

2

Año 1, Número 2 | Junio 2020 a Noviembre 2020

Cuidado
Multidisciplinario
de la Salud **BUAP**



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

BUAP®



Cuidado multidisciplinario de la salud BUAP

Año • 1 Número 2 • Junio 2020 a Noviembre 2020
ISSN: en trámite • www.cmsj.buap.mx

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP

José Alfonso Esparza Ortíz
Rector

Erika Pérez Noriega
Directora de la Revista

Guadalupe Grajales y Porras
Secretaría General

Erick Alberto Landeros Olvera
Editor Ejecutivo

Hugo Vargas Comsille
Dirección General de Publicaciones

Rosa María García Aguilar
Editor de Redacción

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Francisco Javier Báez Hernández
Secretario Científico

Erika Pérez Noriega
Directora

Verónica Miriam Barrón Pérez
Jair Eric Vázquez Torres
Comité Jurídico y Ética

Yara Gracia Verónica
Secretaría Académica

Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado

José Gabriel Montes Sosa
Comité de Ética

María Concepción Hernández Cruz
Secretaría Administrativa

Dr. Erick Landeros Olvera
MCE. Rosa María Galicia Aguilar
Coordinadores

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP. Año 1. N°2, Junio de 2020 a Noviembre 2020, es una difusión periódica semestral editada por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con domicilio en 4 sur No. 104, Colonia Centro Histórico, Puebla, Pue., C.P. 72000, difundida a través de la Facultad de Enfermería con domicilio en 25 poniente 1304, Colonia Volcanes, C.P. 72410, Puebla Pue., Teléfono: (222) 2295500, Ext. 5618 www.cmsj.buap.mx Editor Responsable: Dr. Erick Landeros-Olvera cmsj_editor.enfermeria@rd.buap.mx, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2021-053110204000-203, ISSN: (en trámite). Ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Responsable de la última actualización de este número la Facultad de Enfermería de la BUAP, Mtra. Erika Pérez Noriega, fecha de última modificación, 01 de junio de 2020.



Cuidado multidisciplinario de la salud BUAP

Año • 1 Número 2 • Junio 2020 a Noviembre 2020
ISSN: en trámite • www.cmsj.buap.mx

CONSEJO EDITORIAL INTERNACIONAL

Carmen Aidé Fernández Rincón
Universidad del Quindío, Colombia

José Ramón Martínez Riera
Universidad de Alicante, España

Gloria Mabel Carrillo
Universidad Nacional de Colombia

Dr. Joaquín Salvador Lima Rodríguez
Universidad de Sevilla, España

María Helena Palucci Marziale
University of Sao Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Brasil

Afaf I. Meleis
University of Pennsylvania School of Nursing, Department Family and Community Health, EUA.

Robin Whitmore
Yale School of Nursing

Fawcett Jacqueline
University of Massachusetts Boston

Sandra Valenzuela
Universidad de Concepción, Chile

Marie Luise Friedemann

CONSEJO EDITORIAL NACIONAL

Alejandro Machorro Nieves
Presidente de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C (AMERBAC)

Angélica G. Dávalos Alcázar
Vicepresidente de la AMERBAC

María Teresa Rojas Rodríguez
Editora de la *Revista Horizontes en salud* y Representante de México ante la BVS

Maximiliano de León González
Tesorero de la AMERBAC

María Antonieta Castañeda Hernández
Editora de la *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*

Teresita de Jesús Mijangos Martínez
Profesora investigadora de Universidad de la Sierra Sur

Edna Judith Nava González
Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública (UANL)

Juana Jiménez Sánchez
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería

Francisco Báez Hernández
Profesor Investigador, BUAP- Facultad de Enfermería

María Verónica del Rosario Hernández Huesca
BUAP-Directora General de Estudios de Posgrado

Corina Alba Alba
Universidad de las Américas Puebla (UDLAP)

Elizabeth Martínez Buenabad
BUAP-Instituto de las Ciencias Sociales y Humanidades

Eduardo Monjaraz Guzmán
BUAP-Instituto de Fisiología

CUIDADO MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD BUAP. Año 1. N°2, Junio de 2020 a Noviembre 2020, es una difusión periódica semestral editada por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con domicilio en 4 sur No. 104, Colonia Centro Histórico, Puebla, Pue., C.P. 72000, difundida a través de la Facultad de Enfermería con domicilio en 25 poniente 1304, Colonia Volcanes, C.P. 72410, Puebla Pue., Teléfono: (222) 2295500, Ext. 5618 www.cmsj.buap.mx Editor Responsable: Dr. Erick Landeros-Olvera cmsj_editor.enfermeria@rd.buap.mx, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2021-053110204000-203, ISSN: (en trámite). Ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Responsable de la última actualización de este número la Facultad de Enfermería de la BUAP, Mtra. Erika Pérez Noriega, fecha de última modificación, 01 junio de 2020.

Índice

Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP
ISSN: en trámite • www.cmsj.buap.mx

EDITORIAL

- 5** The Proper Name for our Discipline: Introducing Nursology
- 8** El nombre propio para nuestra disciplina
- 11** O nome adequado para nossa disciplina: Apresentando a Cuidadologia
- Jacqueline Fawcett, Afaf Meleis & Peggy L. Chinn

INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

- 14** Valoración de la conducta y dinámica familiar en niños de una guardería
- Stephania Breck García & Ruth Magdalena Gallegos Torres

- 24** EVIDENCIA CIENTÍFICA
- Seroclasificación del VHC en el uso de drogas inyectables: Revisión de alcance
- Alma Angélica Villa Rueda & Dora Julia Onofre Rodríguez

- 37** ESTUDIOS DE CASO Y PROCESO
- Abordaje multidisciplinario en paciente con linfedema
- Esmeralda Ricardi Báez, Iván Romarico González Espinoza & Rebeca Ibarra

- 49** COMUNICACIÓN MULTIDISCIPLINARIA
- La Comisión Permanente de Enfermería, su origen y formalización
- Juana Jiménez Sánchez

Editorial

The Proper Name for our Discipline: Introducing Nursology

JACQUELINE FAWCETT  0000-0002-1091-8873

RN; PhD; ScD (hon): FAA; ANEF.

Professor, Department of Nursing, University of Massachusetts Boston, Boston, Massachusetts, USA.

AFAF MELEIS  0000-0001-6890-6616

RN; PhD; FAAN, LL.

Dean Emerita and Professor of Nursing and Sociology, University of Pennsylvania, School of Nursing, Philadelphia, PA USA.

PEGGY L. CHINN  0000-0002-9757-2376

RN; PhD; FAAN.

Professor Emerita, University of Connecticut, Storrs, CT USA
Editor, *Advances in Nursing Science*, *Nurse Manifest Activism Project*

NEW! Nursology.net

We are honored to have been invited to write this guest editorial of *Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP*. We would like to take the opportunity to introduce readers to what we maintain is the proper name for our discipline and profession.

Since time immemorial, the name of what nurses think about and do has been called nursing. However, nursing has meanings other than providing services to human beings who cannot completely care for themselves or require education to increase their ability to care for themselves in matters of wellness, illness, or disease. As Falk-Rafael (2018) pointed out, one other meaning of nursing is, of course, breast feeding; and another meaning is “nursing” a drink, that is drinking a liquid slowly. Following the lead of Paterson (1971) and Roper (1976), we are committed to changing nursing to nursology. In particular, we are advocating for nursology as the proper name for our discipline and profession. We base our advocacy on the existing definitions and the political advantage of having a disciplinary name that is the same as the “ology” suffix of other disciplines, such as biology, physiology, psychology, and sociology. Furthermore, when we accept nursology as the proper name for our discipline and profession, we can begin to call ourselves nursologists, just as the members of the discipline of biology are called biologists and the members of the discipline of

psychology are called psychologists, and so on.

What, then, is nursing? A dictionary definition is: “from the Latin, *Nutrix*, nurse; and from the Greek, *Logos*, science” (O’Toole, 2013, p. 1303).

Paterson introduced nursing in the published literature in 1971. She defined nursing as “the study of nursing aimed toward the development of nursing theory” (p. 143). In 1976, Roper maintained that nursing, rather than nursing, should be the name for our discipline, She explained:

It could be that nursing might develop as a discipline without using a word to describe its characteristic mode of thinking, but it will have to make the mode explicit and it will have to have the same meaning for nurses anywhere. Should the nursing profession require to use a word, I propose the word nursing for the study of nursing, so that the logical pattern of derivation of an adverb could be followed. (p. 227)

Speedie (1983) defined nursing as “body of knowledge” (p. 40), and Taylor (1995) explained that nursing is “the special knowledge of nurses; it is not borrowed knowledge from medicine” (p. 257).

The challenge now is to specify what the knowledge of nursing is. One approach to meeting this challenge is to indicate how the term, nursing, is linked with nursing conceptual models and theories. For example, a definition of nursing that emphasizes Meleis’ (2015, 2018; see also <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/transitions-framework-transitions-theory/>) Transitions Theory could be:

Nursing is knowledge of the phenomena of interest to nurses, which are how, when, and why nurses collaborate with other human beings to facilitate diverse life transitions of wellness, illness, and disease, within the context of the environment.

Another definition, which emphasizes Orem’s (2001; see also <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/orems-self-care/>) Self-Care Framework, could be:

Nursing is knowledge of the phenomena of interest to nurses, which are how, when, and why nurses collaborate with other human beings to promote therapeutic self-care as they experience wellness, illness, and disease, within the context of their environments.

Still another definition, which emphasizes Roy’s Adaptation Model (2009, 2011; see also <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/roys-adaptation-model/>), could be:

Nursing is knowledge of the phenomena of interest to nurses, which are how, when, and why nurses collaborate with other human beings to promote adaptation as they experience wellness, illness, and disease, within the context of their environments.

We encourage the administrators at BUAP to consider changing the name of the program that prepares nursologists to nursology and to refer to the faculty, students, and graduates as nursologists. In addition, we encourage the readers of this editorial to refer to our discipline and profession as nursology and to tell everyone else about our proper name. In closing, we hope the readers of this editorial will encourage and facilitate dialogue and debate, at all different organizational levels in Mexico, about this bold proposal and potential implications of using the terms, nursology and nursologist, in Latin American countries.

References

- Falk-Rafael, A. (2018, October 16). Why not nursology? *Nurseology* [Blog]. Retrieved from <https://nursology.net/2018/10/16/why-nursology/>
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.). *Nursing theories and nursing practice* (4th ed., pp. 361-380). Philadelphia, PA: F. A. Davis
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- O'Toole, M. (Ed.) (2013). *Mosby's medical dictionary* (9th ed.). St.Louis, MO: Mosby.
- Paterson, J. G. (1971). From a philosophy of clinical nursing to a method of nursology. *Nursing Research*, 20(2), 143-146.
- Roper, N. (1976). A model for nursing and nursology. *Journal of Advanced Nursing*, 1(3), 219-227. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1976.tb00958.x>
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Roy, C. (2011). Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 345-351.
- Speedie, G. (1983). Nursology of mouth care: Preventing, comforting and seeking activities related to mouth care. *Journal of Advanced Nursing*, 8(1), 33-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1983.tb00288.x>
- Taylor, R. (1995). Labeling revised: Diagnoses in disguise? *Clinical Nurse Specialist*, 9(5), 257-263.

Editorial

El nombre propio para nuestra disciplina: presentando a la Enfermería

JACQUELINE FAWCETT  0000-0002-1091-8873

RN; PhD; ScD (hon): FAA; ANEF.

Professor, Department of Nursing, University of Massachusetts Boston, Boston, Massachusetts, USA.

AFAF MELEIS  0000-0001-6890-6616

RN; PhD; FAAN, LL.

Dean Emerita and Professor of Nursing and Sociology, University of Pennsylvania, School of Nursing, Philadelphia, PA USA.

PEGGY L. CHINN  0000-0002-9757-2376

RN; PhD; FAAN.

Professor Emerita, University of Connecticut, Storrs, CT USA
Editor, *Advances in Nursing Science*, Nurse Manifest Activism Project

NEW! Nursology.net

Nos sentimos honrados de haber sido invitados a escribir en esta editorial en la revista *Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP*. Nos gustaría aprovechar la oportunidad para presentarles a los lectores lo que mantenemos es el nombre propio de nuestra disciplina y profesión.

Desde tiempos inmemoriales, el nombre de lo que las enfermeras piensan y hacen se ha llamado enfermería. Sin embargo, la enfermería tiene otros significados además de brindar servicios a seres humanos que no pueden cuidar de sí mismos por completo o que requieren de instrucción para aprender a cuidar de a sí mismos en cuestiones de bienestar, enfermedad o dolencia. Como señaló Falk-Rafael (2018), otro significado de “nursing” (por su nombre en inglés), es lactancia; uno más se refiere a “beber” una bebida, o sea beber un líquido lentamente. Siguiendo el ejemplo de Paterson (1971) y Roper (1976), estamos comprometidos a cambiar “enfermería” a “cuidadología”. En particular, abogamos por “cuidadología” como nombre propio de nuestra disciplina y profesión. Basamos nuestra incidencia en las definiciones existentes y en la ventaja política de tener un nombre disciplinario que sea igual al sufijo “ología” de otras disciplinas, como biología, fisiología, psicología y sociología. Además, cuando aceptamos la cuidadología como el nombre propio de nuestra disciplina y profesión, podemos empezar a llamarnos cuidadólogos, así como los miembros de la disciplina de la biología se llaman biólogos y los miembros de la disciplina de la psicología se llaman psicólogos, etc.

