gallegos (31), mencionan que la falta de saneamiento procede del desconocimiento de las personas de eliminar de manera correcta sus residuos, así mismo, recalca la participación comunitaria como parte vital para que pueda llevarse a cabo.

En la población maya rural se ha notificado por parte de las informantes la existencia de niños con piojos que los adquieren debido a la medidas de higiene, así como atribuido a la temporada en que se ubique, coincidiendo en parte con Gazmuri y Cols. (32), quienes

mencionaban que parte de las actividades de prevención ante la pediculosis es la revisión constante del cabello; en su estudio no menciona que la aparición de piojos sea en alguna temporada del año, pero hace hincapié en la participación activa de todos los involucrados, así mismo, refiere que cuando se trate la infestación, se minimice el estigma y se trate al niño infestado así como a su grupo familiar.

En cuanto al cuidado bucal, se ha evidenciado en nuestro estudio, que las madres de familia y líderes comunitarios conocen la frecuencia del cepillado dental y los factores que propician las enfermedades periodontales, pero mencionan que solo se acude al dentista cuando existe algún problema dental; el estudio concuerda con la investigación de González-Solano, Negrón-Espadas, Pinzón-Te, Sierra-Canto, Rejón-Peraza y Serrano-Piña, quienes describieron el índice de higiene oral y los conocimientos que presentaban padres de familia y profesores en la comunidad de Tahdziú; ellos observaron que las familias tenían hábitos inadecuados de higiene bucal (33).

El aumento de perros en la población maya rural ha producido un problema, ya que, los dueños no se hacen responsables de los problemas que estos ocasionan como sacar la basura, así mismo, pueden propiciar diversas enfermedades (34). Rodríguez, Ojeda, Bolio y Rosado, en su estudio expresaron la importancia de

implementar medidas de control y prevención para reducir el impacto de enfermedades transmitidas por garrapatas a la población animal y humana, que, sin lugar a duda, como lo refirieron las informantes del presente estudio, la falta de responsabilidad en el cuidado de los perros, lo podría ocasionar como una de las enfermedades más frecuentes (35).

Finalmente, se evidenció que las madres de familia y los líderes comunitarios tienen conocimiento de las actividades a

realizar para el cuidado de su salud en las diversas problemáticas encontradas, pero aún se observa una inadecuada implementación de estas actividades para la prevención de enfermedades, coincidiendo con Rodríguez-Espinosa, Restrepo-Betancur y Deossa-Restrepo, quienes mencionan en su estudio que, el conocimiento, no es suficiente para lograr cambios en los individuos, pues se requieren de estrategias para mejorar los hábitos, estas estrategias adaptadas socioculturalmente (36).

CONCLUSIONES

En este estudio se evidenció la conceptualización que los líderes comunitarios y madres de familia tienen acerca de la salud, así como de las diversas enfermedades que prevalecen en la población maya rural de Chan San Antonio. Se reafirmó que parte del concepto de salud se relaciona con las perspectivas y experiencias que se han adquirido en su contexto cultural y social.

Debido a que los líderes comunitarios y padres/madres de familia fueron en su totalidad mujeres, acceder al contenido de pensamiento de los hombres complementaria los significados abordados.

Esta investigación funge como punto de referencia para que los programas y proyectos de salud encaminen sus esfuerzos a la educación para la salud,

considerar el contexto comunitario, así como valorar el concepto de salud que posea la comunidad. Así mismo, es necesario que el personal de salud obtenga información sobre las diferentes variaciones y perspectivas culturales que presenta la población. Es indispensable evidenciar la necesidad de conocer al ser humano para comprender sus creencias, hábitos y costumbres, esta comprensión permite una acción educativa que no busca transmitir en las comunidades conocimiento desfasado de su contexto cultural, si no de crear y transformar las diferentes realidades de las personas (37).

El personal de enfermería en su función docente debe plantear estrategias para la adquisición de conocimientos y habilidades de hábitos saludables desde el contexto cultural y social de las

personas, para contribuir con la reducción de las enfermedades no transmisibles como el sobrepeso/obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otras enfermedades derivadas de los inadecuados hábitos de salud.

Mediante la comprensión de la conceptualización de salud, se contribuirá con la planificación y proceso de educación para la salud, al mismo tiempo contribuirá a cumplimiento de las metas del tercer objetivo de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible, como son: reducción de enfermedades no transmisibles, prevención y tratamiento

del abuso de sustancias adictivas, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la información y educación de esta última, entre otros.

En conclusión, el concepto de salud de padres/madres y líderes de una población maya rural de Yucatán constituye parte de las experiencias, problemas comunitarios que se presentan, así como actividades para el fomento o no de su salud, dicho lo anterior esto podría ser modificado de acuerdo con los cambios a nivel cultural, social y de época que transite la población maya rural.

REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible. [internet] 2020. [16 de enero de 2021] Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
2. Gobierno de México. Objetivos de desarrollo sostenible. [internet] 2019. [16 de enero de 2021] Disponible en: <http://agenda2030.mx/ODSopc.html?lang=es#/about>
3. Mariscal-Cancelada M., Zamora-Suchiapa B., Torres-Marquez B. Análisis del sistema de salud mexicano y su comparación con Costa Rica, Paraguay, Canadá, Gran Bretaña y Alemania. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco. [internet] 2016; 3(3): 133-142. [16 de enero de 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2016/sj163c.pdf>
4. Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, Ruiz-Mejía C. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. Archivos de Medicina [internet] 2020; 20: (2): 490-504. [13 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770021/html/>
5. Rojas-Andrade R. El liderazgo comunitario y su importancia en la intervención comunitaria. Psicol. Am. Lat. [internet] 2013; (25): 57-76. [20 de enero de 2021] Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2013000200005
6. Valera-Arévalo MT, Tenorio-Banguero AX, Duarte-Alarcón C. Prácticas parentales para promover hábitos saludables de alimentación en la primera infancia en Cali, Colombia. Rev Esp Nutr Hum Diet. [internet] 2018; 22(3): 183-192. [20 de enero de 2021] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452018000300183
7. Rodríguez-Triana ZE. Qué y cómo se enseña ya aprende en la familia. Un asunto de interés para la escuela. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. [internet] 2018; 14(2): 132-157. [13 de diciembre de 2022] Disponible:

- <https://www.redalyc.org/journal/1341/134157078007/html/>
8. Sanmartin, H. Manual de salud pública y medicina preventiva. Masson: Barcelona. 1981.
9. Valenzuela-contreras LM. La salud, desde la perspectiva integral. Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte. [internet] 2016; 9(9): 50-59. [12 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6070681>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Cómo se define la salud? [internet] 2020. [22 de enero de 2021] Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
11. Charlier P, Coppens Y, Malaurie J, Brun L, Kepanga M, Hoang-Opermann V y Cols. A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. European Journal of Internal Medicine. [internet] 2017; 37: 33-37. [14 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27394926/>
12. Van Druten VP, Bartels EA, Van de Mheen D, De Vries E, Kerckhoffs APM, Nahar-van Venrooij LMW. Concepts of health in different contexts: a scoping review. BMC Health Services Research. [internet] 2022; 22(1): 1-21. [14 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://pwebebsco.uady.elogim.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=fe863435-4aa1-4e2b-b6f0-eacd5f24f52%40redis>
13. Guzmán-Medina MG. Salud/Enfermedad y las enfermedades tradicionales en Pustunich, Yucatán. Perspectivas antropológicas del mundo maya. [internet] 1993: 497-506. [16 de enero de 2021] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2776160>
14. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo social (CONEVAL). Índice y grado de rezago social, según localidad, 2020. [internet] 2020 [14 de diciembre de 2022] Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indice_Rezago_Social_2020.aspx
15. García de Alba García J. Saberes culturales y salud: una mirada desde la realidad polifacética. Desacatos. [internet] 2012; (39): 89-102. [24 de enero de 2021] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2012000200007
16. Husserl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. 1ª ed. México, DF: Instituto de investigaciones científicas/Fondo de Cultura Económica; 2013. 145-166.
17. Bolio A. Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. Reencuentro [internet] 2012; (65): 20-29. [03 de noviembre de 2022] Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34024824004>
18. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos. 3a. ed. Barcelona, España: Paidós; 2000.p. 152-174.
19. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. Inv Ed Med [internet] 2013; 2(1): 55-60. [24 de enero de 2021] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000100009&script=sci_abstract
20. Corral Y. Validez y fiabilidad de la investigación cualitativa. Revista ARJE. [internet] 2016; 11(20): 196-209. [12 de diciembre de 2022] Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwI3iudadgPz7AhW6LUQIHfD1BtsQFnoECA4QAw&url=http%3A%2F%2Fwww.arje.bc.uc.edu.ve%2Farj20%2Fart19.pdf&usg=AOvVaw3bgIxsVQZvaM0ApTeAZRQY>
21. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [internet] México. 2014. [08 de febrero de 2022] Disponible en: http://sitios.dif.gob.mx/normateca/wp-content/Archivos/Normateca/DispGrales/ReglamentoLeyGeneralSalud_MaterialInvestigacion_Ago2014.pdf
22. Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, Ruiz-Mejía C. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y

- prevención. Archivos de Medicina. [internet] 2020; 20, (2): 490-504. [03 de noviembre de 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770021/html/>
23. Pezo-Silva MC, Souza-Praca N, Costa-Stefanelli M. La mujer responsable de la salud en la familia. Index Enferm. [internet] 2004; 13(46). [12 de mayo de 2022] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200003
24. Secretaría de Salud. Veinte causas de enfermedad en Yucatán. [internet] 2019. [12 de mayo de 2022] Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/estatal_grupo/yuc.pdf
25. Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva. [internet] 2005; 1(1): 9-32. [12 de mayo de 2022] Disponible en: https://www.scielosp.org/article/scol/2007.v3n3/271-283/es/?abstract_lang=en
26. Matus-Lerma NP, Álvarez-Gordillo GC, Nazar-Beutelspacher DA y Mondragón-Ríos R. Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Estud. soc [internet] 2016 [03 de noviembre de 2022]; 24-25(47): 380-409. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-45572016000100380&script=sci_abstract
27. Chávez-Arellano ME. Prácticas alimentarias de adolescentes rurales en Santa María Tecuanulco, México. Culturales. [internet] 2018; (6): 1-34. [04 de noviembre de 2022] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912018000100105
28. Santos-Pastor ML, Martínez-Muñoz LF. Las actividades en el medio natural en la educación física de la escuela rural: Un estudio de caso profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado. [internet] 2011; 15(2): 219-233. [22 de mayo de 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/567/56719129015.pdf>
29. Robles-Zavala E. Los múltiples rostros de la pobreza en una comunidad maya de la Península de Yucatán. Estud. Soc. [internet] 2010; 18 (35): 99-135. [22 de mayo de 2022] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572010000100003
30. Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. S/f [internet] ISBN: 978-970-721-491-0
31. Pacheco-Amón F, Once-Sarmiento D, Verdugo-Gallegos J. Enfoque Básico del Saneamiento ambiental. Galileo. [internet] 2013 [30 de mayo de 2022] Disponible en: https://1library.co/document/y6envmgz-enfoque-basico-del-saneamiento-ambiental.html?utm_source=related_list
32. Gazmuri P, Arriaza B, Castro F, González P, Maripan K, Saavedra I. Estudio epidemiológico de la Pediculosis en escuelas básicas del extremo norte de Chile. Rev. Chil. Pediatr. [internet] 2014; 85(3): 312-318. [30 de mayo de 2022] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000300007
33. González-Soto P, Negrón-Espadas JC, Pinzón-Te AL, Rejón-Peraza ME, Serrano-Piña R. Saberes sobre la salud bucal e higiene oral de padres y profesores en una comunidad maya. Revista odontológica latinoamericana. [internet] 2019; 11(2): 47-53. [23 de julio de 2022] Disponible en: <https://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V11N2p47.pdf>
34. Montenegro M. Sobrepoblación canina relacionada con salud pública y su incidencia en La transmisión de enfermedades en los habitantes de la ciudad de Tulcán. Horizontes de enfermería. [internet] 2014; (4): 36-47. [23 de julio de 2022] Disponible en: <https://revistasdigitales.upec.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/553>
35. Rodríguez VRI, Ojeda CMM, Bolio GME, Rosado AJA. Las garrapatas como vectores de enfermedades zoonóticas en México. Bioagrocencias [Internet]. 2019 [06 de noviembre de 2022]; 12(1): 19-26. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?start=10&q=enfermedades+por+perros+en+las+comunidades+&hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0,5#d=gs_qabs&t=1667780061631&u=%23p%3D900815byogsj