Entonces, ¿qué es la cuidadosología? Una definición de diccionario es: “del latín, Nutrix, enfermera(o); y del griego Logos ciencia” (O'Toole, 2013, p. 1303). Paterson introdujo la cuidadosología en la literatura en 1971. La definió como “el estudio de la enfermería dirigido al desarrollo de la teoría de la enfermería” (p. 143). En 1976, Roper sostuvo que cuidadosología, en lugar de enfermería, debería ser el nombre de nuestra disciplina, explicó:

Puede ser que la enfermería se desarrolle como disciplina sin usar una palabra para describir su modo característico de pensamiento, pero tendrá que hacer explícito el modo y deberá tener el mismo significado para las enfermeras en cualquier lugar. En caso de que la profesión de enfermería requiera utilizar una palabra, propongo la palabra cuidadosología para el estudio del cuidado, de modo que se pueda seguir el patrón lógico de derivación de un adverbio (p. 227).

Speedie (1983) definió la cuidadosología como “cuerpo de conocimiento” (p. 40), y Taylor (1995) explicó que la cuidadosología es “el conocimiento especial de las enfermeras; no es conocimiento tomado de la medicina” (p. 257).

El desafío ahora es especificar cuál es el conocimiento de la cuidadosología. Un enfoque para enfrentar este desafío es indicar cómo el término, cuidadosología, se vincula con modelos conceptuales y teorías del cuidado. Por ejemplo, una definición de cuidadosología que enfatiza la Teoría de Transición de Meleis podría ser: (2015, 2018; ver también <https://nursology.net/nurse-theorists-y-their-work/transitions-framework-transitions-theory/>)

La cuidadosología es el conocimiento de los fenómenos de interés para los cuidadosólogos, los cuales son cómo, cuándo y por qué los cuidadosólogos colaboran con otros seres humanos para facilitar diversas transiciones de vida de bienestar, enfermedad y dolencia, dentro del contexto del ambiente.

Otra definición, que enfatiza el Marco de Referencia del auto cuidado de Orem podría ser (2001; ver también <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/orems-self-care/>): La cuidadosología es el conocimiento de los fenómenos de interés para los cuidadosólogos, los cuales son cómo, cuándo y por qué los cuidadosólogos colaboran con otros seres humanos para promover el autocuidado terapéutico a medida que experimentan bienestar, enfermedad y dolencia, dentro de sus contextos.

Otra definición más, que enfatiza el Modelo de Adaptación de Roy (2009, 2011; ver también <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/roys-adapter-model/>), podría ser: La cuidadosología es el conocimiento de los fenómenos de interés para los cuidadosólogos, los cuales son cómo, cuándo y por qué los cuidadosólogos colaboran con otros seres humanos para promover la

adaptación a medida que experimentan bienestar, enfermedad o dolencia, dentro de sus contextos.

Alentamos a los administradores de la BUAP a considerar el cambio de nombre del programa que prepara a los cuidadosos en cuidadosología y a referirse a los estudiantes y graduados de la facultad como cuidadosos. Además, animamos a los lectores de este editorial a que se refieran a nuestra disciplina y profesión como cuidadosología y a que les digan a todos los demás sobre nuestro nombre propio. Para terminar, esperamos que los lectores de este editorial estimulen y faciliten el diálogo y el debate, en todos los diferentes niveles organizacionales en México, sobre esta audaz propuesta y las posibles implicaciones del uso de los términos, cuidadosología y cuidadosos, en los países latinoamericanos.

References

- Falk-Rafael, A. (2018, October 16). Why not nursing? *Nurseology* [Blog]. Retrieved from <https://nursology.net/2018/10/16/why-nursology/>
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.). *Nursing theories and nursing practice* (4a ed., pp. 361-380). Philadelphia, PA: F. A. Davis
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6a ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6a ed.). St. Louis: Mosby.
- O'Toole, M. (Ed.) (2013). *Mosby's medical dictionary* (9a ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Paterson, J. G. (1971). From a philosophy of clinical nursing to a method of nursing. *Nursing Research*, 20(2), 143-146.
- Roper, N. (1976). A model for nursing and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 1(3), 219-227. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1976.tb00958.x>
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3a ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Roy, C. (2011). Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 345-351. doi: <https://doi.org/10.1177%2F0894318411419210>
- Speedie, G. (1983). Nursing of mouth care: Preventing, comforting and seeking activities related to mouth care. *Journal of Advanced Nursing*, 8(1), 33-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1983.tb00288.x>
- Taylor, R. (1995). Labeling revised: Diagnoses in disguise? *Clinical Nurse Specialist*, 9(5), 257-263.

Editorial

O nome adequado para nossa disciplina: Apresentando a Cuidadologia

JACQUELINE FAWCETT  0000-0002-1091-8873

RN; PhD; ScD (hon): FAA; ANEF.

Professor, Department of Nursing, University of Massachusetts Boston, Boston, Massachusetts, USA.

AFAF MELEIS  0000-0001-6890-6616

RN; PhD; FAAN, LL.

Dean Emerita and Professor of Nursing and Sociology, University of Pennsylvania, School of Nursing, Philadelphia, PA USA.

PEGGY L. CHINN  0000-0002-9757-2376

RN; PhD; FAAN.

Professor Emerita, University of Connecticut, Storrs, CT USA
Editor, *Advances in Nursing Science*, *Nurse Manifest Activism Project*

NEW! Nursology.net

Estamos honrados por ter sido convidados a escrever este editorial *Cuidado Multidisciplinario de la Salud BUAP*. Gostaríamos de aproveitar a oportunidade para apresentar aos leitores o que consideramos que é o nome adequado para nossa disciplina e profissão.

Desde tempos imemoriais, o nome daquilo que as enfermeiras pensam e fazem é denominado enfermagem (“nursing” em inglês). No entanto, a “nursing” tem outros significados além de fornecer serviços a seres humanos que não podem cuidar de si mesmos ou precisam de educação para aumentar sua capacidade de cuidar de si mesmos em questões de bem-estar ou doença. Como Falk-Rafael (2018) apontou, um outro significado da “nursing” é, obviamente, a amamentação; e outro significado é “beber vagorosamente” uma bebida, ou seja, beber um líquido lentamente. Seguindo o exemplo de Paterson (1971) e Roper (1976), estamos comprometidos em mudar a enfermagem para a cuidadologia. Em particular, estamos defendendo a cuidadologia como o nome adequado para nossa disciplina e profissão. Baseamos nossa defesa nas definições existentes e na vantagem política de ter um nome disciplinar igual ao sufixo “ologia” de outras disciplinas, como biologia, fisiologia, psicologia e sociologia.

Além disso, quando aceitamos a cuidadologia como nome próprio para nossa disciplina e

profissão, podemos começar a nos chamar cuidadólogos, assim como os membros da disciplina de biologia são chamados de biólogos e os membros da disciplina de psicologia são chamados de psicólogos, e assim sucessivamente.

O que é, então, cuidadologia? Uma definição de dicionário é: “do latim, Nutrix, enfermeira; e do grego, Logos, ciência” (O’Toole, 2013, p. 1303). Paterson introduziu a cuidadologia na literatura publicada em 1971. Ela definiu a cuidadologia como “o estudo da enfermagem voltado para o desenvolvimento da teoria da enfermagem” (p. 143). Em 1976, Roper sustentou que a cuidadologia, ao invés da enfermagem, deveria ser o nome da nossa disciplina. Ela explicou: Pode ser que a enfermagem se desenvolva como uma disciplina sem usar uma palavra para descrever seu modo de pensar característico, mas terá que tornar o modo explícito e terá que ter o mesmo significado para os enfermeiros em qualquer lugar. Se a profissão de enfermagem exigir o uso de uma palavra, proponho a palavra cuidadologia para o estudo da enfermagem, de modo que o padrão lógico de derivação de um advérbio possa ser seguido. (p. 227)

Speedie (1983) definiu a cuidadologia como “corpo de conhecimento” (p. 40), e Taylor (1995) explicou que a cuidadologia é “o conhecimento especial dos enfermeiros; não é conhecimento emprestado da medicina” (p. 257).

O desafio agora é especificar o que é o conhecimento da cuidadologia. Uma abordagem para enfrentar esse desafio é indicar como o termo, cuidadologia, está vinculado a modelos e teorias conceituais cuidadológicas. Por exemplo, uma definição de cuidadologia que enfatiza Meleis (2015, 2018; ver também <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/transitions-framework-transitions-theory/>)

A Teoria das Transições poderia ser:

Cuidadologia é o conhecimento dos fenômenos de interesse dos cuidadólogos, que são como, quando e por que os cuidadólogos colaboram com outros seres humanos para facilitar as diversas transições de bem-estar doença e enfermidade, no contexto do ambiente.

Outra definição, que enfatiza a de Orem (2001; ver também <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/orems-self-care/>)

Estrutura de autocuidado, poderia ser:

Cuidadologia é o conhecimento dos fenômenos de interesse para os cuidadólogos, que são como, quando e por que os cuidadólogos colaboram com outros seres humanos para promover o autocuidado terapêutico enquanto vivenciam o bem-estar, a doença e a enfermidade, no contexto de seus ambientes.

Ainda outra definição, que enfatiza o Modelo de Adaptação de Roy (2009, 2011; ver também <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/roys-adaptation-model/>), poderia ser: Cuidadologia é o conhecimento do fenômenos de interesse dos cuidadólogos, que são como, quando e por que os cuidadólogos colaboram com outros seres humanos para promover a adaptação à medida que vivenciam o bem-estar, a doença e a enfermidade, no contexto de seus ambientes.

Encorajamos os administradores da BUAP a considerarem a mudança do nome do programa que prepara o cuidadólogo para a cuidadologia e a se referir ao corpo docente, aos alunos e aos graduados como cuidadólogos. Além disso, encorajamos os leitores deste editorial a se referir à nossa disciplina e profissão como cuidadologia e a contar a todos sobre nosso nome próprio. Para encerrar, esperamos que os leitores deste editorial estimulem e facilitem o diálogo e o debate, em todos os diferentes níveis organizacionais no México, sobre esta proposta ousada e as possíveis implicações do uso dos termos Cuidadologia e Cuidadólogo, nos países da América Latina.

Referências

- Falk-Rafael, A. (2018, October 16). Why not nursology? *Nurseology* [Blog]. Retrieved from <https://nursology.net/2018/10/16/why-nursology/>
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.). *Nursing theories and nursing practice* (4th ed., pp. 361-380). Philadelphia, PA: F. A. Davis
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- O'Toole, M. (Ed.) (2013). *Mosby's medical dictionary* (9th ed.). St.Louis, MO: Mosby.
- Paterson, J. G. (1971). From a philosophy of clinical nursing to a method of nursology. *Nursing Research*, 20(2), 143-146.
- Roper, N. (1976). A model for nursing and nursology. *Journal of Advanced Nursing*, 1(3), 219-227. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1976.tb00958.x>
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Roy, C. (2011). Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 345-351.
- Speedie, G. (1983). Nursology of mouth care: Preventing, comforting and seeking activities related to mouth care. *Journal of Advanced Nursing*, 8(1), 33-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1983.tb00288.x>
- Taylor, R. (1995). Labeling revised: Diagnoses in disguise? *Clinical Nurse Specialist*, 9(5), 257-263.

Valoración de la conducta y dinámica familiar en niños de una guardería

Assessment of the behavior and the family dynamics in children of a nursery school

Avaliação da conduta e da dinâmica familiar em crianças de creches

BRECK GARCÍA, STEPHANIA  0000-0002-6867-3530

Licenciada en Psicología. Especialidad en Salud Pública.
steph_breck@hotmail.com

*GALLEGOS-TORRES, RUTH MAGDALENA  0000-0001-8034-4089

Universidad Autónoma de Querétaro. Docente de tiempo completo.
Facultad de Enfermería. Doctora en Ciencias de la Salud. *Autor correspondiente:
isisrmgx@gmail.com

Recibido: 20 de diciembre de 2019; **Aceptado:** 09 de mayo de 2020.

RESUMEN

Introducción. El incremento de la fuerza laboral en las mujeres en el mundo es evidente, lo que ha llevado a la construcción de estancias infantiles, guarderías, etc., las cuales se definen como el lugar o servicio donde se cuida y atiende a los niños de corta edad.

Objetivo. Valorar la conducta infantil y la dinámica familiar de los niños en una guardería participativa de una institución de seguridad social en la ciudad de Querétaro.

Metodología. Estudio transversal, descriptivo, exploratorio. Mediante un cuestionario elaborado ex profeso, se encuestó a los padres de los niños. Muestreo por conveniencia a 41 padres. Se cuidaron los aspectos éticos de acuerdo a la Ley General de Salud.

Resultados. De los menores el 58.5% son del género masculino, 48.8% tiene 2 años. El 38% pasa nueve horas en la guardería, y 10% diez horas. Han presentado alteración de la conducta el 65.9% y 68.3% conductas negativas (desde hacer un berrinche hasta agredir físicamente). De estos niños 63.4% no fueron planeados. El 19.5% de los padres tiene 33 años, de los cuales 41.5% son empleados, 29.3% con un horario flexible. El 46.3% de los padres son casados y 22% se encuentran en unión libre. El 14.6% de las madres tienen

33 años siendo, 43.9% empleadas, 36.6% con un horario laboral de 8 horas. El 36.6% de los padres indica que siempre tiene conflictos con su pareja.

Conclusiones. La evaluación de la conducta infantil es relevante porque permitirá que los niños se desarrollen de la manera más adecuada para establecer relaciones sociales sanas, evitando que sean rechazados o incluso discriminados por presentar una conducta negativa.