36. Rodríguez-Espinosa H, Retrepo-Betancur LF, Deossa-Restrepo GC. Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio en universitarios de Medellín-Colombia. Perspectivas en nutrición humana. [internet] 2015; 17(1): 36-54. [23 de julio de 2022] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v17n1/v17n1a4.pdf>
37. Quintero Laverde MC, Torrado OP, Urrea C, Ospina O. La salud en la cosmovisión de la comunidad indígena. Retos educativos con perspectiva educacional. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. [internet] 2012; 2(2):10-6. [23 de julio de 2022] Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/30/la-salud-en-la-cosmovision-de-una-comunidad-indigena-retos-educativos-con-perspectiva-intercultural/>

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Conocimientos y actitudes sobre detección oportuna de cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años

Knowledge and attitudes about early detection of prostate cancer in men over 45 years

Lydia Contreras-Sánchez¹, Jorge Mendoza-Rendón², Ana Fernanda González-Cantellano², Héctor Hernández-Primerio³, María Ubelina Fernández-Vázquez⁴, Socorro Méndez-Martínez⁵

RESUMEN

Objetivo: Determinar los conocimientos y actitudes sobre la detección oportuna de cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años. **Materiales y métodos:** Estudio transversal, que evaluó el nivel de conocimientos y actitud sobre detección oportuna de cáncer de próstata, el conocimiento fue evaluado por un cuestionario de 9 preguntas de opción múltiple, clasificándolo como bajo, intermedio y alto; y la actitud por una escala tipo Likert, clasificándola como aceptación, indiferencia y rechazo. Para la asociación entre variables se usó chi-cuadrada de Pearson. **Resultados:** Se encuestaron 91 hombres, con edad media de 59.5 ± 11 , los conocimientos obtuvieron una mediana de 6 con valor mínimo de 2 y máximo de 8, el 53.8% tuvo un nivel de conocimientos intermedio, el 81.3% conoce qué es el cáncer de próstata. El 70% reportó una actitud de indiferencia con una media de 29.77 ± 5.78 . 91.2% se sometería de manera voluntaria al tacto rectal, y 79.1% no cree que este afecte su masculinidad. No hubo relación entre el nivel de conocimientos y actitudes (Chi cuadrada de Pearson: $p=0.298$). **Conclusiones:** El nivel de conocimiento fue intermedio y pese a una actitud de indiferencia a la detección, existe buena disposición para la realización del tacto rectal de manera voluntaria, estos aspectos son importantes con el fin de mejorar el bienestar biopsicosocial de los hombres mayores de 45 años.

Palabras Clave: Cáncer de Próstata; Detección precoz del cáncer; Actitud; Actitud frente a la salud.

ABSTRACT

Objective: To determine the knowledge and attitudes about the timely detection of Prostate Cancer in men over 45 years. **Materials and methods:** Cross-sectional study, which evaluated the level of knowledge and attitude about timely detection of Prostate Cancer, knowledge was evaluated by means of a questionnaire of 9 multiple choice questions, classifying it as low, intermediate and high, and attitude by a scale Likert type, classifying it as acceptance, indifference and rejection. For the association between variables, Pearson's chi-square was used. **Results:** A total of 91 men were surveyed, with a mean age of 59.5 ± 11 , knowledge obtained a median of 6 with a minimum value of 2 and a maximum of 8, The 53.8% had an intermediate level of knowledge, The 81.3% know what Cancer is of Prostate, and 70% reported an attitude of indifference with a mean of 29.77 ± 5.78 . 91.2% would voluntarily submit to Rectal Touch, and 79.1% do not believe that it affects their masculinity. There was no relationship between the level of knowledge and attitudes (Pearson's Chi square: $p=0.298$). **Conclusions:** The level of knowledge was intermediate and despite an attitude of indifference to detection, there is a willingness to perform the Rectal Examination voluntarily, these aspects are important in order to improve the biopsychosocial well-being of Men over 45 years.

Keywords: Prostate Cancer; Early detection of cancer; Attitude; attitude towards health.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de cursos posttécnicos. Puebla, México.

²Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla. Facultad de Medicina. Puebla, México.

³Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de medicina familiar No.11. Puebla, México.

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro de investigación educativa y formación docente. Puebla, México.

⁵Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de planeación y enlace institucional. Puebla, México.

Recibido: 06 de octubre de 2022
Aceptado: 16 de noviembre de 2022.

Correspondencia para la autora: Socorro Méndez Martínez. Calle 4 Norte, Colonia Centro. C.P. 72000. Puebla, Puebla, México.
socorro.mendez@imss.gob.mx

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es una de las afecciones oncológicas más frecuentes en el mundo, la Asociación Americana del Cáncer estima que 1 de cada 8 hombres lo desarrollará a lo largo de su vida (1) y la Organización Mundial de la Salud lo sitúa como el tercer cáncer más frecuente en los hombres, con un total de 1,414,259 casos durante 2020 (2) En México, para el mismo año el 22% de las defunciones por tumores malignos en mayores de 60 años fueron debidas a cáncer de próstata (3). En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) más de 23 mil derechohabientes se diagnosticaron hasta 2018 (4). El abordaje de esta condición representa un problema de salud pública, donde el retraso en la detección y atención oportuna, generan altos costos en su atención y afectan de manera importante la calidad de vida de los pacientes (5-9).

La NOM-048-SSA2-2017, establece que el tamizaje y la detección oportuna debe realizarse por el personal de salud en el primer nivel de atención médica en hombres mayores de 45 años, independientemente del motivo de atención y en mayores de 40

años con antecedentes familiares de primera línea, se debe realizar exploración física que incluye tacto rectal (TR), la realización del antígeno prostático específico (PSA) y el cuestionario de síntomas prostáticos (10). Los profesionales de la salud orientan e intervienen con actividades educativas para la detección y el autocuidado, sin embargo, las barreras culturales, sociales y psicológicas limitan y retrasan la detección y atención de esta patología, sin distinguir nacionalidad, estrato social o nivel educativo (11-15).

El conocimiento, acercamiento social y cultural juegan un papel importante en la educación del paciente, el personal de salud de primer contacto es importante en la prevención y detección (16), siendo enfermería quién adopte dichas estrategias que contribuyan al diagnóstico oportuno de pacientes con riesgo de desarrollar cáncer, por lo que es primordial identificar las áreas de oportunidad, el objetivo de este estudio es determinar los conocimientos y actitudes sobre la detección oportuna de Cáncer de Próstata en hombres mayores de 45 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, homodémico y prospectivo donde se realizó un cuestionario sobre conocimientos de detección temprana del cáncer de próstata en el periodo del 15 de octubre al 14 de noviembre del 2021 en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 (UMF2) del Instituto

Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Puebla, México durante 2021.

Con el fin de determinar los conocimientos y actitudes en los hombres de la UMF2 durante el periodo de estudio, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia incluyendo hombres de 45 a 74 años de edad

derechohabientes del IMSS en esta misma unidad, que aceptaran contestar la encuesta, previa obtención de consentimiento informado. Excluyendo aquellos con diagnóstico establecido de cáncer de próstata y eliminando los cuestionarios incompletos, obteniendo un total de 91.

Se registraron las variables sociodemográficas como: edad, número de hijos, escolaridad y estado civil, las preguntas orientadas a estas variables, no se les fue asignado ningún valor.

Los conocimientos y actitudes fueron determinados mediante el cuestionario elaborado por Montealegre et al., en Colombia durante 2011, validado mediante una prueba piloto (17) y modificado por Bazán en Perú durante 2016 (18), con el fin de eliminar la sección de ingresos que no fue relevante para las investigaciones previas, obteniendo un total de 19 preguntas, siendo 9 para conocimientos y 10 para actitudes obteniendo un alfa de Cronbach de 0.825 y de 0.710 respectivamente. Los conocimientos sobre la detección oportuna de cáncer de próstata fueron evaluados mediante preguntas de opción múltiple, las cuáles fueron:

1. ¿Qué es el cáncer de próstata?
2. ¿Cuáles son las pruebas de detección oportuna para detectar el cáncer de próstata?
3. ¿Qué es el antígeno prostático específico?
4. ¿Para qué sirve el antígeno prostático específico?
5. ¿Qué es el tacto rectal?
6. ¿Para qué sirve el tacto rectal?

7. ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de próstata?

8. ¿A partir de qué edad deben realizarse las pruebas de detección oportuna para cáncer de próstata?

9. ¿Con qué frecuencia se deben realizar las pruebas de detección oportuna?

Cada respuesta correcta equivalió a 1 punto (pt), los puntajes obtenidos se clasificaron como conocimiento bajo (igual o menor a 3 pts.), intermedio (4-6 pts.) y alto (igual o mayor a 7 pts.).

Las actitudes se determinaron mediante una escala tipo Likert siendo esta medida por los siguientes enunciados:

1. Me hago el examen del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA) para determinar la probabilidad de tener cáncer de próstata.
2. Me hago el examen del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA) solo cuando tengo síntomas.
3. Me hago el examen del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA) solo cuando me lo indica el médico.
4. Me hago el examen del tacto rectal por iniciativa propia.
5. El examen del tacto rectal afecta mi hombría, virilidad o masculinidad.
6. Me hago el examen del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA) como única forma de sospechar del cáncer de próstata.
7. No me hago el examen del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA).

8. Me hice el examen de tacto rectal y/o la prueba del antígeno prostático específico (PSA) hace un año aproximadamente.

9. Nunca me realizó el examen del tacto rectal.

10. Nunca me realizó la prueba del antígeno prostático específico (PSA).

Las respuestas consistieron en las frases totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo y totalmente de acuerdo. Obteniendo un puntaje del 1 al 5 según la orientación del enunciado a responder, siendo 1 una respuesta no favorable y 5 cuando esta lo fuera. Los puntos obtenidos fueron sumados y según el

total fueron clasificados como actitud de rechazo (0-16 pts.), indiferencia (17-33 pts.) y aceptación (34-50 pts.).

El análisis estadístico fue descriptivo, expresado en frecuencias y porcentajes para variables categóricas, media, mediana y desviación estándar para variables cuantitativas y para la asociación entre conocimientos y actitudes se utilizó Chi Cuadrada de Pearson en el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 25. Este estudio fue aprobado por los comités de ética y de investigación del Instituto con número de registro: R-2021-2108-074.

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 91 hombres, edad promedio de 59.5 ± 11 años, el estado civil predominante fue casado con 70.3% (n=64), el número de hijos correspondió de 3

a 4 con 43.9% (n=40), la escolaridad fue secundaria con 39.5% (n=36) y la ocupación más frecuente fue empleado con 40.7% (n=37) (ver tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas en hombres de 45 a 74 años.

Variables	Total	%
Edad en años, media $\pm$ DE	59.5 $\pm$ 11	
Escolaridad		
Primaria	29	31.9
Secundaria	36	39.5
Preparatoria	14	15.4
Licenciatura	11	12.1
Posgrado	1	1.1
Estado civil		
Soltero	9	9.9
Casado	64	70.3
Viudo	7	7.7
Divorciado	5	5.5
Unión libre	6	6.6
Ocupación		
Desempleado	18	19.8
Empleado	37	40.7
Jubilado	36	39.5
Número de hijos		
No tiene hijos	8	8.8
De 1 a 2	32	35.2
De 3 a 4	40	43.9

De 5 a 6	8	8.8
De 7 a 8	1	1.1
Más de 8	2	2.2

DE: Desviación estándar
Fuente: Elaboración propia

En la sección de conocimientos, se obtuvo una mediana de 6 puntos, con un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 8, El nivel de conocimientos que predominó fue intermedio con el 53.8% (n=49) de los hombres, seguido por el nivel de conocimientos bajo con 29.7% (n=27). La pregunta ¿Para qué sirve el tacto rectal? Fue respondida correctamente en el 89% (n=81) de los hombres encuestados, seguida por

¿Qué es el cáncer de próstata?, donde el 81.3% (n=74) respondieron correctamente. La pregunta con menos respuestas correctas correspondió a ¿Con qué frecuencia se deben realizar las pruebas de detección oportuna?, donde solamente 7.6% (n=7) respondieron acertadamente (Ver tabla 2).

Tabla 2. Nivel de conocimientos sobre detección oportuna de Cáncer de Próstata en hombres mayores de 45 años derechohabientes del IMSS.

Conocimientos	Número total de hombres que respondieron correctamente	%
¿Qué es el Cáncer de Próstata?	74	81.3%
¿Cuáles son las pruebas de detección oportuna para detectar el cáncer de Próstata?	28	30.7%
¿Qué es el Antígeno Prostático Específico?	62	68.1%
¿Para qué sirve el Antígeno Prostático Específico?	69	75.8%
¿Qué es el tacto rectal?	57	62.6%
¿Para qué sirve el tacto rectal?	81	89%
¿Cuáles son los síntomas del cáncer de Próstata?	62	68.1%
¿A partir de qué edad deben de realizarse las pruebas de detección oportuna para Cáncer de Próstata?	59	61.5%
¿Con qué frecuencia se deben realizar las pruebas de detección oportuna?	7.2	7.6%

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la actitud, la puntuación media fue de 29.77 ± 5.78 , la actitud que más se presentó fue la de indiferencia, en el

79.1% (n=72) de los encuestados, mientras que la actitud de aceptación se mostró en el 10% (n=9). Pese a que se mostrara

predominantemente este resultado, los enunciados que tuvieron una predisposición a la aceptación fueron: Me hago el examen del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA) de manera voluntaria para determinar la probabilidad de tener cáncer de próstata, donde el 60.4% (n=55) y el 29.6% (n=27) mostraron estar totalmente de acuerdo y de acuerdo respectivamente, de igual modo el enunciado El examen del tacto rectal afecta mi hombría, virilidad o masculinidad, demostró que el 49.5% (n=45) y el 25.3% (n=23) se encontraba totalmente en desacuerdo y de acuerdo de manera respectiva en que esto fuera así.

Sin embargo, el enunciado nunca me realizo el examen del tacto rectal mostró que el 64.9% (n=59) estaba totalmente de acuerdo y de acuerdo en un 13.1% (12), al igual que Nunca me realizo la prueba del antígeno prostático específico donde el 59.4% (n=54) estaba totalmente de acuerdo y el 13.1% (n=12) estaba de acuerdo con el enunciado.

Del total de hombres encuestados respondieron de manera favorable al enunciado Me hice el examen de tacto rectal y/o la prueba del antígeno prostático específico (PSA) hace un año aproximadamente, con un 20.9% (n=19) estando totalmente de acuerdo y el 19.8% (n=18) estando de acuerdo. (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel de actitudes sobre la detección oportuna de Cáncer de Próstata en hombres mayores de 45 años derechohabientes del IMSS.

Enunciado n (%)	TA	A	I	D	TDS
1. Me hago el examen del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA) de manera voluntaria para determinar la probabilidad de tener cáncer de próstata.	55 (60.4)	27 (29.6)	5 (5.5)	2 (2.2)	2 (2.2)
2. Me hago el examen del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA) solo cuando tengo síntomas.	36 (39.5)	24 (26.3)	9 (9.9)	8 (8.8)	14 (15.4)
3. Me hago el examen del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA) solo cuando me lo indica el médico.	35 (38.4)	34 (37.3)	7 (7.7)	9 (9.9)	6 (6.6)
4. Me hago el examen del tacto rectal por iniciativa propia.	28 (30.8)	23 (25.3)	16 (17.5)	14 (15.3)	10 (11)
5. El examen del tacto rectal afecta mi hombría, virilidad o masculinidad.	8 (8.8)	11 (12)	4 (4.4)	23 (25.3)	45 (49.5)
6. Me hago el examen del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA) como única forma de sospechar del cáncer de próstata.	27 (29.7)	26 (28.5)	14 (15.4)	10 (11)	14 (15.3)
7. No me hago el examen del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático específico (PSA).	4 (4.4)	14 (15.4)	17 (18.6)	21 (23)	35 (38.5)

8. Me hice el examen de tacto rectal y/o la prueba del antígeno prostático específico (PSA) hace un año aproximadamente.	19 (20.9)	18 (19.8)	7 (7.7)	13 (14.2)	34 (37.3)
9. Nunca me realizo el examen del tacto rectal.	59 (64.9)	12 (13.1)	5 (5.5)	9 (9.9)	6 (6.6)
10. Nunca me realizo la prueba del antígeno prostático específico (PSA).	54 (59.4)	12 (13.1)	6 (6.6)	11 (12)	8 (8.8)

TA: Totalmente de acuerdo A: De acuerdo, I: Indiferente, DS: desacuerdo, TDS: totalmente en desacuerdo

Fuente: elaboración propia

Se buscó contrastar la relación entre conocimientos y actitudes, donde se identificó que la actitud de indiferencia se mostró principalmente en los hombres con un nivel de conocimientos intermedio con correspondiendo al 43.9% (n=40) del total, mientras que aquellos que mostraron una actitud de rechazo con conocimientos intermedios fue de 5.49% (n=5) y aquellos

con actitud de aceptación fue del 4.3% (n=4). Por otra parte, la actitud de rechazo se mostró en la misma frecuencia en los hombres con nivel de conocimiento bajo e Intermedio en el 5.49% (n=5) de los encuestados. No se encontró una relación entre el nivel de conocimientos y actitudes (Chi cuadrada de Pearson: p=0.298)

Tabla 4. Nivel de conocimientos y actitudes en Hombres con respecto a la detección oportuna de Cáncer de Próstata.

Nivel de conocimientos	Rechazo	Indiferencia	Aceptación	Total
Bajo	5	18	4	27
Intermedio	5	40	4	49
Alto	0	14	1	15
Total	10	72	9	91

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio señalan que más del 50% de los hombres presentaron un conocimiento intermedio, sobre el cáncer de próstata, similar al 44.7 % reportado por Banda en 2018, en Perú, donde se abordaron variables sociodemográficas similares a las nuestras, sin embargo, pese a que el estudio peruano haya utilizado una encuesta que abarcó el mismo contenido temático, este se compuso de 6 preguntas más, lo que justificaría que un porcentaje menor, lograra un puntaje elevado (19).

En cuanto a los conocimientos, más del 70% de los hombres conoce qué es el cáncer de próstata y para qué funcionan las pruebas de detección oportuna, comparado al estudio de Morrison et cols. en Jamaica, estos conocimientos eran bien sabidos por más del 90% de su población, mostrando una diferencia amplia en comparación a este estudio (20), debido a que las diferencias sociodemográficas como la etnia predisponen a un aumento en la incidencia en el país del Caribe, los motivos de atención

médica son orientados a la epidemiología propia de la región, facilitando la educación del paciente y la difusión adecuada de la información sobre la enfermedad (21), cómo se observa en un estudio realizado en Jamaica durante 2007, donde más del 60% de los hombres se habían realizado al menos una prueba de detección en un periodo menor a un año, mientras que en nuestro estudio, sólo un tercio del total de hombres lo había hecho (22).

La actitud masculina en torno a los métodos de detección, limitan la educación y acceso a los servicios de salud cuando los primeros esbozos de la enfermedad se desarrollan (23-24). El 79.1% de los hombres mostraron una actitud de indiferencia, con predisposición a la aceptación, ya que el 90% de los encuestados mostró estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en que se realizarían el TR de manera voluntaria, mientras que solamente el 19% está de acuerdo y totalmente de acuerdo en que éste afecte su masculinidad, al contrastarlo con un estudio realizado en Bogotá, donde se realizaron 372 encuestas, se observa que mantienen una actitud mayormente favorable ante el TR, pero desfavorable ante la percepción de cómo afecta este la masculinidad, ya que sólo el 42.9% de los hombres que participaron en el estudio mencionado realiza el TR de manera voluntaria, y únicamente el 5.6% sentiría amenazada su masculinidad, esto, probablemente se debe a que la aversión a este último, es causada principalmente por otros factores como la falta de autocuidado, el miedo a recibir un diagnóstico, la

incomodidad física ante el examen e incluso el desconocimiento de su existencia y propósito (25).

Se ha demostrado que ha existido una mejoría de la actitud al TR en los últimos 20 años (26-30), donde la aceptación a realizarse el TR, ha sido influenciada por el acceso a la información, y el aumento en la escolaridad en la población, sin embargo aún existen barreras socio-culturales que limitan la actitud del TR, tales como la calidad de la atención en salud, el trato del personal médico y de enfermería, el miedo a someterse a procedimientos invasivos, experiencias obtenidas de terceros y la propia construcción de la masculinidad. Lo que empuja a los hombres a tener una actitud de indiferencia (30-32).

No existió relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes ante la detección oportuna del cáncer de próstata, al compararlo con un estudio de 2018 donde el nivel de conocimientos era alto, sigue existiendo una actitud de indiferencia, sin importar la percepción o disposición a la realización del TR (17,32), caso contrario al de un estudio de 2016 realizado en Perú donde la población reporta un nivel de conocimientos bajo y una actitud favorable a la detección oportuna (33), por lo que es importante considerar qué factores impactan en el cómo se percibe un problema tan importante como lo es el cáncer de próstata y cómo la masculinidad impacta en el autocuidado, como sugiere Mendoza en 2019 “los hombres establecen procesos de lejanía con los cuidados hacia las y los demás,

como consigo mismos lo que se manifiesta mediante dureza, pues la expresión de emociones, sensaciones, preocupaciones, malestares, ansiedades, entre otros, se niegan y permanecen como experiencias silenciadas en la vida de los hombres” (34).