Palabras clave: dinámica familiar, conducta infantil, alteración de conducta. (DeCS)

ABSTRACT

Introduction. The increasing of the labor force in women around the world is evident, this situation has brought the construction of daycare centers, nursery schools, etc., which are defined as the place or service where young kids cared.

Objective. To assess the children's behavior and the family dynamics of a nursery school participating in a social security institution in Queretaro city.

Methodology. Exploratory, descriptive, and transversal study. Through a questionnaire, the parents of the children were surveyed. Convenience sampling of 41 parents. Ethics were taken care of in accordance with the General Health Law.

Results. 58.5% of the children are male, 48.8% are two years old. 38% spend 9 hours in the nursery school, and 10% ten hours. 65.9% have presented variation in their behavior, 68.3% negative conducts (from a tantrum to physical attacks). 63.4% of the children were not planned. 19.5% of the parents are 33 years old, 41.5% are employees, 29.3% have a flexible schedule. 46.3% of the parents are married and 22% in a consensual union. 14.6 % of the mothers are 33 years old from which 43.9% are employees, 36.6% have a schedule of 8 hours of work. 36.6% of parents said they always have conflicts with their couple.

Conclusions. The assessment of children's behavior is important because it will allow the kids to develop in the best possible way to establish healthy social relationships, avoiding the to be rejected or even discriminated against for presenting a negative behavior.

Keywords: family dynamics, children behavior, conduct alteration. (DeCS)

RESUMO

Introdução: O crescimento da força laborista em mulheres no mundo é claro, isto tem levado à construção de creches, pré-escolas, etc., que se definem como lugares ou

serviços para cuidar e atender as crianças de pouca idade.

Objetivo: Avaliar a conduta infantil e a dinâmica familiar dos meninos em creche participativa de uma instituição de seguridade social na cidade de Querétaro.

Metodologia: Estudo transversal, descritivo, exploratório. Através de um questionário feito especificamente para a pesquisa, se testou aos pais dos meninos. Amostra por conveniência de 41 pais. Cuidaram-se aspectos éticos segundo a Lei Geral de Saúde.

Resultados: Das crianças, o 58,5% são masculinos, o 48,8% têm 2 anos. O 38% fica nove horas na pré-escola enquanto o 10% fica 10 horas. Se apresenta alteração da conduta no 65,9% e em 68,3% apresenta conduta negativa (birra e agressão física). Das crianças, o 63,4% foram por gravidez não planejada. O 19,5% dos pais está na faixa etária dos 33 anos, o 41,5% deles é empregado, o 29,3% com horário flexível. O 46,3% dos pais são casados e o 22% em união livre. O 14,6% das mães está na faixa etária dos 33 anos, o 43,9% delas é empregada, o 36,6% tem horário laboral de 8 horas. O 36,6% dos pais diz sempre ter conflitos no relacionamento.

Conclusões: A avaliação da conduta infantil é relevante porque permitirá nas crianças um desenvolvimento mais adequado no estabelecimento de relações sãs, evitando o rechaço e ainda a discriminação por conduta negativa.

Palavras-chave: Dinâmica familiar, conduta infantil, alteração de conduta (DeCS)

Introducción

La guardería está definida como el lugar o servicio donde se cuida y atiende a los niños de corta edad (Alcaraz F., Alameda I., Bandera M. 1977). Las guarderías surgieron con la filosofía de que la educación es la guía para el desarrollo de los niños por lo que entre más temprano se brinde a este una estimulación apropiada, se lograra un mejor desarrollo multilateral y armónico de su personalidad, propiciando así la formación de nuevas generaciones más aptas para dirigir la sociedad en la que les corresponda vivir (Díaz, Cabero y Carillo, 2009).

A mediados del siglo pasado, la mayoría de las mujeres se dedicaban al cuidado del hogar y de sus hijos. A partir de 1950 al día de hoy, las familias han pasado por cambios estructurales; iniciando con que la mujer se incorpora al mercado laboral en 1940-1950. La mujer desde 1916 a 1953 se consolidó con el sufragio (derecho de participar a través del voto, de forma constitucional y política, en un sistema electoral). El sufragio permitió no solo adquirir el carácter de ciudadana sino también ha dado la oportunidad de que sea escuchada manifestando demandas y exigiendo derechos (Gutiérrez, Díaz y Román, 2016).

Frente a la transformación económica, social y cultural de la población y la sociedad, surge la necesidad de dar respuesta a la mujer que tiene que cumplir con sus dos roles principales,

como trabajadora y madre; es por ello que diversos organismos gubernamentales y privados se han dado a la tarea de crear servicios sociales para apoyarla, como los centros de estancia infantil (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2009).

Lo que las madres y padres pretenden encontrar en las guarderías, es el cuidado individual de sus hijos, un ambiente seguro, instalaciones y mobiliario adecuado, higiene y, alimentación acorde a la edad de cada niño, así como atención pediátrica, que en el caso de las guarderías es proporcionado por fomento de la salud conformado por enfermeras, otorgando, al mismo tiempo, un trato cálido y actividades tanto recreativas como educativas (Díaz, Cabero y Carillo, 2009).

En el marco de los servicios sociales que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) proporciona, se configura un seguro obligatorio a los empresarios, el cual consiste en el pago de 1% sobre los salarios de sus trabajadores, con el propósito de otorgar la prestación de guarderías. Esta obligación se origina con base en la Ley Federal del Trabajo en su artículo 110 y en la Ley del Seguro Social en el artículo 184 (Fernández, 2004).

Durante el año 2016 se dio a conocer que el IMSS contaba con 1,376 guarderías en el país, dando un beneficio a 205 mil niños y miles de madres trabajadoras. El Estado de Querétaro cuenta con 28 guarderías subrogadas, las cuales son guarderías privadas subrogadas por las instituciones de seguridad social siendo que cumplen con las regulaciones que se establecen dentro del IMSS, y una directa del mismo instituto (IMSS, 2016).

Como centro de cuidado de los niños, es necesario considerar que dentro de los mismos es necesario trabajar en el cuidado no solo de la salud, sino de los aspectos de conducta dado que dichos niños están en desarrollo. Para esto, es necesario involucrar a la familia.

Oliveira, Eternod y Lopez (en García, 1999), mencionan que la dinámica familiar es el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que, tanto entre hombres como mujeres, y entre generaciones, se establecen en el interior de las familias, alrededor de la división del trabajo y de los procesos de toma de decisiones.

Dentro de una guardería, se observa de forma constante que los niños llegan molestos, agreden a sus compañeros a través de manotazos, mordidas, golpes, etc.; de igual manera se han llegado a presentar situaciones donde los niños llegan a agredir a sus maestras, las cuales realizan reportes, donde se especifican el tipo de conducta que los niños presentaron durante el día, estos reportes son proporcionados a los padres de familia para que desde casa apoyen platicando y poniendo límites. Se lleva a cabo un seguimiento con los niños que presentan 3 o más incidencias dentro de la guardería, de manera que se manda llamar a los padres de familia al área de psicología con la finalidad de indagar sobre la dinámica familiar y las actividades que realizan fuera de esta,

de igual manera se apoya a los padres de familia con estrategias para trabajar en casa.

En este sentido, la evaluación de la conducta infantil es relevante porque permitirá que los niños se desarrollen de la manera más adecuada y de tal manera que puedan establecer relaciones sociales, evitando que sean rechazados o incluso discriminados por presentar una conducta negativa.

Con base en lo anteriormente expresado, se planteó el siguiente objetivo: Valorar la conducta infantil y la dinámica familiar de los niños en una guardería participativa del IMSS en la ciudad de Querétaro.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal y descriptivo. Dado que al indagar sobre el fenómeno no se encontraron instrumentos que apoyaran al cumplimiento del objetivo, se diseñó un cuestionario *ex profeso* para el estudio que fue validado por expertos en el área de psicología, pediatría y enfermería (ver instrumento). Dicho cuestionario fue sometido a prueba piloto con padres de la misma guardería que posteriormente no fueron considerados para la recolección definitiva de los datos.

El cuestionario quedó integrado de 63 preguntas, el cual fue dividido en 3 secciones:

1. **Información general y sociodemográfica.** Se abordaron datos del niño, de los padres, posibles hermanos, antecedentes del embarazo y parto.
2. **Entorno familiar.** Se consideró la relación de pareja, relación con el padre/madre del hijo y cómo se considera la relación con el (los) hijos.
3. **Otros datos.** Se abordó la percepción del entorno familiar; lugar donde duermen los niños, cantidad de sueño o complicaciones para dormir.

Dado que el instrumento no valoró cuestiones de conocimientos, sino un aspecto de la dinámica de vida y familiar particular de cada familia con respecto a su hijo, no fue factible determinar un nivel de confiabilidad del cuestionario, con base a las características del diseño exploratorio

El documento es auto administrado y toma un tiempo aproximado de 10-15 minutos para contestarlo. Se aplicó a los padres que llevan a sus niños a la guardería, que aceptaran participar en el estudio. Se explicó a la mamá o papá o ambos el objetivo de la investigación y que la finalidad era contar con información relevante en beneficio de la formación del niño y su atención por el personal de psicología y enfermería de la guardería. Dado lo anterior, algunos padres señalaron no tener tiempo para participar en el estudio o no quisieron proporcionar datos, por lo que finalmente el muestreo fue por conveniencia.

El proyecto de investigación fue evaluado y registrado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro en el año 2018. Se consideraron los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Resultados

Se encuestaron a 41 padres de niños que asisten a la guardería. Los resultados se presentan por separado, con respecto a la información de los niños que se atienden en la guardería y de los padres.

Sobre los niños. El 58.5% son del género masculino, 48.8% tienen 2 años y 31.7% tienen 3 años. El 65.9% son parte del programa de alteración de conducta porque han tenido incidentes con ellos mismos, otros niños o sus maestras; el 68.3% presentan conductas negativas en casa como: morder, hacer berrinche, no acatar indicaciones, etc.

El 51.2% no tienen ningún hermano y el 39% tiene un solo hermano. De los niños que asisten a la guardería, 63.4% no fueron planeados, sin embargo, el 80.5% fueron deseados. El 85.4% de las madres comenta no haber padecido alguna complicación durante su embarazo.

El 36.6% de los niños casi nunca se adapta con facilidad a nuevos entornos como un cambio de casa o de escuela, de los cuales el 63.4% presenta conductas agresivas (morder, rasguñar, pegar, etc.) hacia otras personas o niños y el 26.8% llega a autolesionarse; a su vez el 63.4% presenta dificultades para compartir con otras personas o niños y por ello tienden a reaccionar agresivamente.

Sobre los padres. El 19.5% de los padres tienen 33 años, de los cuales 41.5% son empleados, el 29.3% con horario laboral flexible, por lo cual se encargan de estar más pendiente de sus hijos. El 46.3% se encuentran casados y el 22% en unión libre.

El 14.6% de las madres tienen 33 años, de las cuales 43.9% son empleadas, el 36.6% con un horario laboral de 8 horas. El 46.3% se encuentran casadas y 24.4% en unión libre.

El 36.6% de los padres refiere tener conflictos con su pareja o el padre/madre de sus hijos, y refirieron no llegar a la resolución de conflictos entre todos los integrantes de la familia; el 31.7% presentan dificultades para llegar a acuerdos con su pareja o el padre/madre de sus hijos. El 43.9% comenta gritarle siempre a su pareja.

El 41.5% refiere que en ocasiones pasa tiempo de calidad con sus hijos, y el 39% refiere sentirse culpable en ocasiones por el poco tiempo que pasa con ellos. El 61% pasa de 3 o 4 horas diarias con sus hijos y 26.8% refiere que oscila entre 1 o 2 horas diarias.

El 31.7% señala que casi nunca reconoce o premia a su hijos por realizar algo bien, mientras que el 48.8% comenta que es necesario repetir una indicación muchas veces, el 58.5% utiliza mu-

chas veces la palabra “no” para corregir alguna conducta.

El 46.3% considera su entorno familiar desagradable, sin embargo, un 24.4% lo considera como indiferente. Dentro del entorno familiar 17.1% manifiesta vivir algún tipo de violencia, destacándose un 9.8% como de tipo psicológico. En cuanto a su estilo de crianza 41.5% no logra identificar el estilo de crianza que llevan, no obstante, el 22% considera ser padres permisivos.

Discusión

Los estudios sobre la dinámica de los niños en las guarderías son escasos por no decir que nulos y hay muy pocas investigaciones que abordan la dinámica familiar en general. Existe un trabajo realizado en México sobre la dinámica familiar que abordó a 100 familias del área metropolitana de la Ciudad de México (Torres et al., 2008). Dentro de los datos encontraron que el promedio de edad de los varones fue de 42 años y de las mujeres de 33, datos que no coinciden con los reportados en el presente estudio, ya que la edad prevalente del varón fue la misma que la de la madre (33 años). Otra variación fue que en el estudio de Torres, las parejas tienen en promedio 12 años de matrimonio y en la investigación realizada con los padres que llevan a sus hijos a la guardería de la ciudad de Querétaro, no llega a ser el 50% quien se encuentra casado. De la misma manera, resalta que en esta investigación, el 100% de las madres trabaja.

Una situación que llamó la atención de los resultados de este estudio, fue el tiempo de calidad que los padres tienen con sus hijos. Cada vez es más común que los padres tengan a sus hijos en una guardería matutina y una vespertina y que la convivencia con estos se circunscriba a la hora de dormir o exclusivamente a los fines de semana.

Con respecto a los estilos de crianza, en una investigación llevada a cabo por García-Méndez, Rivera y Reyes-Lagunes (2014) se trabajó con 350 padres y 440 madres de la ciudad de México se apreció que estos reconocen distintos estilos de crianza, lo que varía con lo encontrado en el actual estudio ya que el 41.5% no logró identificar su estilo de crianza y 22% considera que es permisivo.

Llama la atención el porcentaje tan alto de los niños no planeados, aunque compensa con el porcentaje de niños deseados, sin embargo, hay una percepción muy alta de entorno familiar desagradable y de violencia entre los miembros. Esta situación puede ser un dato importante para identificar problemas de manera prematura y realizar intervenciones de enfermería y psicología que mejoren la armonía y cohesión familiar de los infantes.

Si bien con el estudio se pudo apreciar que muchos padres se sienten “cuestionados” con respecto a la relación que tienen con su hijo(a) y su dinámica familiar y no aceptaron participar en este estudio, hay quienes están muy interesados en mejorar los aspectos en torno a su familia,

incluso reconociendo que no pasan tiempo con su hijo o su pareja o bien aceptando la presencia de violencia en dicho núcleo.

Con respecto al cuestionario diseñado, se sugiere su continua revisión. Aunque ha sido utilizado e implementado en la guardería donde se llevó a cabo el estudio, aún hay datos que es necesario incluir, sin embargo, es necesario valorar la confiabilidad del constructo y validez interna, para que pueda representar un documento válido y confiable desde el punto de vista estadístico y no limitarse a lo descriptivo.

Es importante agregar que durante la aplicación de dicho cuestionario se presentaron muchas áreas de oportunidad para continuar trabajando sobre este, y a su vez para poder implementarlo de una mejor manera; como también se destaca que un grupo de padres a los que se les aplicó, buscaron ayuda para poder mejorar su situación familiar así como implementar estrategias, lo que representa una área de oportunidad de trabajos de investigación posteriores para realizar intervenciones controladas. Sin embargo, en su gran mayoría, los padres se mostraron renuentes a mejorar dicha situación, ya que al parecer es difícil para ellos aceptar que en gran parte son responsables de lo que sucede con sus hijos y pueden mejorar como padres. Durante todo el proyecto se puso a discusión tanto la participación de los padres como del verdadero impacto que tienen las familias en el desarrollo de conductas negativas, como también en su momento se habló de las posibilidades de que algunos niños tuvieran un daño neurológico y si esto explica sus conductas agresivas.

Conclusiones

Los resultados representan la exploración de la conducta infantil y la dinámica familiar de los niños de una guardería de seguridad social, a pesar de las limitaciones que tuvieron debido a la falta de información sobre guarderías y estudios realizados en niños tan pequeños, se descubrieron puntos clave que pueden servir como elementos para poder mejorar la salud mental desde la infancia.

Bibliografía

- Alcaraz F., Alameda I., Bandera M. (1977). *Diccionario Enciclopédico Argos Vergara Argos*. España.
- Ballesteros, R. (1985). *Evaluación psicológica y evaluación valorativa. Evaluación psicológica*. Ediciones Pirámide, España.
- Bornstein, M.H. (2002). *Parenting infants*. Mahwah, NJ, Erlbaum.
- Díaz Cárabes, M., Cambero González, E. Carillo Ibarra, L. (2009). Las guarderías o centros de desarrollo infantil. *La Gaceta UdeG*, (575), p. 6.

- Fernández Pomar S. (2004). *La guardería subrogada: una estrategia de cambio en la forma de organización*. Iztapalapa, México.
- Figueiras A.C., Neves de Souza I.C., Ríos V.G., Benguigui (2011) *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI*. 2ª Ed. Washington, DC.
- García M., Rivera S., Reyes I. (2014). La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(2), 133-141.
- Torres L.E., Ortega P., Garrido A., Reyes A.G. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista intercontinental de psicología y educación*, Universidad Intercontinental, 10(2), 31-56.
- García, B. (1999). *Mujer, género y población en México*. México: El Colegio de México y la Sociedad Mexicana de Demografía.
- Gutiérrez Capulín R., Díaz Otero K.Y., Román Reyes R.P. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3), 219-228.
- Hernández R., Fernández C., Baptista P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL.
- Hernández, M. (2003). *La seguridad social en México: Antecedentes*. México.
- IMSS. (1999). *Bases para la Subrogación de Servicios de Guarderías del Esquema Vecinal Comunitario*. México.
- IMSS. (2016). *El IMSS anuncia que sus 1,376 guarderías darán certificados con validez oficial para el primer grado de educación preescolar*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201609/170>
- IMSS. (2014). *Seguro de guarderías y prestaciones sociales*. Recuperado de: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/10_Cap06.pdf
- INEGI. (2016). *Estadísticas a propósito del día del niño*. México.
- INEGI. (2016). Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas. *Encuesta Intercensal 2015*. Recuperado de (11 de enero de 2016): www.inegi.org.mx
- López, G., Yuherqui, G. (2015). *El rol de la Familia en los Procesos de Educación y Desarrollo Humano de los niños y niñas* (ponencia) Univesidad Metropolitana, México.
- Ministerio de Educación Nacional República de Colombia. (2009). *Desarrollo infantil y competencias de la primera infancia*. Colombia.
- Palacios, J. (1999). *La familia como contexto de desarrollo humano*. Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Save the Children. (2017). *Los peligros para la niñez, indicadores para México*. México.
- Souza J., Veríssimo M. (2015). *Desarrollo infantil: análisis de un nuevo concepto*. Revista Latinoameri-

cana de Enfermagem, 23(16), 1097-1104

UNESCO. (1976). *El niño y su desarrollo desde el nacimiento hasta los seis años. Conocerlo mejor para ayudarlo mejor*. París.

UNICEF. (2006). *El desarrollo del niño en la primera infancia. Dos documentos sobre la política y la programación del UNICEF*.

UNICEF. (2009). *Una mirada hacia la infancia y la adolescencia en México* (1a ed.). México, D.F.

Seroclasificación del VHC en el uso de drogas inyectables: Revisión de alcance

HCV Serosorting in the use of injectable drugs: scoping review

Classificação sorológica do VHC no uso de drogas injetáveis: revisão de escopo

*VILLA-RUEDA, ALMA ANGÉLICA  0000-0002-2501-2820

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS). Doctora en Ciencias de Enfermería. *Autor correspondiente.

*almavrueda90@hotmail.com

ONOFRE-RODRÍGUEZ, DORA JULIA  0000-0003-1214-9761

Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS). Doctora en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social.

donofre64@yahoo.com.mx

Recibido: 14 de octubre de 2019; **Aceptado:** 27 de febrero de 2020.

RESUMEN

Introducción. Las personas que utilizan drogas inyectables tienen un alto riesgo de adquirir el virus de la hepatitis C, por lo que utilizan estrategias de reducción de riesgo como la seroclasificación. Se desarrolló una revisión de alcance para identificar los elementos relacionados a la seroclasificación para el virus de la hepatitis C en personas que usan drogas inyectables.

Material y Métodos. Se recuperaron artículos de PubMed, PsylINFO y Web of Sciences con serosort*, serosorting y HCV, hepatitis en el título o resumen, escritos en inglés o español, en poblaciones de personas que usan drogas inyectables. No se aplicaron restricciones en año o tipo de diseño y se excluyó literatura gris.

Resultados. Se extrajeron 34 referencias y cuatro fueron incluidas en la síntesis del conocimiento. Los elementos identificados para el proceso de seroclasificación fueron: autoconocimiento del seroestado y la revelación del mismo, raza/etnia, edad, nivel de ingresos, nivel educativo, estado de calle, empleo, edad de la primera inyección, el género y área geográfica (rural, urbana).

Conclusiones. La seroclasificación del virus de la hepatitis C en personas que usan drogas inyectables es un proceso individual e interpersonal que incluye la toma de decisiones sobre el uso compartido de jeringas, que necesita que las personas que lo ponen en práctica conozcan su seroestado. Además, éste se construye por fuerzas socio-estructurales como la disponibilidad de servicios de detección, tratamiento y cuidado del virus de la hepatitis C.

Palabras Clave. Hepatitis C; Usuarios de Drogas; Conducta de Reducción de Riesgo. (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. Users of injectable drugs have a high risk of acquiring the hepatitis C virus, so they use strategies of risk reduction as serosorting. A scoping review was developed to identify the elements related to serosorting for the virus of hepatitis C in people who use injectable drugs.

Material and Methods. Articles from PubMed, PsylINFO, and Web of Sciences with serosort, serosorting, and HCV were retrieved, with hepatitis in the title or abstract written in English or Spanish, in people who use injectable drugs. Restrictions of year and design were not applied, and grey literature was excluded.

Results. 34 references were taken and four were excluded from the knowledge summary. Elements identified for the serosorting process were: self-knowledge of the serostatus and its revelation, race, ethnic group, age, level of incomes, education level, street situation, job, age of the first injection, gender, and geographic area (rural, urban).

Conclusions. Serosorting of hepatitis C virus in users of injectable drugs is an individual and interpersonal process that includes decision making about the syringes sharing, that needs that people who have this practice know their serostatus. Besides, this is built by socio-structural forces as the availability of detection services, treatment, and care of the hepatitis C virus.

Keywords: Hepatitis C; drugs users; Reducing Risk Behavior. (DeCS).

RESUMO

Introdução: As pessoas que utilizam drogas injetáveis estão num nível alto de risco de contrair o vírus da hepatite C, por isso é utilizada a classificação sorológica como estratégia na redução do risco. Se faz a revisão de escopo para identificar os elementos relacionados à classificação sorológica do vírus da hepatite C em pessoas que utilizam drogas injetáveis.

Material e Métodos: Se fez a pesquisa de artigos em PubMed, PsylINFO e na Web of Sciences, utilizando serosort*, serosorting e VHC, hepatite no título ou resumo deles, tanto escritos em inglês quanto em espanhol, e em população que utiliza drogas injetáveis. Não teve restrição de ano ou de desenho de estudo, e excluiu-se a literatura cinzenta.

Resultados: O estudo se baseou em 34 referências e quatro foram inclusas na síntese do conhecimento. Os elementos identificados para o processo de classificação sorológica foram: autoconhecimento do seroestado e revelação dele mesmo, raça/etnia, faixa etária, renda, nível educativo, situação de rua, situação laboral, faixa etária da primeira injeção, gênero e área geográfica (rural, urbana).

Conclusões: A classificação sorológica do vírus da hepatite C em pessoas que usam drogas injetáveis é um processo individual e interpessoal que inclui a decisão sobre o uso compartilhado das seringas, o qual precisa do conhecimento próprio dos usuários sobre o seu seroestado. Além, esse conhecimento se constrói por elementos socio-estruturais como a disponibilidade de serviços de detecção, tratamento e cuidado do vírus da hepatite C.

Palavras-chave: Hepatite C, Usuários de Drogas, Conduta de Redução de Risco (DeCS).

Introducción

Las personas que usan drogas inyectables (Pudi) son un grupo clave para el virus de la hepatitis C (VHC), ya que el uso compartido de jeringas es una vía importante de riesgo para la adquisición del virus (The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS), 2018). Actualmente, se calcula que 13 millones de personas en el mundo utilizan drogas inyectables, el 67% se ven afectadas por la adquisición del VHC (World Health Organization, 2016). En Estados Unidos de América, se estima que las prevalencias del VHC en Pudi oscilan en el 53.1% con un rango de 38.1% a 68% (Degenhardt et al., 2017) hepatitis C virus (HCV). La hepatitis C es una infección que afecta el hígado, que no tiene cura, no existe vacuna para prevenirla y representa un grave problema de salud pública (Center for Disease Control and Prevention, s/f). Frente al riesgo de adquirir el VHC, las Pudi han empezado a implementar estrategias de reducción de riesgo, como la seroclasificación (en inglés serosorting) (Duncan, Habecker, Hautala, Khan, & Dombrowski, 2018).

La seroclasificación, es una conducta seroadaptativa que se ha utilizado con mayor frecuencia para reducir el riesgo de adquirir el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), mediante un proceso de selección de parejas sexuales casuales, basado en la percepción o conocimiento confiable de su seroestado de VIH. De tal forma que, si ambas parejas tienen seroestados seroconcordantes, se opta por el encuentro sexual sin el uso sostenido del condón. En caso contrario, las parejas adoptarán otras estrategias de reducción de riesgo como el seroposicionamiento o el uso

del condón (Purcell, Higa, Mizuno, & Lyles, 2017). Recientemente, la seroclasificación se ha extendido al campo del uso compartido de jeringas entre Pudi, con el objetivo de reducir el riesgo de adquirir el VHC, tomando como base los mismos principios de la seroclasificación para el VIH en encuentro sexuales. Aquí las Pudi deciden si compartir o no las jeringas bajo la percepción o conocimiento sobre si la pareja con la que compartirán jeringas vive o no con el VHC (Kim & Page, 2013).

Mientras que la seroclasificación para el VIH en encuentros sexuales ha sido ampliamente abordada, la seroclasificación para el uso compartido de jeringas para el VHC es un fenómeno relativamente reciente y del que se sabe poco. Conocer los elementos relacionados a la seroclasificación para el VHC permitiría identificar aquellos que de estar presentes introducen o elevan el riesgo del VHC en Pudi y aquellos que son necesarios para que la seroclasificación para el VHC en Pudi funcione como una estrategia de reducción de riesgo. Lo anterior, sería importante para que la evidencia funja como base para la toma de decisiones con respecto a este fenómeno, tanto a nivel político como para el desarrollo de intervenciones de reducción o prevención del riesgo, así como para profesionales de salud ubicadas en servicios de prevención, cuidado y tratamiento del VHC y de Pudi.