A raíz de esta investigación es fundamental que el personal de salud de primer contacto establezca herramientas educativas no sólo basadas en la ciencia, sino también con un enfoque inclusivo, sensible y humanitario, con el fin de transformar prejuicios y miedos en una mejor cultura en salud ante una sociedad que se transforma cada día.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos sobre la detección oportuna del cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años en una unidad de primer nivel fue intermedio con una actitud de indiferencia con predisposición a la aceptación, pese a que la disposición ante el TR y el PSA sea favorable, siguen existiendo barreras que propician que la cultura del autocuidado sea dejada de lado. No se encontró relación entre el nivel de conocimientos y actitudes, es importante investigar a futuro qué factores determinan realmente que los hombres mantengan actitudes de indiferencia y rechazo ante la detección oportuna del cáncer de próstata, por lo que la necesidad de estrategias educativas enfocadas a la enseñanza en el proceso enfermedad, la potenciación de la autoestima de los pacientes, el aumento del

Algunas de las debilidades del estudio, están que sólo se abarcó la temática de la masculinidad, cuando debe valorarse un panorama más amplio que incluya, la percepción de la calidad de la atención médica, el trato al paciente, creencias y el acceso a la educación sobre el cáncer en México, por lo que se sugiere, en futuras investigaciones, se incluya la temática socio-económica y cultural de los entrevistados, así como los retos que afrontan los pacientes ante un lenguaje desconocido en su día a día.

afrontamiento ante la enfermedad, así como la implicación familiar, podrían aumentar los niveles de conocimientos y mejorar la actitud hacia los métodos de detección, por lo que la educación y la promoción a la salud son fundamentales, en donde el profesional de enfermería tenga una participación activa, con el fin de crear un impacto positivo en la detección y atención oportuna del cáncer de próstata.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que no existió ningún tipo de financiamiento.

REFERENCIAS

1. Key Statistics for prostate cancer [Internet] United States: American Cancer Society; 2022 [Actualizado 12 Enero 2022; Citado el 12 de Septiembre 2022]. Página Web, Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/about/key-statistics.html#:~:text=About%201%20man%20in%208,rare%20in%20men%20under%2040>
2. International Agency for Research Cancer [Internet] Francia: International Agency for Research Cancer 2022 [Actualizado 2020; Citado el 10 de Septiembre 2022]. Página Web, Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&population_s=900&key=asr&sex=1&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1
3. INEGI: Instituto Nacional de Geografía y Estadística [Internet] México: INEGI 2021 [Actualizado el 04 de Febrero 2021; Citado el 08 de Septiembre 2022] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/salade_prensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf
4. Pow-Sang M, Huamán MA. Retos para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2014;30. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.301.169>
5. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. México: En Día Nacional de Lucha contra el Cáncer de Próstata el IMSS llama a hombres a realizarse prueba para detección temprana 2020. [última actualización Noviembre 2020; Citado 25 de Febrero 2021]; Disponible: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202011/802>
6. Cuatrecipitzi. Diagnóstico de Salud de la UMF N° 2 Actualización 2020 para 2021. Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS 2022 [citado 28 de Febrero 2021].
7. Aguilar LV. Efectividad de una Intervención Personalizada sobre el Estado Nutricional del paciente adulto oncológico mediante asesoramiento y consejo dietético en la consulta de enfermería programada de Atención Primaria. Biblioteca Lascasas [Internet] 2018.[Citado el 06 de Septiembre 2022];14:12139 Disponible:<http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12139>
8. Morales J, Morales MC. Estrategia de intervención para el control del cáncer de próstata, Monografías, Universidad de Matanzas, Cuba, 2018: 1-7. [citado 22 de Marzo 2021]. Disponible: <http://monografias.umcc.cu/monos/2018/PB-et/mo18374.pdf>
9. Diario Oficial de la Federación. [Internet] México, NORMA Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata). 2017 [Última actualización 2017, citado el 08 de Septiembre 2022] Disponible en: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/6881/salud11_C/salud11_C.html#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%20D048,tumor%20maligno%20de%20la%20pr%C3%B3stata
10. Pedersen VH , Armes J , Ream E. Percepciones del cáncer de próstata en hombres negros africanos y negros caribeños: una revisión sistemática de la literatura . Psico-Oncología . [internet] 2012 [Consultado el 03 de Agosto 2022];21(5):457-468. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pon.2043>
11. Morlando M, Pelullo CP, Di Giuseppe G. Detección de cáncer de próstata: conocimientos, actitudes y prácticas en una muestra de hombres en Italia Una encuesta. PLoS ONE [Internet] 2017 [Consultado el 08 de Agosto 2022] 2012(10): e0186332. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186332>
12. Waseem Y, Jatoi NN, Khan BA, Butt SJ, Wasif KU, Mirza N. Knowledge and perception regarding prostate cancer among men in Karachi, Pakistan. J Pak Med Assoc. 2022 (1):194-198.

13. Durães PS, et. al. Cáncer de próstata: conocimientos e interferencias en la promoción y prevención de la enfermedad, Brasil. 2018 [citado 8 Abril 2021]. Disponible: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.336781>
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200009
14. Villar E, Veramendi N, Portocarrero E, et al. Efectividad de cartilla informativa en conocimiento y control preventivo de cáncer de próstata en adultos mayores del comité local de administración en salud - Clas Pillco Marca – Huánuco, Investigación Valdizana 2018; 11 (4). [citado 14 de Febrero 2021]. Disponible: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/riv/article/view/124/122>
15. Pérez Reyes JE, Fernández LP, Medina EP, Urquiza RP. Rol Educativo del Profesional de la Enfermería en la Prevención del Cáncer. Revista Científica Hallazgos21 [Internet] 2019 [Citado el 01 de Septiembre 2022];4:332–9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7148247>
16. IMSS [Internet] México Recomendación IMSS revisar la próstata cada año para detectar anomalías de manera oportuna No. 385/2020 [Última actualización Junio 2020, Consultado el 12 de Agosto 2022] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/385#:~:text=Para%20el%20a%C3%B1o%202018%2C%20se,de%20detecci%C3%B3n%20temprana%20de%20este%20padecimiento>
17. Montealegre H., Nora A., Arbeláez R., Juan D., Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2012 [Consultado el 16 de Agosto 2022];30(3):300-309. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12025369007>
18. Bazán De La Cruz Shirley Tatiana. Conocimientos y actitudes sobre la detección temprana del cáncer de próstata, [Tesis]. Perú. 2016 [citado 27 de Febrero 2021]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/e/UNITRU/14403/2E%20433.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Banda E. Nivel de conocimientos y actitudes hacia la detección temprana de cáncer de próstata, en los integrantes de una dirección policial, Callao. 2018. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, [Internet] 2019. [Consultado el 12 de Septiembre 2022] Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10343/Banda_re.pdf?sequence=3&isAllowed=y
20. Morrison BF, Aiken WD, Mayhew R, Gordon Y, Odedina FT. Prostate cancer knowledge, prevention, and screening behaviors in Jamaican men. J Cancer Educ [Internet] 2017 [Consultado el 15 de Septiembre 2022];32:352–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13187-016-0991-8>
21. Vega-Hurtado C. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet] 2020 [consultado el 12 de Septiembre 2022];58:197–201. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000017>
22. Anderson T, Wallace T, Aung M, Jolly PE. Prostate cancer knowledge, attitudes and screening practices among men in western Jamaica. West Indian Med J [Internet] 2015[Consultado el 14 de Septiembre de 2022];65:67–77. Disponible en: <https://doi.org/10.7727/wimj.2013.168>
23. Rojas Ramírez Br. Llony. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer prostático, usuarios del consultorio externo de medicina, hospital regional virgen de Fátima [Tesis], Chachapoyas, Perú 2016. [citado 10 de Marzo 2021].
24. Martínez Sánchez LM, Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención: Educación en salud. Arch Med (Manizales) [Internet] 2020 [Consultado el 10 de Agosto 2022];20:490–504. Disponible en: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>
25. Fajardo Á, Jaimes G. Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet] 2016

- [Consultado el 18 de Septiembre 2022];64:223. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.53039>
26. Tourville EA, Nguyen MM. Prostate cancer detection by using digital rectal examination: contemporary practice patterns in the United States. *Clin Genitourin Cancer* [Internet] 2013 [Consultado el 01 de Agosto 2022];11:263–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clgc.2013.04.013>.
 27. Lucumí, Diego Iván, Cabrera, Gustavo Alonso, Creencias sobre el examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali. *Colombia Médica* [Internet]. 2003 [Citado el 15 de Agosto 2022];34(3):111-118. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334302>
 28. Bourne PA. Rural male health workers in Western Jamaica: Knowledge, attitudes and practices toward prostate cancer screening. *N Am J Med Sci* [Internet] 2010 [consultado el 12 de Agosto 2022];2:11–7. Disponible en: <https://doi.org/10.4297/najms.2010.111>.
 29. INEGI [Internet] México, Grado promedio de escolaridad de la población de 15 y más años por entidad federativa según sexo, años censales seleccionados 2000 a 2020 [Última actualización 2020, Consultado el 01 de Septiembre 2022] Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Educacion Educacion 05 2f6d2a08-babc-442f-b4e0-25f7d324dfe0>
 30. Luna CNF. Conocimientos y Actitudes de los Hombres Mayores de 50 Años, sobre el Tacto Rectal, como Método de Diagnóstico para Cáncer De Próstata. [Tesis], Universidad Autónoma De Querétaro, México 2020. [citado el 12 Septiembre 2022]. Disponible en: <http://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/2040/1/MEEESC-266924-0220-227-Cristian%20Nicol%c3%a1s%20F%c3%a9lix%20Luna.pdf%20%20-A.pdf>
 31. Almeida ÉS, Souzas R, Dos-Santos EM. “Afectados por el tacto”: sentidos atribuidos por hombres a las prácticas de prevención del cáncer de próstata. *Salud Colect* [inyternet] 2020 [consultado el 01 de Septiembre 2022];16:e2176. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2176>
 32. Chamorro-Jimenez L, Lanazca-DelaCruz C, Figueroa-Gamarra L. Percepción del tamizaje de cáncer de próstata en Huánuco, Perú. 2018. *Revista Peruana de Investigación en Salud* [Internet] 2019 [consultado el 01 de Septiembre 2022];3:158–66. Disponible en: <https://doi.org/10.35839/repis.3.4.491>.
 33. Robles E. Conocimientos y Actitudes en varones mayores de 40 años como determinante en la Prevención Del Cáncer de Próstata en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2016. Universidad San Martín de Porres, [Internet] 2018. [Consultado el 21 de Septiembre 2022] Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3727/robles_mem.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 34. Mendoza J. Develando los costos de la masculinidad. El autocuidado de la salud sexual de los varones adultos en México. Una reflexión desde las masculinidades y las políticas públicas. (Tesis de Especialidad), Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México, México. 2019;117-133.

ESTUDIO DE CASO

Cuidados de enfermería en un paciente pediátrico con Guillain Barré asociada a la vacuna de influenza

Nursing care in a pediatric with guillain barre associated with the influenza vaccine

Araceli Ávila Peña¹, Imelda Valdés-Hernández¹, Norma Elizabeth Guerrero-Chavarría¹, Elsa Elizabeth Martinez-Perez¹, Maria Eugenia Cervera-Baas²

RESUMEN

Introducción: el síndrome de Guillain- Barre (GB), constituye la primera causa de parálisis flácida aguda en los hospitales de primer y segundo nivel de atención en México.

Objetivo: describir el caso de una paciente en edad pediátrica con GB asociada a la vacuna de influenza con enfoque del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (1,2).