Por lo tanto, el propósito de esta revisión de alcance es identificar los elementos individuales y socio-estructurales relacionados con el proceso de seroclasificación para el VHC en el uso compartido de jeringas en usuarios de drogas inyectables.

Material y Métodos

Para responder a las preguntas propuestas, se desarrolló una revisión de alcance bajo los lineamientos del Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2015). Las revisiones de alcance se caracterizan por el rastreo de conceptos y atributos relacionados a un fenómeno en general. Asimismo, se utilizan para identificar los tipos de evidencia disponible con respecto a éste.

Criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron estudios cuyas muestras estuvieran compuestas por Pudi o bien, que como variable de análisis se incluyera el uso compartido de jeringas en relación al VHC. No se establecieron restricciones con respecto al año, país de recolección de la información ni tipo de diseño. Se incluyeron artículos publicados hasta el 10 de mayo de 2019, que proporcionaran evidencia sobre elementos relacionados a la seroclasificación para el uso compartido de jeringas, desde elementos individuales hasta estructurales. Se excluyó la literatura gris en la etapa de extracción de la información (ej. tesis, comentarios). Los artículos no relacionados con la seroclasificación para el uso compartido de jeringas y escritos en idiomas diferentes al Español

y al Inglés fueron eliminados.

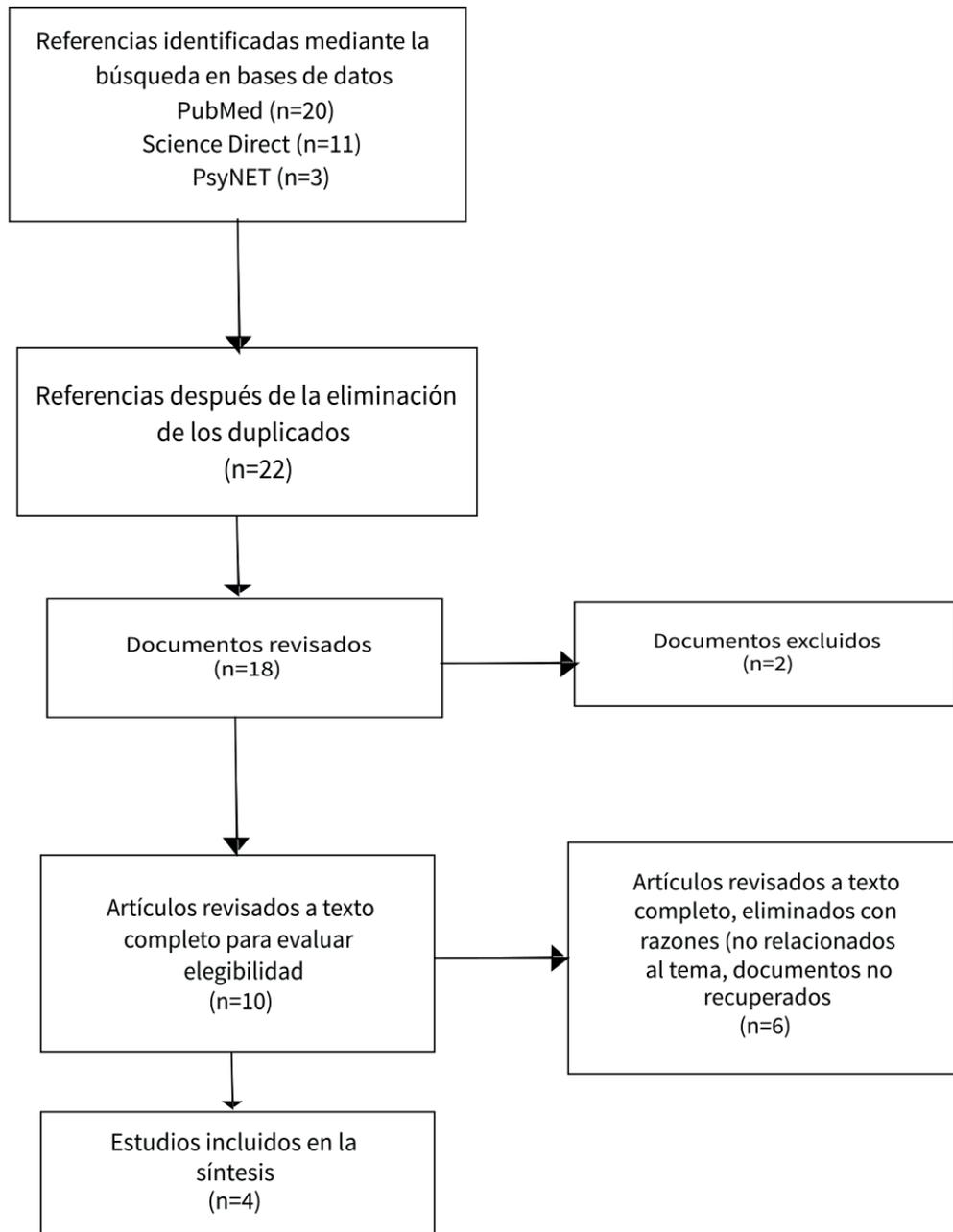
Estrategia de búsqueda. Primero, se realizó una búsqueda en PubMed con el objetivo de identificar los términos generales relacionados con fenómeno y que al introducirlos en la búsqueda dirigieran a la mayor cantidad de resultados posibles. Se analizaron los descriptores del MeSH y el DeCS, resultando como únicos términos relacionados “HIV serosorting” y “Seroclasificación por HIV”, respectivamente. Como ninguno de los términos anteriores correspondió con el fenómeno a explorar, se decidió no utilizarlos tal cual. La búsqueda final, incluyó artículos de PubMed, PsylINFO y Web of Sciences, que tuvieran en título o resumen serosort* OR serosorting, AND hepatitis OR HCV.

Extracción de la información y síntesis del conocimiento. La extracción y síntesis de los artículos se llevó a cabo del 1 de abril al 10 de mayo de 2019. Los documentos fueron revisados por dos personas de forma independiente, en dos fases. La primera incluyó la revisión de título y resumen y la segunda se trató de la revisión a texto completo. Para ello, se utilizó el administrador de citas Mendeley (Elsevier, s/f). De cada documento se extrajeron datos generales (autores, año, país de recolección de la información, nombre del journal, diseño y resultados) y elementos para la seroclasificación del uso compartido de jeringas para el VHC. Para identificar el tipo de journal se utilizó el catálogo de Ulrichsweb.

Resultados

En total se recuperaron 34 referencias, pero solo cuatro se incluyeron en la revisión de alcance (**Figura 1**). Dos estudios fueron realizados en los Estados Unidos de América (EEUU) y los dos restantes en Puerto Rico. Las muestras oscilaron entre 154 y 9690 participantes. Los objetivos de los artículos se enfocaron en la relación entre el auto-reporte del seroestado para el VHC y el conocimiento del seroestado de las parejas con las que se compartió jeringas, como parte del proceso de toma de decisiones para seroclasificación del VHC en Pudi. En la **Tabla 1** se especifican los resultados obtenidos por estudio.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Síntesis de los hallazgos de la revisión de alcance, por estudio

Autores, año	País (n=)	Nombre del Journal (Categorización en Ulrich Web)	Diseño (cuantitativo/ cualitativo)	Resultados
(Burt, Thiede, & Hagan, 2009)	EUA (Seattle) (n=337)	Drug and alcohol de- pendence (Drug abuse and alcoholism)	Cuantitativo (regresiones logísticas)	<p>La última persona con la que las Pudi compartieron jeringas tenía una probabilidad desproporcionada de seroconcordancia del VHC.</p> <p>Las Pudi compartieron jeringas con personas con seroconcordancia desconocida o con sero-discordancia percibida.</p> <p>La seroclasificación para el uso compartido de jeringas para el uso de drogas es un fenómeno identificado en las redes dePudi.</p> <p>La decisión de compartir jeringas se dio específicamente por la creencia de seroconcordancia del VHC.</p> <p>Al menos el 40% de las Pudi intentaron la seroclasificación para VHC.</p> <p>Las personas que ya vivían con el VHC fueron más dadas a usar intencionalmente la seroclasificación para el VHC.</p> <p>Las personas con seroestado negativo para el VHC (comparadas con aquellas de seroestado desconocido) fueron más dadas a compartir jeringas con personas VHC- versus no compartir.</p> <p>Las personas que conocieron sus seroestado (comparadas con las que no) fueron menos dadas a compartir jeringas con parejas de seroestado desconocido, versus no compartir.</p>
(Smith et al., 2013)	EUA (Atlanta, Baltimore, Boston, Chicago, Dallas, Den- ver, Detroit, Houston, Los Angeles, Miami, Nas- sau, Newark, New Orleans, New York, Philadelphia, San Diego, San Francis- co, San Juan, Seattle, and Washington, DC) (n = 9690)	The Journal of infec- tious diseases (Medical Sciences-Communica- ble Diseases)	Cuantitativo (regresiones logísticas multinominales)	<p>El género, la raza/etnia, año de nacimiento, nivel educativo, historial de vivir en estado de calle, empleo, y edad de primera inyección estuvieron significativamente relacionadas con compartir jeringas.</p> <p>Aquellos que conocían su seroestado fueron más dados a conocer el seroestado de la persona con la que compartieron jeringas (comparados con los que no lo conocía).</p> <p>Personas de género femenino, no hispanas, con nivel educativo mayor a la preparatoria, con discapacidad y con mayores ingresos económicos anuales, estuvieron positivamente relacionadas con el conocimiento del seroestado de la persona con la que compartieron jeringas.</p> <p>Las personas que compartieron jeringas y que conocían el seroestado de la pareja con la que compartieron jeringas: personas VHC+ fueron más dadas a reportar como positivo el seroestado de la pareja.</p> <p>Las personas VHC- fueron menos dadas a reportar el seroestado de su pareja como positiva.</p> <p>Las personas no hispanas de raza negra fueron menos dadas a reportar el seroestado de su pareja como positivo, comparadas con las personas hispanas.</p> <p>Fue más probable que las personas con antecedentes de vivir en la calle y nacidas entre 1930 y 1954 reportaran el seroestado de su pareja como positivo, comparadas con las que nunca vivieron en calle y nacieron entre 1975 y 1991.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Síntesis de los hallazgos de la revisión de alcance, por estudio (continuación).

Autores, año	País (n=)	Nombre del Journal (Categorización en Ulrich Web)	Diseño (cuantitativo/ cualitativo)	Resultados
(Duncan et al., 2017)	San Juan, Puerto Rico (n = 154)	Preventive medicine reports (Medical Sciences/ Public Health and Safety)	Cuantitativo (regresiones logísticas multivariadas)	<p>30.5% de las Pudi intentaron la seroclasificación para el VHC.</p> <p>Conocer el seroestado del VHC no influyó en los intentos de seroclasificación en Pudi.</p> <p>Personas que viven con el VHC en el área urbana fueron más dadas a conocer el seroestado de la pareja con la que comparten jeringas, en comparación con aquellas Pudi que no viven con el VHC en el área urbana. En el área rural se encontró lo contrario.</p> <p>Las personas de género femenino fueron muy dadas a conocer el seroestado de la última pareja con la que compartieron jeringas.</p> <p>Las Pudi que empezaron a inyectarse después de los 25 años fueron más dadas a conocer el seroestado de la persona con la que comparten jeringas.</p> <p>Fue más probable que las Pudi con el VHC+ en áreas urbanas conocieran el seroestado (VHC) de la última persona con la que compartieron jeringas, que las Pudi en áreas rurales.</p>
(Duncan et al., 2018)	San Juan, Puerto Rico (área rural n = 121) (área urbana n = 295)	Journal of ethnicity in substance abuse (Drug abuse and alcoholism)	Cuantitativo (regresiones logísticas)	<p>Fue más probable que las mujeres que usaron drogas inyectables conocieran el resultado de la última prueba del seroestado para el VHC de la última persona con la que compartieron jeringas, en comparación con los hombres.</p> <p>La seroclasificación se relacionó con el auto-conocimiento del seroestado para VHC y el de la última pareja con la que se compartió jeringas.</p> <p>Las Pudi VHC- se encontraron menos preocupadas por la adquisición del VHC.</p> <p>Las Pudi en áreas rurales se encontraron menos interesadas en conocer el seroestado de VHC de sus parejas para uso compartido de jeringas, que aquellas Pudi en áreas urbanas.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Esta es la primera síntesis de conocimiento relacionada con la seroclasificación para el VHC en Pudi. Aunque el estudio de la seroclasificación se ha enfocado con mayor intensidad en la epidemia del VIH y las conductas sexuales seroadaptativas, su emergencia en el terreno del VHC y las Pudi, permite aseverar que las personas que se perciben en riesgo están innovando estrategias conductuales que les permitan en la medida posible, reducir el riesgo de adquirir el VHC.

Los hallazgos de la revisión sugieren que el auto-conocimiento y el develamiento del seroestado del VHC son primordiales durante el proceso de seroclasificación. Sobre lo último, se ha en-

contrado que en el caso de las personas que viven con el VIH se desencadena un fenómeno de la serodiscriminación, el cual podría también darse en el caso de las Pudi que viven con el VHC. La serodiscriminación es un fenómeno, que se da a partir del estigma colectivizado sobre las personas que viven con el VIH y que resulta en el rechazo (Surkan et al., 2017). En este escenario, aquellas personas que viven con el VHC podrían sentir miedo o ansiedad de ser rechazadas en el proceso de compartir jeringas, y no develar su seroestado.