Material y método: estudio de caso único de corte transversa y alcance exploratorio de una paciente de 8 años con GB, en un hospital de segundo nivel de Saltillo, Coahuila con aplicación del PAE Se realiza la valoración mediante el modelo de Virginia Henderson basado en las 14 necesidades básicas, se aborda durante la estancia hospitalaria **Resultado:** se encontró los siguientes diagnósticos 00085. Deterioro de la movilidad, 000146. Ansiedad, 00018. Incontinencia urinaria, 00182. Disposición para mejorar el autocuidado, 00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea y 00015. Riesgo de estreñimiento.

Discusión: la atención en un pediátrico con GB es un desafío para el equipo de salud, considerando la excepción de la relación causal con la aplicación de la vacuna influenza (3,4). **Conclusión:** los resultados obtenidos fueron los esperados mejorando el deterioro de la movilidad, la ansiedad presentada, la incontinencia urinaria en conjunto con el adecuado tratamiento médico.

Palabras clave: Síndrome de Guillain-Barré, Atención de enfermería, Proceso de enfermería y Orthomyxoviridae.

ABSTRACT

Introduction: Guillain-Barre syndrome (GB) is the first cause of acute flaccid paralysis in first and second level of care hospitals in Mexico. Objective: to describe the case of a pediatric patient with GB associated to influenza vaccine with a Nursing Care Process (PAE) approach (1,2). Methodology: single case study with cross-sectional and exploratory scope of an 8-year-old patient with WBC, in a second level hospital in Saltillo, Coahuila with application of the PAE The assessment is performed using the Virginia Henderson model based on the 14 basic needs, and is addressed during the hospital stay Result: The following diagnoses were found 00085. Mobility impairment, 000146. Anxiety, 00018. Urinary incontinence, 00182. Willingness to improve self-care, 00047. Risk of deterioration of skin integrity, and 00015. Risk of constipation. Discussion: the care of a pediatric patient with WBC is a challenge for the health team, considering the exception of the causal relationship with the application of the influenza vaccine (3,4). Conclusion: the results obtained were as expected, improving mobility impairment, anxiety, urinary incontinence together with adequate medical treatment.

Keywords: Guillain-Barré syndrome, Nursing care, Nursing process y Orthomyxoviridae

¹Instituto Mexicano del Seguro Social. Saltillo, Coahuila.

²Escuela de Estudio Técnico de Enfermería A.C. Saltillo, Coahuila.

Recibido: 5 de agosto de 2022.

Aceptado: 8 de noviembre de 2022.

Correspondencia para la autora: María Eugenia Cervera Baas. Calle Licenciado Juan Antonio de la Fuente 352, Saltillo Coahuila, México. mariacerverabaas@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) constituye la primera causa de parálisis flácida aguda en los hospitales de primer y segundo nivel de atención en México. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como una enfermedad extraña que afecta el sistema inmunitario atacando a los nervios periférico. Una de las posibles causas son las inmunizaciones, debido a que estas son una herramienta efectiva para disminuir la morbilidad y mortalidad durante una epidemia. Los pacientes que presentan este síndrome tienen un 20% de probabilidad de presentar secuelas neurológicas y la mortalidad puede alcanzar un 5%. (1,2)

Una de las vacunas que se encuentran dentro del esquema es la Influenza y se estima que el riesgo de desarrollar SGB se encuentra incrementando por un factor de 1.7 dentro de las primeras seis semanas posteriores a la vacunación. Esta puede traducir en un caso adicional de 1 por millón de vacunas. En un estudio realizado en un Hospital Comunitario del estado de San Luis Potosí en un periodo de 18 meses se observa que el 23% de los casos está relacionado con la aplicación de la vacuna contra la Influenza (5,6).

Por otra parte, el inicio de esta patología es agudo, comienza con debilidad muscular simétrica, de progresión rápida ascendente, predominantemente distal con compromiso de los reflejos osteotendinosos, con o sin dolor neuropático y con trastornos de la marcha. Por lo general llegan a su punto más

bajo en cuatro semanas desde el inicio de esta, siendo heterogéneo con muchas formas variantes, y en algunos casos severos, este síndrome puede causar falla ventilatoria ocasionando la muerte (1,7,8).

Sin embargo, el diagnóstico es todo un reto, especialmente en pacientes pediátricos, casos atípicos, personas con dolor grave que precede a la debilidad, o países con bajos ingresos, recursos limitados y amplio diagnóstico diferencial (9).

Con respecto al tratamiento se sugiere la administración de inmunoglobulina en las 2 primeras semanas del inicio de los síntomas, esto ha demostrado eficacia para acortar el tiempo de recuperación de pacientes con SGB. Por su parte la plasmaféresis ha probado beneficio en pacientes con enfermedad leve, moderada y severa, así como mayor utilidad cuando se realiza dentro de los siete días posteriores al inicio de la enfermedad (10).

De modo que en la mayoría de los casos el SGB es reversible y los pacientes se recuperan aun en los casos más severos. Sin embargo, esta patología puede ser mortal, por lo que los pacientes con casos graves deben ser tratados en la unidad de cuidados intensivos. Sin embargo, con el paso del tiempo la investigación clínica, tiene cada vez más claro que el SGB no es una entidad única, sino más bien un grupo clínico y patológicamente heterogéneo de condiciones neuropáticas (11).

El objetivo del presente estudio es describir el caso de una paciente en edad pediátrica con GB asociada a la vacuna de influenza con

enfoque del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de caso único de corte transversa y alcance exploratorio con metodología del PAE en una paciente de la especialidad de pediatría, que se atendió en un hospital de segundo nivel de atención de la ciudad de Saltillo, Coahuila en Mayo del 2022, el cual se implementó los cuidados enfermeros integrales, constituido por las fases:

1. Se realizó una valoración integral de enfermería a través de un interrogatorio utilizando una guía de entrevista que retoma el modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades básicas, seguida de una exploración física cefalocaudal, lo que permitió la recogida exhaustiva de datos de las distintas áreas del paciente (biopsicosocial) (12).

2. Posterior se efectuó una revisión bibliográfica exhaustiva y actualizada sobre la taxonomía II de la North American Nurse Diagnosis Association (NANDA), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC) Con el fin de identificar el diagnóstico, el resultado y las intervenciones adecuadas al paciente (13–15).

3. Se utilizaron las clases y dominios de la Taxonomía II NANDA, para enlazar las

necesidades básicas con los diagnósticos de dicha taxonomía.

4. Posteriormente se planificó, ejecutó y evaluó el alcance de las intervenciones del proceso enfermero con base en la metodología de la NANDA, NOC y NIC.

5. Para concluir se creó un plan de cuidados sobre los diagnósticos que consideraron más prioritarios en el momento de la atención.

El PAE se realizó de acuerdo con las consideraciones éticas, que se deliberaron como riesgo bajo, por lo que se asentaron de acuerdo a la Declaración de Helsinki y al Código de Núremberg el cual indica que el estudiar seres humanos deberá ser con defensa de la vida, beneficio, libre daño y con el consentimiento informado firmado por parte de los tutores y por parte del menor el asentimiento informado, por otra parte, también se realizó con base en la Norma oficial Mexicana NOM-012-SSA3- 2012, la cual establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y por último, en los artículos 32 y 100 de la Ley General de Salud de México (16–18).

Descripción del caso clínico

Paciente G.P.A.Y de 8 años de edad, femenina, la cual acude al Hospital de Niño

por presentar, el día 21 de mayo 2022, pérdida súbita de la fuerza muscular de la extremidad pélvica derecha, acompañada de dolor tipo urgente en zona poplíteo, con irrigación desde el glúteo hasta el tobillo derecho y que posteriormente sufre exacerbación al momento pasivo hacia la espalda, refiere la madre haber aplicado vacuna influenza en meses pasados (marzo señalado en la cartilla). Todos los datos anteriores fueron obtenidos en expediente clínico.

Se sospechan de Síndrome Guillain Barre, durante la estancia recibe interconsulta con cirugía pediátrica tras presentar dolor abdominal y la radiografía muestra coproestasis por lo que le indican fosfoenema, sin embargo sigue refiriendo dolor abdominal inguinal, presenta además vomito de contenido gastro alimentario, también se encontró con disuria, tenesmo y globo vesical por lo que se coloca sonda Foley y se toma EGO, además cursó con deterioro a razón de la progresión de la parálisis hasta hacerse bilateral, le toman TAC de columna, torácico y lumbar en la que no se observan mayores alteraciones (estudio sin reporte). Se refiere al hospital de segundo nivel de atención (HGZ#1) por ser derechohabiente, ya que el tratamiento para manejo inicial se encuentra en esta unidad.

Valoración física

A la toma de los signos vitales se obtiene lo siguiente:

Frecuencia Cardíaca= 90 lpm, Frecuencia Respiratoria= 22 rpm, Saturación de

oxígeno= 97%, Temperatura = 36°C y Peso= 41 kg.

A la exploración física se encuentra a paciente acostada en cama en posición libremente elegida, despierta, orientada, alerta, pupilas isocóricas, normo reactiva, cuello cilíndrico, sin adenomegalias, tórax con adecuada mecánica ventilatoria, espalda con presencia de rash generalizado, rojizo sin comezón, paciente refiere que mejora tras el baño y cambio de ropa, campos pulmonares con buena salida y entrada de aire, abdomen blando depresible no doloroso, peristalsis audible, refiere no tener control de esfínteres, extremidades pélvicas con fuerza 1/5 Daniels, refiere parestesias en zona lumbar y extremidades inferiores, extremidades torácicas fuerza de 3/5 Daniels, sensibilidad alterada, refiere disestesias en ambas piernas, en ambos niveles, hiporreflexia, llenado capilar inmediato.

Valoración según las Necesidades de Virginia Henderson

1. Oxigenación: mantiene un buen aporte de oxígeno con una saturación de 97%, buena coloración de tegumentos y frecuencia respiratoria 22.

2. Necesidad de comer y beber adecuadamente: refiere realizar tres comidas en desayuno, almuerzo y cena con autonomía para el consumo de alimentos; así como también beber 1 litro de agua, lo cual presenta mucosas hidratadas. Presencia agenesia dental debido a la edad,

3. Necesidad de eliminación por todas las vías corporales: en el hábito intestinal presenta alteración en el control de esfínteres por lo que se coloca pañal. Dentro del hábito urinario se identifica globo vesical y se le coloca sonda Foley. Presenta riesgo de estreñimiento por falta de movilidad.

4. Moverse y mantener la postura adecuada: consecuencia al síndrome que presenta la paciente posee limitación del movimiento empezando por miembro inferior derecho y continuando hacia el izquierdo, lo cual le causa deterioro de la movilidad.

5. Necesidad de dormir y descansar: debido a la rápida y progresiva aparición de la patología y sus complicaciones presenta una alteración del ciclo del sueño/vigilia aunada a la estancia hospitalaria.

6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse: sin manifestación de patrón alterado.

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: afebril.

8. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Incapacidad total o parcial para realizarse el aseo y baño diario por lo que se proporciona al paciente la ayuda necesaria hasta que sea capaz del autocuidado. Menciona olvidarse de cepillarse los dientes algunas veces.

9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: no presenta alteraciones.

10. Necesidad de comunicarse con los demás: se observa que utiliza un lenguaje claro, sencillo, la cual no presenta ninguna alteración del lenguaje. Así como también comunicación verbal y no verbal (audios, videos, dibujos) fácilmente comprensibles. Buena relación con su madre y abuela.

11. Necesidad de practicar sus creencias: católica, aunque por su edad no define aun sus valores y creencias.

12. Necesidad de trabajar en algo gratificante para la persona: no aplica, para su grupo de edad.

13. Participar en actividades recreativas: durante su estancia en el hospital se desarrollan actividades lúdicas y recreativas para la liberación de tensiones, manejo de estrés y entretenimiento respondiendo positivamente.