Asimismo, los resultados indican que un alto porcentaje de Pudi utilizan la seroclasificación del VHC cuando comparten jeringas. Sin embargo, es importante resaltar, que también un alto porcentaje de Pudi realizan la toma de decisiones de compartir jeringas basados en una mera percepción del seroestado de la pareja. Cuando la toma de decisiones se basa en una percepción más que una prueba o historial de tamizajes de detección del VHC, la estrategia de seroclasificación puede introducir riesgo más que reducirlo. Esto se ha encontrado en la seroclasificación para el VIH, donde quienes adoptan esta estrategia basados en percepciones del seroestado de la pareja tiene riesgo incrementado de adquirir el virus (Purcell et al., 2017).

Quienes parecieron más interesados en conocer el seroestado de sus parejas fueron aquellas Pudi que ya vivían con el VHC o que conocían su seroestado, comparadas con aquellas Pudi que lo desconocían. Aunque no existen explicaciones en el marco específico del VHC, en el caso de las personas que viven con el VIH se ha encontrado que éstas desarrollan un sentido de responsabilidad, donde tratan de implementar estrategias que reduzcan el riesgo de que otra persona adquiera el virus.

No existe suficiente evidencia para discutir las variables de raza/etnia, edad, nivel educativo, estado de calle, empleo y edad de primera inyección con respecto a la seroclasificación para el VHC, sin embargo, evidencia previa sobre la seroclasificación para el VIH ha mostrado que específicamente la raza/etnia, el nivel de ingresos y la edad son factores importantes que predicen la implementación de la seroclasificación. Por ejemplo, se ha encontrado mayor probabilidad de seroclasificación en personas de raza blanca con niveles altos de ingresos (Berg, 2012; Eaton et al., 2007; Hotton, Gratzner, & Mehta, 2012; Osmond, Pollack, Paul, & Catania, 2007). Otra variable importante relacionada a la seroclasificación del VHC en Pudi fue el género. Con respecto a esto, Smith et al. (2013) discute que la percepción de riesgo está más agudizada en las personas de género femenino, probablemente porque las tasas más altas de infección por el VHC se dan en este grupo, lo que las hace percibirse así mismas en mayor riesgo. Esto puede motivar a las personas de género femenino a conocer tanto su seroestado del VHC como el de sus parejas usuarias de drogas inyectables.

Por último, el área geográfica pareció ser un elemento importante para la seroclasificación

del VHC en Pudi. Mientras que las Pudi en el área urbana parecieron estar más interesadas en el conocimiento del seroestado del VHC de sus parejas, lo contrario se evidenció en las Pudi en el área rural (Duncan et al., 2018). Aquí se hace importante introducir las inequidades de salud en cuanto a acceso a pruebas de detección, tratamiento y cuidado del VHC, que pueden surgir entre zonas rurales y urbanas, lo que pasa a convertir a la seroclasificación para el VHC como fenómeno individual e interpersonal, a uno que también es socio-estructural.

El uso de drogas inyectables ha sido un tema polémico en la toma de decisiones y desarrollo de estrategias a nivel político. Por ejemplo, Canadá puso a disposición de las poblaciones de Pudi sitios seguros para el uso de drogas inyectables (Supervised injection facilities). En estos sitios, se les brinda material nuevo y apoyo de profesionales de salud en caso de emergencia (ej. sobredosis, reacción). Este tipo de programas son una alternativa para prevenir la adquisición de virus como el de la hepatitis C, dado que reduce la necesidad de compartir jeringas y son un contexto de provisión confiable de información. Sin embargo, es importante considerar que no todos los países ofrecen este tipo de programas (Kerr, Mitra, Kennedy, & McNeil, 2017). En aquellos sitios donde la política pública no ha logrado abarcar este fenómeno, la situación puede tornarse distinta.

La disponibilidad de pruebas de detección del VHC, tratamiento y cuidado, son elementos esenciales para que la seroclasificación del VHC en Pudi tenga mejores posibilidades de funcionar como una estrategia de reducción de riesgo. Los estudios presentados, muestran que el auto-conocimiento del seroestado del VHC es esencial en el proceso de toma de decisiones en la elección de las personas con la que se comparten jeringas. Por ejemplo, en un modelo de estimación de riesgo sobre la seroclasificación para el VIH, se encontró que aquellos contextos donde existen altos índices de detección del virus, también se presentan causalmente altos índices de personas que conocen su seroestado. En estos contextos, la seroclasificación ha mostrado resultados positivos sobre la reducción del riesgo de adquirir el VIH (Wilson et al., 2010). Lo mismo podría pasar en el caso de la seroclasificación para el VHC en Pudi.

Conclusión

La seroclasificación por el VHC es una conducta seroadaptativa que han adoptado las Pudi en orden de disminuir el riesgo de adquirir el VHC cuando se comparten jeringas para el uso de drogas. El conocimiento del seroestado de VHC es esencial para que ésta conducta funcione como estrategia de reducción de riesgo. Asimismo, el intercambio de información precisa y actual sobre el seroestado de ambas parejas es importante, para ello, se necesita que las Pudi tengan habilidades de comunicación para el mutuo develamiento del seroestado y tengan acceso a servicios de detección oportuna del VHC. La serodiscriminación y el miedo al estigma son dos componentes

que podrían comprometer el develamiento del seroestado.

Sería oportuno que futuros estudios sobre Pudi y el VHC indaguen sobre posibles conductas de reducción de riesgo como la seroclasificación, así como que provean información sobre las consecuencias que conlleva esta conducta cuando el develamiento del seroestado es asumido o no está actualizado. Otras consecuencias podrían ser la adquisición del VIH y otras enfermedades de transmisión por hemoderivados.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Conflicto de intereses. Los autores declaran que no hay conflicto de intereses en el estudio.

Referencias

- Berg, R. C. (2012). High rates of unprotected sex and serosorting among men who have sex with men: A national online study in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 738–745. doi: <https://doi.org/10.1177%2F1403494812465032>
- Burt, R. D., Thiede, H., & Hagan, H. (2009). Serosorting for hepatitis C status in the sharing of injection equipment among Seattle area injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 105(3), 215–220. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.005>
- Center for Disease Control and Prevention. (s/f). Hepatitis C Questions and Answers for Health Professionals. Recuperado el 18 de mayo de 2019, de: <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/hcv-faq.htm#section1>
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., ... Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1192–e1207. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30375-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3)
- Duncan, I., Curtis, R., Reyes, J. C., Abadie, R., Khan, B., & Dombrowski, K. (2017). Hepatitis C serosorting among people who inject drugs in rural Puerto Rico. *Preventive Medicine Reports*, 6, 38–43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.02.001>
- Duncan, I., Habecker, P., Hautala, D., Khan, B., & Dombrowski, K. (2018). Injection-related hepatitis C serosorting behaviors among people who inject drugs: An urban/rural comparison. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1–16. doi: <https://doi.org/10.1080/15332640.2018.1425950>
- Eaton, L. A., Kalichman, S. C., Cain, D. N., Cherry, C., Stearns, H. L., Amaral, C. M., ... Pope, H. L. (2007). Serosorting sexual partners and risk for HIV among men who have sex with men.

American Journal of Preventive Medicine, 33(6), 479–485. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.08.004>

Elsevier. (s/f). *Mendeley*. Version 1.13.8.

Hotton, A. L., Gratzner, B., & Mehta, S. D. (2012). Association between serosorting and bacterial sexually transmitted infection among HIV-negative men who have sex with men at an urban Lesbian, gay, bisexual, and transgender health center. *Sexually Transmitted Diseases*, 39(12), 959–964. doi: [10.1097/OLQ.0b013e31826e870d](https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31826e870d)

Kerr, T., Mitra, S., Kennedy, M. C., & McNeil, R. (2017). Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 28. doi: <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0154-1>

Kim, A. Y., & Page, K. (2013). Hepatitis C virus serosorting in people who inject drugs: sorting out the details. *The Journal of Infectious Diseases*, 208(12), 1929–1931. doi: <https://doi.org/10.1093/infdis/jit526>

Osmond, D. H., Pollack, L. M., Paul, J. P., & Catania, J. A. (2007). Changes in prevalence of HIV infection and sexual risk behavior in men who have sex with men in San Francisco: 1997–2002. *American Journal of Public Health*, 97(9), 1677–1683. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.062851>

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., Mclnerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. doi: [10.1097/XEB.0000000000000050](https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050)

Purcell, D. W., Higa, D., Mizuno, Y., & Lyles, C. (2017). Quantifying the harms and benefits from serosorting among HIV-negative gay and bisexual men: A systematic review and meta-analysis. *AIDS and Behavior*, 21(10), 2835–2843. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1800-z>

Smith, B. D., Jewett, A., Burt, R. D., Zibbell, J. E., Yartel, A. K., & DiNenno, E. (2013). “To share or not to share?” Serosorting by hepatitis C status in the sharing of drug injection equipment among NHBS-IDU2 participants. *The Journal of Infectious Diseases*, 208(12), 1934–1942. doi: <https://doi.org/10.1093/infdis/jit520>

Surkan, P. J., Li, Y., Jacobson, L. P., Cox, C., Silvestre, A., Gorbach, P., ... Plankey, M. (2017). Unsafe sexual behavior among gay/bisexual men in the era of combination antiretroviral therapy (cART). *AIDS and Behavior*, 21(10), 2874–2885. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1614-4>

The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). (2018). Key population groups, including gay men and other men who have sex with men, sex workers, transgender people and people who inject drugs. Recuperado el 25 de octubre de 2018, de: <http://www.unaids.org/en/topic/key-populations>

Wilson, D. P., Regan, D. G., Heymer, K. J., Jin, F., Prestage, G. P., & Grulich, A. E. (2010). Serosorting may

increase the risk of HIV acquisition among men who have sex with men. *Sexually Transmitted Diseases*, 37(1), 13–17. doi: [10.1097/OLQ.0b013e3181b35549](https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e3181b35549)

World Health Organization. (2016). People who inject drugs. Recuperado el 18 de mayo de 2019, de <https://www.who.int/hiv/topics/idu/about/en/>

Abordaje multidisciplinario en paciente con linfedema Multidisciplinary approach in a patient with lymphedema Abordagem multidisciplinar a paciente com linfedema

*RICARDI-BÁEZ, ESMERALDA  0000-0002-4895-4896

Oncocenter, fisioterapeuta oncológica y certificada en drenaje linfático. *Autorcorresponsal.
gerontoterapeuta04@gmail.com

GONZÁLEZ-ESPINOZA, IVÁN ROMARICO  0000-0002-5750-0327

Hospital Ángeles Puebla, Médico Especialista Oncólogo.
vanvanmed@hotmail.com

IBARRA-REBECA  0000-0001-6440-7940

Hospital Ángeles, Puebla. Médico general.
beca_ibafe@yahoo.com.mx

Recibido: 03 diciembre de 2019; **Aceptado:** 11 de marzo de 2020.

RESUMEN

Introducción. El linfedema no tiene cura, sin embargo, con una intervención adecuada del equipo multidisciplinario, es posible prevenirlo o mejorarlo. La terapia descongestiva compleja es uno de los tratamientos adecuados, ya que combina drenaje linfático manual, ejercicios linfokinéticos y vendajes compresivos.

Propósito. Presentar un estudio de caso de una mujer con linfedema después de una cuadrantectomía con disección radical de ganglios desde un abordaje multidisciplinario a partir de la medicina oncológica y la fisioterapia.

Metodología. Estudio de caso, se trata de una paciente femenina de 71 años que recibió un tratamiento adyuvante de quimio-radioterapia más terapia hormonal por dos años, presentó neuropatía en ambas extremidades superiores, se diagnosticó linfedema etapa II, sin dolor en miembro superior derecho afectado.

Intervenciones. Se le trató con drenaje linfático manual y ejercicios linfokinéticos para ayudar a mejorar la debilidad y bombeo de las válvulas linfáticas.

Resultados. Disminución de la hinchazón del miembro superior derecho (desde centímetro y medio hasta dos centímetros en algunas partes del brazo), disminuyó el

enrojecimiento, fibrosis y engrosamiento. Conclusiones. El equipo multidisciplinario juega un papel importante al abordar a un paciente con linfedema, ya que se puede prevenir o mejorar los efectos secundarios causados por la mastectomía radical o linfadenectomía.

Palabras clave: Linfedema, Ganglios linfáticos, Cáncer de mama, Mastectomia. (DeCS).

ABSTRACT

Introduction. Lymphedema has no cure, however, with a proper intervention from the multidisciplinary team, it might be prevented or improved. Complete decongestive therapy is one of the appropriate treatments, due to the combination of manual lymphatic drainage, lymphokinetic exercises, and compressive bandages.

Purpose. To present a case study of a woman with lymphedema after a quadrantectomy with radical ganglion dissection from a multidisciplinary approach of oncological medicine and physiotherapy.

Methodology. Case study, 71 years-old female patient who received a chemo-radiotherapy plus hormones for two years, presented bilateral neuropathy in the upper limbs, lymphedema type II was diagnosed, with no pain in the affected limb.

Interventions. She was treated with manual lymphatic drainage and lymphokinetic exercises to help to improve the weakness and the pumping of the lymphatic valves.

Results. Reduction of the swelling of the right upper limb (from one centimeter and a half up to two centimeters in some parts of the arm), reddening, fibrosis, and thickening reduction.

Conclusions. The multidisciplinary team has an important role when addressing a patient suffering from lymphedema because side effects caused by radical mastectomy or lymphadenectomy can be prevented or improved.

Keywords: Cancer, Breast Cancer, Lymphedema (DeCS).

RESUMO.

Introdução: O linfedema não tem cura, mas uma intervenção adequada por equipe multidisciplinar pode preveni-lo e melhorá-lo. A terapia complexa descongestiva é um dos tratamentos adequados, pois utiliza a drenagem linfática manual, exercícios linfocinéticos e bandagem compressiva.

Intuito: Apresentar este estudo de caso de uma mulher com linfedema logo depois de uma quadrantetomia com dissecação radical de gânglios, através de uma abordagem multidisciplinar da medicina oncológica e da fisioterapia.

Metodología: Estudio de caso, paciente femenina de 71 años que recibió tratamiento de quimio e radioterapia en extremidades superiores de forma bilateral, diagnosticó linfedema fase II, sin dolor en el miembro afectado.

Intervenciones: El tratamiento efectuado fue drenaje linfático manual y ejercicios linfocinéticos para ayudar en la mejora de la debilidad y bombeo de las válvulas linfáticas.

Resultados: Reducción del hinchazón del miembro superior derecho (de centímetro y medio a dos centímetros en algunas partes del brazo), reducción de la vermelhidación, de la fibrosis y del engrosamiento.

Conclusiones: El equipo multidisciplinario juega un papel importante en el abordaje de un paciente con linfedema, ya que puede prevenir y mejorar los efectos colaterales causados por la mastectomía radical o linfadenectomía.

Palabras-clave: Cáncer, Cáncer de mama, Linfedema (DeCS).

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el cáncer se considera un problema de salud pública en el mundo, siendo la segunda causa de muerte, con más de 18 millones de víctimas a nivel mundial (International Agency of Research on Cancer, 2018).

En América Latina la situación no es diferente; por ejemplo, el cáncer de mama en México alcanzó 199.734 nuevos casos, de los cuales 52.558 culminaron en defunciones. (International Agency of Research on Cancer, 2018).

El cáncer de mama tiene cura si se diagnostica a tiempo; una vez instaurado el diagnóstico, uno de los métodos más comunes para su tratamiento es la mastectomía, cuyo abordaje es la extirpación del seno mediante cirugía (American Cancer Society, 2019).

Entre los diferentes tipos de mastectomía existentes, la cuadrantectomía es la cirugía donde se extirpa parte del tejido cancerígeno y algunos ganglios linfáticos, pero no la mama (Instituto Nacional del Cáncer, 2019). Entre las secuelas más comunes, producto de la extirpación de los ganglios linfáticos, se encuentra el linfedema, este consiste en un acumulo de líquido rico en proteínas y provocado por un defecto o falla en el sistema linfático, en el caso del cáncer de mama, el linfedema de las extremidades superiores, es el de mayor frecuencia después de la mastectomía con disección ganglionar (Argüelles Otero y Fernández Prieto, 2014; American Cancer Society, 2019).

Según diferentes autores (American Cancer Society, 2019), el linfedema se presenta a los pocos días y hasta 30 años después de la mastectomía. A pesar de esta variabilidad, el 80% de pacientes experimentan su aparición durante los tres primeros años después de la cirugía, sin embargo,

un alto porcentaje de la incidencia del linfedema en miembros superiores oscila entre 8% y 56% durante los dos años después de la cirugía; el resto de los pacientes presentan edema a una tasa anual de 1% (American Cancer Society, 2019). Sin embargo, no existe claridad sobre la incidencia y prevalencia del linfedema después de una mastectomía; posiblemente debido a las diferencias del diagnóstico, las características propias de cada paciente y seguimiento no adecuado para captar la presencia demorada del trastorno (American Cancer Society, 2019).

Con relación a las diferencias del diagnóstico, es importante aclarar que existen dos clasificaciones de linfedema: linfedema primario y linfedema secundario. El primero se debe, entre tantos, a una afectación hereditaria y poco frecuente en América Latina (López Montoya, 2015); el segundo, por ejemplo, esta ocasionado por una cirugía como es la cuadrantectomía o linfadenectomía. Para diagnosticar el linfedema y la etapa que cursa, es importante conocer el número de ganglios extirpados, la zona ganglionar de la extirpación, diferencia en volumen entre un brazo y otro, presencia de enrojecimiento, fibrosis, hundimientos al realizar presión, pesadez y piel de naranja, etc. (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2018), López Montoya, 2015); también es necesario realizar las pruebas de signo de fóvea, godet y stemmer (Linfedema Crónico, 2015), saber signos y síntomas como los que a continuación se presenta, determinar en qué etapa se encuentra para afirmar que el linfedema ha aparecido, (Meza B., 2019), con base a la **Tabla 1** que a continuación se presenta.

Tabla 1. Etapas del linfedema.

Etapas	Signos y síntomas
0: Linfedema subclínico o latente.	No hay edema visible. No hay fóvea. Sensación de pesadez local u opresión, puede estar presente por meses o años antes de que el edema sea aparente. Cambios sensoriales pueden ocurrir.
1: Linfedema temprano.	Edema visible usualmente con fóvea. Edema puede empeorar y remitir. Edema disminuye al elevar el brazo.
2: Linfedema moderado.	Edema visible con o sin fóvea. Raramente cede con la sola elevación del brazo o descanso. Piel y tejido endurecido, engrosado (al empeorar la fibrosis, la fóvea puede desaparecer).
3: Linfedema severo (elefantiasis linfoestática)	Edema muy marcado. Fóvea puede ya estar ausente. Agrandamiento del área ya afectada. La piel y el tejido ya están endurecidos y engrosados. Puede salir linfa a través de la piel dañada.

Fuente. Arias-Cuadrado, A., Álvarez-Vázquez, M. et. al. (2010). Clínica, clasificación y estadiaje del linfedema. Elsevier. *Rehabilitación (Madr)*. 2010; 44(S1: 29-34).

Para ejecutar estas pruebas, que hacen parte del examen clínico, es necesario la intervención multidisciplinaria de profesionales certificados específicamente en la detección de este padecimiento, pero, específicamente el fisioterapeuta experto en linfedema, se encarga en prevenir, preservar, maximizar y curar un padecimiento musculoesquelético (World Cnfederation for Physical Therapy, 2016).

Respecto al tratamiento, existen abordajes que combinan diferentes técnicas como la Terapia Descongestiva Compleja (TDC), la cual combina el drenaje linfático manual, vendaje multicapa y ejercicios linfokinéticos (Srur, Toro, Leiva, Rojas, & Contreras, 2015).

La literatura revela que ya existe un numero amplio de investigaciones sobre el abordaje con un equipo, sin embargo, las investigaciones aún se ven limitadas en el desarrollo del linfedema en mujeres posterior a la mastectomía, por tanto, se establece el siguiente propósito: presentar un estudio de caso de una mujer con linfedema después de una cuadrantectomía con disección radical de ganglios desde un abordaje multidisciplinario a partir de la medicina oncológica y la fisioterapia.

Caso clínico

Se trata de una paciente femenina de 71 años, con antecedentes gineco obstétricos de menarca a los 12 años, tres gestaciones, tres partos, alérgica a la penicilina, sin antecedentes de enfermedades crónico degenerativas. En el año 2009, se le realizó cuadrantectomía de mama derecha y disección ganglionar radical de axila derecha debido a la presencia de nódulo palpable en región superior derecha, cuyo reporte histopatológico demostró carcinoma lobulillar infiltrante con receptores hormonales positivos y HER2 positivo. Recibió un tratamiento de quimio-radioterapia más hormonas por dos años. Durante su vigilancia en marzo de 2011, se detectó por tomografía computada de tórax, nódulo en región superior derecha de mama, por lo que se realizó biopsia, con la cual se reportó carcinoma ductal infiltrante con receptores hormonales positivos y HER2 positivo; se decidió continuar con quimioterapia y terapia anti-HER2. En octubre de 2018, se valoró la presencia de dolor en región pélvica y la detección de lesiones óseas en columna vertebral, sacro y huesos ilíacos por resonancia magnética toraco-abdominal, se decidió iniciar radioterapia en conjunto al tratamiento previo, recibió un total de cinco sesiones de radioterapia hasta noviembre de 2018, además recibió manejo multidisciplinario por clínica de dolor y cuidados paliativos para el control del dolor oncológico óseo. En diciembre del año 2018, secundario al tratamiento con quimioterapia, presentó neuropatía en extremidades superiores de forma bilateral, manejado con análogo de GABA. En junio de 2019, presentó hinchazón, cambios de coloración en miembro torácico derecho, secundario a antecedente de disección ganglionar radical de axila derecha, por lo que se refirió a

rehabilitación física. En su última revisión por tomografía computada toraco-abdominal, en julio de 2019, presentó datos de enfermedad estable, por lo que se decidió cambiar quimioterapia por terapia anti-HER2 con hormonoterapia.

Intervención de la fisioterapia descongostiva compleja (TDC)

En junio de 2019, el médico oncólogo la refirió a fisioterapia linfática; acudió el mismo mes. La valoración del fisioterapeuta describió lo siguiente: miembro superior derecho enrojecido, hinchazón, en comparación con el miembro superior izquierdo, fibrosis, pesadez, sin dolor, tensión, brillo, piel de naranja, engrosamiento en algunas partes del brazo y disminución de rangos de movimiento.

Al realizar la valoración, se diagnosticó linfedema etapa II, sin dolor en miembro afectado con base a la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), (**Figura 1**). (Organización Mundial de la Salud, 2019) (SciELO, 2006). Se continuó con la circimetría inicial, ésta permitió observar que en las primeras 10 sesiones el linfedema disminuyó (**Tabla 2**). Presento dolor en espalda zona dorsal, por lo que la paciente refirió no tolerar la posición decúbito supino.

Después de terminada la valoración, se platicó con la paciente y su cuidador principal, indicándoles que la paciente debía iniciar terapia descongostiva compleja (TDC), con el objetivo de disminuir el linfedema y mantener el brazo en las mejores condiciones posibles. Las sesiones de inicio fueron diarias, con descansos de dos días por semana, hasta que se tuviera evidencia de la disminución del volumen del brazo.

Se brindó información al cuidador principal sobre el abordaje, los objetivos, las indicaciones, contraindicaciones y cuidados absolutos en casa, y continuidad sobre el tratamiento de fisioterapia linfática. La información está basada en la antología linfedema (Zuther, Joachim E. 2005, Meza B.2019), anexada a continuación (**Tabla 2**).

Tabla 2. Indicaciones y contraindicaciones para el cuidado del brazo con mastectomía.

Informe su padecimiento.	Siempre se debe informar a cualquier profesional de la salud que padece de linfedema y no permita que hagan ninguno de los siguientes procedimientos en el brazo afectado. Inyecciones, sacar sangre, infusiones intravenosas, medir la presión sanguínea (si necesitan hacerlo, que lo realicen en el brazo contrario o en las extremidades inferiores), acupuntura, masaje tradicional y aplicación de calor (de todo origen).
Mantenga la extremidad afectada limpia y protegida	Haga duchas breves, evite el agua caliente, use un jabón de pH bajo, para mantener la barrera natural del ácido de la piel (pH de 5 que es aquél que no le va a dejar la sensación de “ultra limpia”, no va a producir mucha espuma, también puede usar un jabón antibacterial, seque bien la piel sobre todo entre los dedos y dentro de los pliegues de la piel, hágalo sin frotar duramente.
Cuidado con las actividades de quehaceres domésticos	Siempre póngase guantes y camisas de manga larga para trabajar en el jardín. No use agua caliente para lavar la losa o platos, siempre póngase guantes para tocar las ollas calientes, No se coloque frente al horno para abrir la puerta cuando este horneando, Tenga cuidado de no quemarse (al planchar la ropa o cocinar, etc.), evite productos de limpieza ásperos y los que contengan sustancias químicas que irriten la piel (Pregunte a su médico o dermatólogo), evite movimientos rigurosos y repetidos contra resistencia como sería el jalar, empujar, o aquel que le produzca mayor esfuerzo o que provoque molestias.
Cuidado al jugar con los animales.	Las mordidas y rasguños de las mascotas pueden causar infección o empeorar linfedema.
Use repelente de insectos.	Un simple piquete de mosquito puede causar infección como erisipela o celulitis y fácilmente se hincharía la extremidad. Se recomienda usar repelente tipo para bebés.
No cargar o mover cosas pesadas.	Evite cargar bolsas pesadas, deberán colgarse del brazo no afectado. No cargar niños, ni mover muebles.
Evite prendas apretadas.	No se ponga bandas elásticas en la extremidad afectada, joyas apretadas (reloj, anillos, brazaletes). Use sostén con tirantes anchos, que no tengan alambres ni sean constrictivos, póngase ropa interior cómoda que no apriete.
Evite el calor y cambios extremos de temperatura.	No tome baños turcos, sauna o jacuzzi. No se exponga al sol para broncear, no exponga el brazo afectado a tratamientos con calor de cualquier tipo (parafinas, compresas, aire o arena caliente etc.).
Evite el masaje tradicional	El masaje tradicional y profundo, así como las compresas de barro, presiona los ganglios linfáticos.
Cuidados de la piel	Evite los productos de cosmética, pueden ocasionar irritación en la piel. Use una loción humectante después del baño tipo crema pH 5. No se rasure con maquina eléctrica, cuidado al cortar su cutícula.
Evite todo tipo de trauma del lado mastectomizado.	Golpes, moretones y lesiones. Cuide al jugar deportes, picaduras de insectos, rasguños y lesiones punzo cortantes tipo agujas.