14. Necesidad de satisfacer la curiosidad que permita a la persona su desarrollo en aspectos de salud: demuestra capacidad de aprendizaje, adaptación al cambio, resiliencia y ansiedad ante la evolución de su enfermedad.

Planificación y ejecución de los cuidados enfermeros

Una vez analizado el caso clínico, se encuentran y registran las siguientes etiquetas de diagnóstico de acuerdo a la taxonomía de (NANDA). 00085. Deterioro de la movilidad, 000146. Ansiedad, 00018. Incontinencia urinaria, 00182. Disposición para mejorar el autocuidado, 00047. Riesgo

de deterioro de la integridad cutánea y 00015. Riesgo de estreñimiento.

Diagnósticos de Enfermería NANDA, con sus respectivos resultados NOC y las intervenciones a efectuar NIC.

En la tabla 1, se observa la planeación de actividades enfermeras tales como,

Tabla 1. Diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras (NANDA, NOC, NIC).

Diagnóstico de la NANDA	Resultados del NOC	Intervenciones NIC
00085. Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular evidenciado por disminución de amplitud de movimientos e inestabilidad postural.	1308. Adaptación a la discapacidad física Indicadores: 130803. Se adapta a las limitaciones. A (1). D (3). 130812. Acepta la necesidad de ayuda física. A (2). D (4). 130818. Refiere disminución de los sentimientos negativos. A (1). D (3).	0226. Terapia de ejercicios: control muscular. 0840. Cambios de posición. 0740. Cuidados del paciente encamado.
00146. Ansiedad r/c con crisis situacional, evidenciado por aprehensión, temor e incertidumbre.	1402. Autocontrol de la ansiedad. 140207. Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad A (1). D (3). 140214. Refiere dormir de forma adecuada A (1) D (3).	5820. Disminución de la ansiedad. 5270. Apoyo emocional 4920. Escucha activa. 5310. Dar esperanza.
00018. Incontinencia urinaria refleja r/c con deterioro neurológico por encima del centro sacro de la misión evidenciado por ausencia de sensación de micción e incapacidad para iniciar e inhibir voluntariamente la micción.	0503. Eliminación Urinaria. Indicador 050301. Patrón de eliminación A (1) D (3) 050312. Incontinencia Urinaria A (1) D (3) 050336. Incontinencia Funcional A (1) D (4) 050331. Micción frecuente A (1) D (5)	0580. Sonda vesical 1876. Cuidados del catéter urinario
00182. Disposición para mejorar el autocuidado evidenciado por expresa deseo de aumentar la independencia en su bienestar.	0312. Para el alta: vivir con apoyo. 031202. Necesidad de soporte familiar. A (2) D (3) 031203. Orientado con los cuidados en la nueva residencia. A (1) D (3) 031208. Describe un plan de la continuidad de los cuidados. A (1) D (3). 031209. Participa en la planificación del alta. A (2) (4).	0740. Cuidado del paciente encamado. 1806. Ayuda con el autocuidado transferencia F. 1803. Ayuda con el autocuidado alimentación. 1805. Ayuda con el autocuidado A,I,V,D. 7370. Planificación para el alta. 5240. Asesoramiento.
00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea evidenciado por	194042. Control de riesgo: herida por presión (ulceras por presión).	3540. Prevención de úlceras por presión V.

presión sobre las prominencias óseas.	Indicadores	0740. Cuidados del paciente encamado.
	194201. Identifica los signos y síntomas de la ulcera por presión A (1). D (3).	0840. Cambios de posición.
	194204. Verifica el enrojecimiento de las prominencias óseas A (1). D (3).	
	194203. Identifica los signos de la ulcera por presión A (1) D (3).	
	194208. Identifica los irritantes de la piel A (1) D (3).	
00015. Riesgo de estreñimiento evidenciado por movilidad física deteriorada.	0501. Eliminación intestinal.	0430. Control intestinal
	Indicador	1100. Manejo de la nutrición.
	050104. Cantidad de heces en relación con la dieta A (1). D (3).	0200. Fomento del ejercicio.
	050101. Patrón de eliminación A (1). D (3).	
	050105. Heces blandas y formadas A (1). D (3).	
	050112. Facilidad de eliminación de las heces A (1). D (3).	

Nota: A: Antes de la intervención; D: después de la intervención.

RESULTADOS

De acuerdo al tiempo de estancia hospitalaria y una vez realizadas las intervenciones de enfermería planificadas se lograron resolver en un nivel 3/5 los diagnósticos de 00085. Deterioro de la movilidad, 000146. Ansiedad, 00018. Incontinencia urinaria, 00182. Disposición para mejorar el autocuidado, 00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea y 00015. Riesgo de estreñimiento.

Esta evaluación fue llevada durante el tiempo de estancia hospitalaria de la paciente (4 días), en donde el personal de enfermería observo y dio seguimiento a las intervenciones planeadas, así como los diferentes grupos que colaboran en el cuidado del paciente. las cuales dieron

como resultado la mejoría de la paciente en un nivel de 3/5.

Al ingreso del paciente en la unidad lo primero que se trato fue el deterioro de la movilidad física, otorgándole cuidados de paciente encamado, posterior a ellos se le realizo la instalación del sondaje vesical como intervención ante la incontinencia urinaria refleja que presento la paciente, sin embargo, durante todas estas actividades, se identificó ansiedad la cual se empezó a trabajar con el apoyo emocional. Al día siguiente, se observó una mejora en un nivel de 3/5, mediante las actividades de, escucha activa de sus miedos, preocupaciones y dar esperanza. Se comenzaron las intervenciones referentes al autocuidado con el fin de

aumentar la independencia en su bienestar, se le orientaba a como realizar la transferencia, la alimentación y el asesoramiento.

Durante los 4 días de la estancia no se observaron efectos adversos, durante las intervenciones dentro del plan de cuidados, sin embargo, el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y el riesgo de estreñimiento, no se resuelven en su totalidad, respecto a la falta de movilidad de la paciente. Se continuo con el proceso de enseñanza del autocuidado ante estas situaciones tanto a la paciente como a los familiares.

Con respecto al plan de alta, el paciente y sus familiares fueron orientados para continuar con las mismas intervenciones en su domicilio, tomando en cuenta la importancia de realizar actividad física pues esto disminuirá los riesgos que puede presentar (ulceras por presión), cambio de posición del paciente entre otras actividades. Además de una alimentación rica en fibra y líquidos los cuales disminuyen el riesgo de estreñimiento; se enseña al familiar los cuidados de la sonda Foley en cuanto signos de alarma y aseo de la misma, el mantener buenos hábitos del sueño y descanso, así como también realizar actividades para disminuir la ansiedad.

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como finalidad describir el caso de una paciente pediátrica con GB asociada a la vacuna de influenza con enfoque PAE a través de la valoración de Virginia Henderson con el fin de obtener diagnósticos que guíen las intervenciones especializadas para el profesional de enfermería.

Se determina que el diagnóstico de GB posterior a la vacunación de Influenza fue establecido en dos meses a la aplicación, similar a lo reportado por Haber y colaboradores, el cual realizó un análisis de ocho temporadas de influenza en diversas clínicas de EE. UU. Identificando que el 19% de la muestra (18 a 49 años) presentó GB como efecto adverso. A pesar de que el estudio fue realizado con

la misma variable, la edad de los participantes difiere con el presente caso, recordando que la diversidad por región es diferente en cada país (19).

En relación con la población infantil, se observan pocos estudios uno de ellos se realizó en Corea del sur en el Hospital Nacional de Chonam donde se identificaron 14 adolescentes con GB posterior a la vacuna; así como en Alemania, se reporta que el 3% de la muestra presentó GB asociado a la vacunación; similar al reporte de caso de un paciente de 11 años, vacunado contra influenza dos semanas antes del diagnóstico. No se logra identificar reportes recientes que planteen la sospecha de relación causal, la cual es

excepcional y no debe de ninguna manera desincentivar la vacunación (20–22).

La atención de un paciente pediátrico con GB es un desafío para el equipo de salud, es por ellos que Nasser, Marín y Mojarro en el año 2018, realizan un plan de cuidados de enfermería basándose en el modelo de Virginia Henderson, el cual identifican las seis principales necesidades básicas del paciente donde refiere hacer mayor énfasis en: respirar normalmente, moverse y mantener una

postura adecuada, comunicarse con los otros, comer y beber de forma adecuada, eliminarlos desechos corporales, dormir y descansar. A pesar de que ambos planes se realizaron con pacientes pediátricos en el caso del presente estudio, no se toma como prioridad la necesidad de respirar normalmente; debido a que el origen de la etiología del GB es totalmente diferente, sin embargo, presentan en común solo un plan deterioro de la movilidad. (3,4).

CONCLUSIÓN

Se concluye que el síndrome de GB se puede presentar como efecto adverso a la vacunación (influenza), y es un evento de presentación excepcional en pacientes pediátricos debido que no es muy común. Se resalta la importancia de sospechar este síndrome ante la presencia de síntomas de debilidad aguda, para realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos, procurando revisar siempre los antecedentes de síntomas gastrointestinales o respiratorios, así como el esquema de vacunación reciente. (23)

Una de las herramientas que tiene el profesional de salud es el proceso

enfermero debido a que el objetivo es brindar estrategias en la realización del plan de cuidado correcto según sea la patología. En caso de pacientes pediátricos con GB es de vital importancia identificar estos planes, debido a la baja incidencia a nivel mundial, por lo que influye en la calidad de vida del paciente pediátrico y se afectada la mayoría de las veces en una dependencia total. (24)

Por último, es importante resaltar que los beneficios de la vacunación superan ampliamente el riesgo de síndrome de GB, por lo cual nunca se debe considerar la no aplicación de las vacunas en la población pediátrica. (23)

REFERENCIAS

1. Santos-garate YD. Reporte de caso; síndrome de Guillain-barré, manejo multidisciplinario en un hospital de segundo nivel. Rev. Sanid Milit [en línea]. 2022;75(4):7–12. [Consultado 2022 mayo 5]. Disponible en:

2. Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Guillain Barre [Internet]. México. 2016. [Consultado 2022 mayo 7]. Disponible en: <https://revistasanidadmilitar.org/index.php/rsm/article/view/267>
<https://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/es/index.html#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20Guillain%20Barr%C3%A9,m%C3%A1s%20graves%2C%20se%20recuperan%20totalmente.>
3. Fadrique R, Arias L, Molina Guarneros J, Bulnes N, Ortega P. Guillain Barré syndrome and influenza vaccines: Current evidence. Rev Esp Quimioter. [En línea]. 2019;32(4):288–95. [Consultado 2022 diciembre 13]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6719653/pdf/revesqui-mioter-32-288.pdf>
4. Benítez M, Méndez V, Leyva R, Narváez O, Rodríguez H. Descripción Clínica y relación con la estancia hospitalaria de pacientes con síndrome de Guillain- Barré en un comunitario en México. Rev. Mex Neurociencia [en línea]. 2015;16(2):3–15. [consultado 2022 de mayo 15]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2015/rmn152a.pdf>
5. Cruzado-Benites D, Ortiz-Cabrera J, Segura-Plasencia N, Cruzado-Ubillus W. Síndrome de Guillain-Barré: Un Caso Atípico. Rev. Ecuatoriana Neurología [en línea]. 2016;25(1–3):70–2. [Consultado 2022 de mayo 16]. Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2017/05/Sindrome-guillain-barre-caso-atipico.pdf>
6. Barboza M, Rojas D, Escoc K, Bonilla R. Reporte de un caso. Jbnc - J Bras Neurocir. 2018;18(3):56–8. [Consultado 2022 de mayo 5].
7. Rebolledo-García D, González-Vargas PO, Salgado-Calderón I. Síndrome de Guillain-Barré: Viejos y nuevos conceptos. Revista Medicina Interna Mexicana. [en línea] 2018;34(1):72–81. [consultado 2022 mayo 14]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n1/0186-4866-mim-34-01-72.pdf>
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. [internet] Diagnóstico y tratamiento síndrome de Guillain Barré segundo y tercer nivel de atención evidencias. 2016. 1–76 p. [consultado 2020 mayo]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/089GRR.pdf>
9. Galeas Oliva M, Ramos FC. Síndrome de Guillain Barré Recurrente: Reporte de caso. Revista Digital Acta Pediátrica Hondureña. [en línea]. 2019;8(2):791–5. [consultado el 2022 de mayo 15]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVo18/pdf/APHVol8-2-2017-2018-6.pdf>
10. Mitra L, Schub E. Henderson Nursing Model. Creat Nurs. [en línea]. 2017;23(2):121–3. [consultado el 2022 diciembre 11]. Disponible en: <https://www.ebsco.com/sites/default/files/acquiadam-assets/Nursing-Reference-Center-Plus-Care-Sheet-Henderson-Nursing-Model.pdf>
11. Haber P, Moro PL, Lewis P, Woo EJ, Jankosky C, Cano M. Post-licensure surveillance of quadrivalent inactivated influenza (IIV4) vaccine in the United States, Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), July 1, 2013-May 31, 2015. Vaccine [en línea]. 2016;34(22):2507–12.

- [consultado 2022 de julio 6]. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.03.048> 2014.
12. Fadrique RS, Arias LM, Molina-Guarneros JA, Bulnes NJ, Ortega PG. Guillain-barré syndrome and influenza vaccines: Current evidence. *Rev Esp Quimioter.* [en línea]. 2019;32(4):288–95 [consultado 2022 de julio 26].
 13. Herdman T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermero: Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª Ed. Elsevier
 14. Moorhead S, Swanson E Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier Mosby; 2018.
 15. Butcher H. Bulechek G, Dochterman J. Wagner C. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). 7ª ed. España: Elsevier; 2018.
 16. Gobierno de México. Declaración de Helsinki. Dirección de investigación. [en línea]. 28 de diciembre 2017. [Consultado el 14 de diciembre del 2022] Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/helsinki.html>
 17. Ley General de Salud Pública. Última reforma publicada DOF 16-05-2022 Pública. 2020.
 18. Diario oficial de la Federación. NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [en línea]. 2013. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0
 19. Prestel J, Volkers P, Mentzer D, Lehmann HC, Hartung H. Risk of Guillain – Barré syndrome following pandemic in fluensa A (H1N1) 2009 vaccination in Germany. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* [en línea] 2014 Nov;23(11):1192-204. doi: 10.1002/pds.3638. Epub 2014 May 10. PMID: 24817531; PMCID: PMC4282476. [consultado el 2022 de junio 3]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24817531/>
 20. Lee SJ, Kim YO, Woo YJ, Kim MK, Nam T, Cho YK. Neurologic adverse events following influenza A (H1N1) vaccinations in children. 2012; *Pediatr Int.* [en línea]. 2012 Jun;54(3):325-30. [consultado 2022 julio 24]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2299607/>
 21. Nasser Laaoula, O., Marín Cañado, C. M., & Mojarro Girol S. Plan de cuidados enfermeros en el paciente con Síndrome de Guillain Barré en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Eledctronica* [en línea]. 2018. [consultado en 2022 junio 23]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-enfermeros-en-el-paciente-con-sindrome-de-guillain-barre-en-una-unidad-de-cuidados-intensivos/>
 22. Haldeman D, Zulkosky K. Treatment and Nursing Care for a Patient With ´ Syndrome. *Dimens Crit Care Nurs.* [en línea]. 2005; (December):267–72. [consultado en 2022 junio 15]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16327510/>
 23. Fadrique RS, Arias LM, Molina-Guarneros JA, Bulnes NJ, Ortega PG. Guillain-barré syndrome and influenza vaccines: Current evidence. *Rev Esp Quimioter.* [en línea].

- 2019;32(4):288–95. [consultado en 2022 junio 15].
24. Miranda K, Rodríguez Y, Cajachagua M. Proceso de atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significativo para estudiantes de último curso. Enfermería Universitaria [en línea]. 2019;16(4):374–89. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400374&lang=es

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Un cambio en el enfoque de la investigación clínica odontológica centrada en el paciente

A change in the approach of patient-centered clinical dental research

Ana María Wintergerst¹, María Eugenia López-Villanueva²

RESUMEN

La investigación clínica en odontología busca proveer información sólida sobre la eficacia y eficiencia de las intervenciones preventivas y terapéuticas. Sin embargo, el paradigma del modelo de salud con la integración del bienestar social es biopsicosocial. En medicina ha habido un avance hacia la investigación centrada en el paciente que busca producir evidencia científica sobre la efectividad de opciones de prevención y tratamiento para informar las decisiones de salud de los pacientes, las familias y los proveedores de servicios de salud tomando en consideración sus preferencias y valores. En odontología el avance ha sido menor, aun cuando estudios han incorporado los “desenlaces reportados por el paciente” que reflejan la evaluación en salud del propio paciente. Estos desenlaces han sido mayormente dolor y calidad de vida y poco se ha indagado sobre la visión y experiencia de los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento. El paciente es quien padece la enfermedad y requiere atención, es por ello que la investigación clínica odontológica debe escuchar la voz del paciente para obtener información relevante que refleje valores, expectativas, experiencias, dudas y preferencias en relación a la atención dental.

Palabras clave: desenlaces reportados por el paciente; investigación centrada en el paciente; investigación dental, odontología.

ABSTRACT

Clinical research in dentistry seeks to provide sound information on the efficacy and efficiency of preventive and therapeutic interventions. However, upon integration of social well-being, the health model paradigm is biopsychosocial. There has been progress in medicine toward patient centered research which seeks to produce scientific evidence on the effectiveness of different prevention and treatment options taking patient's preferences and values into account, allowing patients, their families and providers of health services to make better informed healthcare decisions. In dentistry, there has been minor progress even though studies have incorporated “patient reported outcomes” that reflect patient's own evaluation of their health. These outcomes have been mostly pain, and quality of life with scarce research on the patient's vision and experience on their disease and treatment. The patient is the person that suffers the disease and needs care, that is why clinical research in dentistry should listen to the patient's voice to attain relevant information that reflects their values, expectations, experiences, doubts, and preferences in relation to their dental treatment.

Keywords: patient reported outcome, patient-centered outcomes research, dental research, dentistry

¹Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología, División de Estudios de Posgrado e Investigación y Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Ciudad de México, México.

²Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Odontología. Yucatán, México.

Recibido: 8 de septiembre de 2022.

Aceptado: 17 de octubre de 2022.

Correspondencia para la autora: Ana María Wintergerst. Antiguo Camino a Fuentes Brotantes 190-604, Col. Sta. Úrsula Xitla. C.P. 14420. Deleg. Tlalpan, Ciudad de México, México. anawintergerst@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

El odontólogo es el profesional que promueve, cuida y restaura la salud dental, bucal y craneofacial, lo que contribuye a su vez a la salud y bienestar general de la persona. De ahí que la Federación Dental Internacional enfatiza que la salud bucal “refleja atributos fisiológicos, sociales y psicológicos que son esenciales para la calidad de vida y que estos están influenciados por las cambiantes experiencias, percepciones, expectativas y habilidad de adaptarse a los cambios de las personas” (1).

La atención que el odontólogo proporciona a sus pacientes gravita con base a su formación profesional, a la experiencia adquirida a través de los años y a la actualización que procure en congresos o cursos, así como en la lectura y análisis de la literatura científica. Por consiguiente, ello, en conjunto, le permitirá cumplir con el modelo de odontología basada en la evidencia que es “un enfoque del cuidado de la salud bucal que requiere la integración reflexiva de la evaluación sistemática de la evidencia científica clínicamente relevante relacionada con la historia y la condición médica y bucal del paciente, al *expertise* clínico del odontólogo y las necesidades de tratamiento y preferencias del paciente” (2). El énfasis puesto en el paciente en este enunciado refleja los cambios que se dieron alrededor de 1940 en relación con la definición de salud de la OMS con la integración del bienestar social lo cual llevó a un cambio en el paradigma del modelo de

salud de uno biomédico a uno biopsicosocial (3).

Retomemos dos elementos de la definición de la odontología basada en la evidencia, el primero “la evidencia científica clínicamente relevante relacionada con la historia y la condición médica y bucal del paciente”. La mayor parte de la literatura odontológica es investigación básica. La investigación clínica incluye estudios que involucren la interacción con pacientes, materiales o datos clínicos o de diagnóstico o de poblaciones en las siguientes categorías: etiopatogénesis, investigación traslacional, conocimiento clínico, detección, diagnóstico e historia natural de la enfermedad, intervenciones terapéuticas (medicamentos, biológicos, aditamentos, instrumentos) prevención y promoción de la salud incluyendo desenlaces y costo-eficiencia así como epidemiología (4). Así que, aunque la investigación clínica se ha enfocado mayormente a establecer la eficacia y eficiencia de tratamientos, con ese elemento se cumple. El segundo elemento por considerar es el de “las preferencias de los pacientes”. En cuanto a ello escuchamos en nuestra práctica al paciente individual pero también se debería tener un mejor entendimiento de las percepciones y expectativas de los pacientes a nivel colectivo.

Es por ello que ha habido un movimiento hacia la investigación centrada en el paciente que busca producir evidencia científica sobre la efectividad de opciones de prevención y tratamiento para informar

sobre las decisiones de salud de los pacientes, familias y proveedores de servicios de salud tomando en consideración las preferencias y valores, así como las preguntas a las que se enfrentan (los pacientes) cuando tienen que tomar decisiones referentes a su salud (5). En medicina ha habido un substancial avance en este sentido siendo que desde 2010 se estableció el “Patient-Centered Outcomes Research Institute” en los Estados Unidos de Norteamérica (6), hay diversas asociaciones de enfermedades crónicas o síndromes que gestionan la investigación centrada en el paciente (7-9) e inclusive se publican revistas científicas centradas en estudios sobre este tema (10). Gracias a este movimiento se ha podido investigar por ejemplo, cuáles son los síntomas más importantes para los pacientes con el síndrome de Charcot-Marie-Tooth (11), o como se afecta la calidad de vida de sobrevivientes de cáncer de ovario a partir del seguimiento de la relación entre distintos factores psicosociales (12), o lo que los pacientes consideran son las características de los buenos y malos médicos para que los profesionales puedan construir una identidad acorde a lo que la sociedad espera de ellos (13).

Aun cuando se ha preguntado al paciente en forma individual o colectiva sobre su salud, por ejemplo, los síntomas, actualmente en investigación se utiliza el término -desenlace reportado por el paciente-, *patient reported outcome (PRO)* en inglés que se define como una medición basada en un reporte que proviene directamente del paciente (sujeto de

estudio) en relación a su estado de salud sin enmienda o interpretación de la respuesta del paciente por el clínico ni por ninguna otra persona (14). Estas medidas que reflejan la evaluación del propio paciente de su salud son cada vez de mayor importancia como desenlace en ensayos clínicos aleatorizados (15). Probablemente, la variable más frecuentemente evaluada y que está relacionada directamente con el paciente es el dolor, seguido por la calidad de vida. La evaluación de la calidad de vida del paciente es importante y multidimensional, aunque no evalúa el efecto inmediato sino más bien el distante, y además es influenciada por muchos factores sociales o eventos de la vida de los pacientes (16).

A pesar de este énfasis mucha de la investigación clínica en odontología no ha aportado significativamente en cuanto al conocimiento de las perspectivas, preferencias, aceptabilidad, necesidades insatisfechas, inconvenientes y expectativas de los pacientes. No se ha escuchado suficientemente la voz del paciente. ¿Cuáles son sus sentimientos y temores? ¿Qué es lo que quieren y necesitan? ¿Cómo es el vivir con la enfermedad, la carga de la enfermedad? ¿Como identifican los límites entre la salud y la enfermedad, entre la enfermedad y la búsqueda de atención, y cómo deciden donde buscar atención?

Menos del 40% de los artículos publicados sobre ortodoncia incluyen desenlaces relevantes para los pacientes (17) ya que la mayoría de los desenlaces evaluados son sobre cambios morfológicos por el tratamiento o aspectos técnicos. Esto

es trascendental ya que la percepción de los pacientes sobre estética es diferente a la de los ortodoncistas. Una revisión sistemática de desenlaces considerados en estudios relacionados a caries dental encontró que, aunque el uso de variables centradas en el paciente va incrementándose, solo el 1% de los estudios reportó sobre la satisfacción del paciente o su calidad de vida, 5% sobre dolor o ansiedad y 2% molestias postoperatorias (18). Un mínimo de artículos en una revisión sistemática sobre tratamientos de restauración en niños incluyó variables relacionadas al dolor, molestias, calidad de vida, preferencia de tratamiento, satisfacción, disposición a aceptar que el tratamiento se vuelva a realizar, ansiedad y apariencia (19).

¿Qué se puede hacer para enmendar la situación? En base a las preguntas o inquietudes recurrentes de los pacientes identificados en la literatura científica o las preguntas o comentarios de nuestros pacientes se podrán seleccionar cuidadosamente e incluir estos desenlaces en proyectos de investigación ya sean como objetivos primarios o como desenlaces secundarios suplementando al objetivo primario. En estos casos deben orientarse de acuerdo con la edad y ambiente cultural y de preferencia que puedan aplicarse en ensayos longitudinales. Sin embargo, en muchas situaciones debemos ir un paso atrás. Debemos indagar a partir de pacientes; de personas que han sido o serán pacientes; de parientes, amigos y cuidadores de pacientes; y de organizaciones. Las organizaciones de investigación centradas en el paciente, por

ejemplo, se acercan al público, invitando y estimulando a las personas a que compartan su visión a profundidad, sus percepciones, preferencias, conocimientos a partir de sus experiencias e ideas empoderando a estos miembros del público a que sean asociados activos e igualitarios en proyectos de investigación. Este proceso inicial puede realizarse recurriendo a técnicas de investigación cualitativa, principalmente grupos focales y entrevistas a profundidad. Dado que los pacientes no tienen conocimientos sobre investigación, pueden tener dudas acerca de cómo se obtiene o utiliza la información, pero los investigadores que si tienen esa experiencia deberán formar un equipo integrándolos. Inclusive al final del proyecto, ese público debería ayudar a los investigadores a interpretar los datos recabados (20).

Tomemos un ejemplo de investigación centrada en el paciente con amelogénesis imperfecta. Para conocer sobre amelogénesis imperfecta más allá de cuestionarios inclusive que evalúan calidad de vida, Pousette Lundren *et al* (21) entrevistaron a pacientes con amelogénesis imperfecta severa para comprender mejor el impacto de vivir con esa condición y su tratamiento, así como la carga del tratamiento. A partir de estas entrevistas pudieron conocer la experiencia de vivir el día a día con las alteraciones del esmalte causadas por la amelogénesis como dolor y problemas de hipersensibilidad, así como sentimientos de pena y vergüenza. También identificaron que era conflictivo el encontrarse con personal odontológico al

que le falta conocimiento y entendimiento de la condición, al recibir comentarios como el de que tenían así los dientes por una deficiente técnica de cepillado. Los pacientes comentaron sobre estrategias que utilizaban al conocer a personas y para reducir el dolor al comer o ingerir bebidas, así como su experiencia posterior al tratamiento con coronas de porcelana que les permitió sonreír, reírse y sentirse como pacientes normales. Posteriormente, Lyne *et al*, (22) utilizaron esta información, junto con la de otras publicaciones para desarrollar un instrumento “desenlace reportado por el paciente” con apoyo de y para pacientes con amelogénesis imperfecta para evaluar problemas funcionales y de bienestar psicosocial de niños y jóvenes con esta condición y que puede apoyar el monitorear el progreso de los pacientes para permitir que el tratamiento sea planeado con base en las necesidades y preocupaciones de ese paciente individual.

¿Cuál es la utilidad de preguntar y escuchar con interés al paciente? El darle estatus a la voz de los pacientes reconoce su derecho a ser escuchados y que la riqueza de sus experiencias y puntos de vista sean tomados en cuenta de forma seria. El escucharlos cuidadosamente puede orientarnos hacia sus prioridades, intereses y preocupaciones. Tendremos información relevante que refleje sus valores y preferencias. Con todo ello se irá cerrando la brecha entre el odontólogo y el paciente y facilitará el entendimiento de las diversas opciones de tratamiento y sus consecuencias. Por tanto, podrá darle un giro

a la investigación para que sea más relevante para los pacientes. El conocimiento adquirido de la investigación de desenlaces reportados por el paciente permitirá, además, una mejor toma de decisiones para que el proceso entre clínicos y pacientes como asociados equitativos intercambien información y preferencias y negocien una decisión de tratamiento aceptable para ambas partes. Con ello, los pacientes estarán más involucrados en su tratamiento, y comprenderán mejor el impacto de ese tratamiento más allá del desenlace clínico. El odontólogo, por su parte, se sentirá más satisfecho al realizar su actividad profesional.

Este enfoque a la investigación tiene una orientación más social ya que la investigación clínica odontológica, además de proveer información sólida sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de los nuevos tratamientos debe proveer información relevante que refleje los valores, expectativas, experiencias, dudas y preferencias de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J* 2016;66(6):322-324.
2. Hutter JW. The History of evidence-based dentistry in the ADA. *J Evid Based Dent Pract* 2004;4:8-11.
3. Badash I, Kleinman NP, Barr S, Jang J, Rahman S, Wu BW. Redefining Health: The Evolution of Health Ideas from Antiquity to the Era of Value-Based Care. *Cureus* 2017;9(2):e1018.
4. Institute of Medicine. The role of purchasers and payers in the clinical research enterprise: workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press. 2002.
5. Nass P, Levine S, Yancy C. Research priorities white paper (PCORI-SOL-RPWG-001) for the Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI), 2012, disponible en: <https://www.pcori.org/assets/Methods-for-Involving-Patients-in-Topic-Generation-for-Patient-Centered-Comparative-Effectiveness-Research-%E2%80%93-An-International-Perspective.pdf>.
6. The Patient-Centered Outcomes Research Institute [Internet]. Washington D.C; [citado 2021 Aug 15]. Disponible en: <https://www.pcori.org/>
7. Dravet Syndrome Foundation [Internet]. Cherry Hill, NJ; [cited 2021 Aug 15]. Disponible en: <https://www.dravetfoundation.org/patient-centered-outcomes-research/>
8. Johns Hopkins Arthritis Center [Internet]. Baltimore MD; [cited 2021 Aug 15]. Disponible en: <https://www.hopkinsarthritis.org/arthritis-research/patient-centered-outcomes-research/>
9. Emory University Patient Centered Outcomes Research [Internet]. Washington DC; [citado 2021 Aug 15]. Disponible en: <https://scholarblogs.emory.edu/pcor/>
10. The Patient - Patient-Centered Outcomes Research [Internet]. Switzerland; [citado 2021 Aug 15]. Disponible en: <https://www.springer.com/journal/40271>
11. Thomas FP, Saporta MA, Attarian S, Sevilla T, Sivera R, Fabrizi GM, et al. Patient-reported symptom burden of Charcot-Marie-Tooth Disease Type 1A: findings from an observational digital lifestyle study. *J Clin Neuromuscul Dis* 2022;24(1):7-17.
12. Hlubocky FJ, Daugherty CK, Peppercorn J, Young K, Wroblewski KE, Yamada SD, et al. Utilization of an Electronic Patient-Reported Outcome Platform to Evaluate the Psychosocial and Quality-of-Life Experience Among a Community Sample of Ovarian Cancer Survivors. *JCO Clin Cancer Inform* 2022;6:e2200035.
13. Grundnig JS, Steiner-Hofbauer V, Katz H, Holzinger A. 'Good' and 'bad' doctors - a qualitative study of the Austrian public on the elements of professional medical identity. *Med Educ Online* 2022;27(1):2114133.
14. FDA-NIH Biomarker Working Group. BEST (Biomarkers, EndpointS, and other Tools) Resource [Internet]. Silver Spring (MD): Food and Drug Administration (US); 2016-. Glossary. 2016 Jan 28 [Actualizado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338448/> / Co-published by National Institutes of Health (US), Bethesda (MD).
15. Addario B, Geissler J, Horn MK, Krebs LU, Maskens D, Oliver K, Plate A, Schwartz E, Willmarth N. Including the patient voice in the development and implementation of patient-reported outcomes in cancer clinical trials. *Health Expect* 2020;23(1):41-51.
16. Pukeliene V, Starkauskiene V. Quality of Life: Factors Determining its Measurement Complexity. *Engineering Economics* 2011; 22(2).
17. Tsihlaki A, O'Brien K. Do orthodontic research outcomes reflect patient values? A systematic review of randomized controlled trials involving children. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2014;146(3):279-85.
18. Levey C, Innes N, Schwendicke F, Lamont T, Göstemeyer G. Outcomes in randomised controlled trials in prevention and management of carious lesions: a systematic review. *Trials* 2017;18(1):515.
19. Ladewig NM, Tedesco TK, Gimenez T, Braga MM, Raggio DP. Patient-reported outcomes associated with different restorative techniques in pediatric dentistry: A systematic review and MTC meta-analysis. *PLoS One* 2018;13(12):e0208437.
20. Pii KH, Schou LH, Piil K, Jarden M. Current trends in patient and public involvement in cancer research: A systematic review. *Health Expect* 2019;22(1):3-20.

21. Pousette Lundgren G, Wickström A, Hasselblad T, Dahllöf G. Amelogenesis Imperfecta and Early Restorative Crown Therapy: An Interview Study with Adolescents and Young Adults on Their Experiences. PLoS One 2016;11(6):e0156879.
22. Lyne A, Parekh S, Patel N, Lafferty F, Brown C, Rodd H, Monteiro J. Patient-reported outcome measure for children and young people with amelogenesis imperfecta. Br Dent J 2021 Sep 6:1–6.

ISSN:
2448-7767

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
REVISTA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
ENERO DE 2023



Reserva de derechos al uso exclusivo **04-2016-082915573100-203**. Facultad de Enfermería ubicada en el Campus de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Yucatán, C. 90 s/n x 59 y 59ª Contiguo al Hosp. O'Horán, Código Postal 97000. Tel. 924-22-16 Ext. 35106, Fax 928-52-50 Ext. 1028.