Fuente. ZUTHER, Joachim E, Meza León, B. et. al. (2016). Versión adaptada. *Lymphedema Management. The comprehensive Guide for Practitioner*, pp..218-224.

Tabla 2. Indicaciones y contraindicaciones para el cuidado del brazo con mastectomía (continuación).

Recomendaciones para la práctica de ejercicio:	Siempre tenga puesta la manga compresiva o el vendaje especializado para linfedema. Deje la manga o vendajes puestos al menos una hora después de hacer el ejercicio. No levante más de 5 a 7 kilogramos de peso o pesas que requieran de un esfuerzo intenso al inicio del tratamiento. Sólo realice los ejercicios que le indique su terapeuta linfático entrenado en el tratamiento para linfedema, no haga esfuerzos intensos.
Ejercicios recomendables.	Caminar, pero no deje colgar los brazos, nadar, aeróbicos acuáticos, aeróbicos ligeros, yoga, ejercicios para linfedema diariamente. Si trabaja en oficina, trate de tomar un descanso de vez en cuando para estirar y mover los brazos y evitar la acumulación de líquidos.
Ejercicios no recomendables.	Tenis, golf, levantamiento de pesas (más de 5 kilos al inicio), montar a caballo con precaución, etc.
Viajes	Viajes en avión, o carretera: ponerse una manga de compresión o vendaje y dejarla puesta al menos una hora después de hacer el viaje. Tome abundante agua o líquidos durante el viaje para evitar deshidratación.
Prótesis	Prótesis: Importante que esta sea adaptada por la persona experta y entrenada para tal motivo, el experto evitará desviaciones de la columna vertebral. Es importante que la prótesis sea adecuada al peso y talla de la mama contralateral.
Dieta.	Mantenga su peso ideal, ingiera alimentos bajos en sal y grasa. Evite el tabaco y alcohol.
Puntos importantes.	Eleve el brazo a una altura a nivel de corazón (el tiempo que sea posible). Siempre póngase la manga de compresión durante el día y sus vendajes de noche cuando padezca linfedema. Inmediatamente consulte a su médico si nota una erupción, ampollas, enrojecimiento o aumento de temperatura de la piel del brazo, fiebre o escalofríos.

Fuente. ZUTHER, Joachim E, Meza León, B. et. al. (2016). Versión adaptada. *Lymphedema Management. The comprehensive Guide for Practitioner*. pag.218-224.

Terminada la explicación de los cuidados en casa, se inició el tratamiento. El escenario que se presenta a continuación fue realizado por un terapeuta, el cual debió intervenir con especial cuidado para tener resultados favorables en el tratamiento para el linfedema causado por mastectomía radical.

Terapia Descongestiva Compleja (TDC)

Paciente en decúbito supino, se le trató con drenaje linfático manual método Godoy y Godoy (Godoy y Godoy, 2016), se continuó con ejercicios linfokinéticos, los cuales ayudan a mejorar la debilidad

y bombeo de las válvulas linfáticas (López Montoya, 2015). Se realizó flexo extensión, abducción y aducción de los dedos, muñecas, codos y brazos, y pronosupinación de manos; tres series de diez. Se concluyó con el vendaje multicapa, este vendaje consta de cuatro tipos de vendas elásticas e inelásticas, las cuales ayudan a evitar que la linfa regrese, sin embargo, una de las vendas no fue aplicada, debido a que la paciente comentó no poder asearse (**Figuras 3**). Se colocaron tres capas de vendaje de distintos tamaños, elasticidad, grosor y texturas, este vendaje se comienza desde la muñeca, sube a la palma de la mano y regresa, termina en la zona axilar. La última capa del vendaje se fue comprimiendo más, ya que había zonas fibróticas en ciertas zonas del miembro afectado.

Al finalizar las diez primeras sesiones se observó una disminución de la hinchazón, por lo que se decidió tomar medidas en centímetros dando resultados favorables (**Figura 1, Tabla 3**).

Las siguientes sesiones fueron tres veces a la semana, sin avances, el familiar y la paciente sintieron la necesidad de regresar a las sesiones diarias para progresar más rápido, en común acuerdo entre la terapeuta, el paciente y familiar, se continuo diario.

Resultados

En esta sección, se muestra la **Tabla 3**, así como figuras de la hinchazón, coloración de la piel, y las diferencias de la circimetría en centímetros.

Tabla 3. Tabla comparativa de paciente con linfedema en centímetros.

Circimetría basal en centímetros	Circimetría después del tratamiento en centímetros
Brazo derecho	Brazo derecho.
Mano: 21.5cm.	Mano: 20cm.
Muñeca: 18.7cm.	Muñeca: 17.3cm.
Tercio medio de antebrazo: 25cm.	Tercio medio de antebrazo: 23cm.
Tercio medio de brazo: 34.5cm.	Tercio medio de brazo: 33.2cm.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Las mediciones de la circimetría basal y después del tratamiento, tuvieron un espacio de 11 días.

Figura 1. Terapia Descongestiva Compleja (TDC).

Nota: Imagen a la izquierda, tomada el 17 de junio del 2019, donde se muestra miembro afectado, enrojecido e hinchado. Imagen a la derecha, tomada el 28 de junio del 2019, donde se muestra miembro afectado con disminución del enrojecimiento e hinchazón.

Figura 2. Terapia Descongestiva Compleja (TDC).

Nota: Imagen a la izquierda que muestra la primera capa inelástica del vendaje multicapa. Imagen al centro que muestra segunda capa inelástica del vendaje multicapa. Imagen a la derecha que muestra la tercera capa elástica del vendaje multicapa.

Discusión

Aunque el linfedema actualmente no tiene cura, diversos estudios han evidenciado que la técnica más completa es la TDC, la cual combina el drenaje linfático manual, ejercicios linfokinéticos y vendaje multicapa, teniendo grandes resultados en el padecimiento ya que mejora las etapas o previene el linfedema de las pacientes que pasaron por una mastectomía radical con linfadenectomía.

En el caso presentado, la TDC disminuyó la hinchazón del miembro superior derecho (desde centímetro y medio hasta dos centímetros en algunas partes del brazo), disminuyó el enrojecimiento, la fibrosis y el engrosamiento. A pesar de los múltiples beneficios reportados, se presentaron dos limitaciones; la primera fue la falta de la cuarta venda, la cual se coloca en los dedos; y la segunda: la paciente no le fue posible colocarse en decúbito supino en su totalidad, por lo que esto pudo haber limitado la disminución del linfedema hasta en un 40%.

El terapeuta experto en linfedema debe saber qué tipo de mastectomía y cuantos ganglios linfáticos fueron extirpados al paciente para realizar un correcto abordaje, así como estar en contacto con su médico oncólogo para saber sobre otros padecimientos ajenos a la mastectomía. Es importante recordar al paciente y su familiar las indicaciones y contraindicaciones prescritas en casa, así como la importancia de la aplicación del vendaje multicapa, sobre todo cuando no hay sesiones de drenaje linfático manual.

Conclusiones

El equipo multidisciplinario juega un papel importante al abordar a un paciente con cáncer, en este caso con linfedema, ya que se puede prevenir o mejorar los efectos secundarios causados por la mastectomía radical o linfadenectomía.

La TDC es una serie de técnicas combinadas que aplicadas por un profesional experto pueden disminuir hasta un 60% el linfedema.

Referencias

- American Cancer Society. (20 de Enero de 2019). Mastectomía. *American Cancer Society*. Recuperado de https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno/mastectomia.html#escrito_por
- American Cancer Society. (26 de Septiembre de 2019). Linfedema (PDQ)-Versión para los profesionales de la salud. *American Cancer Society*. Recuperado de https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/linfedema/linfedema-pro-pdq#_20_toc

- Argüelles Otero, L., & Fernandez Prieto, T. (2014). Atención de Enfermería a Pacientes con Cáncer de Mama y en riesgo de desarrollar Linfedema. *Enfermería Comunitaria*, 2(4), 50-69.
- Arias-Cuadrado, A., Álvarez-Vázquez, M. et. al. (2010). Clínica, clasificación y estadiaje del linfedema. Elsevier. *Rehabilitación (Madr)*. 2010; 44(S1: 29-34).
- Chaná C, Pedro, & Alburquerque, Daniela. (2006). La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(2), 89-97. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000200002>
- Godoy & Godoy (2016). *Terapia Linfático Manual: Concepto Godoy & Godoy*. São Paulo: Espresso e Arte Editora e Gráfica.
- Instituto Nacional del Cáncer. (20 de Octubre de 2019). Cuadrantectomía (def.). *Instituto Nacional del Cancer (NIH): Diccionario*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/buscar/resultados?swKeyword=cuadrantectom%C3%ADa>
- López- Montoya, L. (2015). *El linfedema explicado*. Segunda edición. Mexico D.F.: Fenix.
- Villán J., Cano Sierra J. D., Patarrollo M. P., Camilo Garay A., Bernal J. A., Carrero G. S., Rios L. (2015). Linfedema Crónico. *Revista Semilleros Med*, 9(1) 65-75. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Juan_Cano7/publication/322093909_Linfedema_Cronico/links/5a44503ea6fdce19718c0e6/Linfedema-Cronico.pdf
- Srur, E., Toro, P., Leiva, M., Rojas, M., & Contreras, N. (2016). Tratamiento transdisciplinario del linfedema mediante terapia fisico-combinada compleja. Analisis de nuestra experiencia. *Angiología*, 68(1) 33-37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.angio.2015.04.008>
- World Confederation for Physical Therapy . (14 de Octubre de 2016). Physical therapy. *World Physiotherapy*. Recuperado de <https://world.physio/resources/glossary>
- Zuther, Joachim, E (2005). Lymphedema Management. The compresive Guide for Practitioner. [Linfedema]. Ed.Thieme.Medical Publisher,inc.:New York.Stuttgart, pp.218-224.

La Comisión Permanente de Enfermería, su origen y formalización

*JIMÉNEZ-SÁNCHEZ, JUANA  0000-0003-3812-831X
Consejera del Consejo Consultivo Ciudadano “Pensando en México”.
Doctora en Alta Dirección.
jisaju@hotmail.com

Recibido: 08 de diciembre de 2019; **Aceptado:** 21 de abril de 2020.

Introducción

Abordar el origen de la Comisión Permanente de Enfermería y de los diferentes momentos por los que transitó para lograr consolidar el papel que hoy tiene como parte de la historia de las organizaciones, representa un gran reto, debido a la posibilidad de que algunos de los aspectos estén influenciados por la vivencia propia y algunos difícilmente pueden identificarse en fuentes oficiales; sin embargo, se tratará de presentar de manera objetiva estos acontecimientos que tuvieron y siguen teniendo una repercusión importante en el desarrollo profesional de la comunidad de enfermería en México.

Antecedentes. La historia se remonta a las décadas de los años ochenta y noventa; años en los que la enfermería nacional ya había hecho algunas llamadas de atención a las autoridades sobre la problemática, tanto en los servicios de salud, como en el sector educativo de enfermería. Solo por mencionar algunos, se encontraban los siguientes: 1) El hecho de que la profesión de enfermería hubiera sido incluida en 1972 en el tabulador de salarios mínimos con la intención de lograr su “protección laboral en materia salarial” (Gaceta Parlamentaria, 2004), situación que, no sólo no ayudó al grupo para el cual estaba destinada esta acción, sino por contrario, entorpeció los planes para el reconocimiento profesional en el campo laboral. 2) La proliferación de escuelas de enfermería de particulares, con fines lucrativos y de muy dudosa calidad, preocupaban a la comunidad de enfermería. Estudios realizados en 1970 por la Dirección de Enfermería, de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y por la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, daban cuenta de esto (Comisión Permanente de Enfermería [CPE], 2010). 3) La falta de reconocimiento laboral, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, al personal de enfermería con estudios de grado y postgrado, a pesar de que desde 1968 la formación de enfermería se daba tanto en licenciatura, así como años más tarde, en estudios de posgrado (Jiménez, 2001).

Los inicios de la Comisión. Un grupo de representantes de diferentes instituciones de salud y educativas, así como de organizaciones de representación profesional, coincidieron en plantear ante las autoridades de la Secretaría de Salud, la necesidad de revisar la situación de enfermería en México, y de presentar propuestas derivadas del análisis realizado en el 1er. Taller Nacional de Reestructuración del Sistema Nacional de Enfermería, llevado a cabo el 7 de febrero de 1994, en el Hospital Juárez Centro, con la asistencia de más de 300 enfermeras y enfermeros líderes del país. Dicha consulta, constituyó la primera convocatoria a partir de la cual se establecería como meta la conformación de un Consejo de Enfermería en el ámbito federal y en las entidades federativas. Se propuso también, la creación de una dirección nacional de enfermería y de un modelo de organización, que fuera aplicable al área de enfermería de todas las instituciones de salud (Reestructuración del Sistema Nacional de Enfermería, 1994).

Posterior a esa reunión, el Subsecretario de Salud, Dr. Enrique Wolpert Barraza, presidió la instalación de la que, a partir de ese momento, se le denominó Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), refiriéndose a ella como: “Órgano representativo del personal en esta disciplina en las áreas asistenciales, educativas, gremiales y agrupaciones civiles para las acciones del fortalecimiento de la enfermería nacional”. Con esa declaratoria, se firma el acta de la sesión del 11 de noviembre de 1994 en el auditorio Miguel E. Bustamante del edificio de Lieja de la Secretaría de Salud (CPE, 2010).

Ya en el cargo como Secretario de Salud (1994-1999), el Dr. Ramón de la Fuente invita a la maestra Graciela Arroyo de Cordero como asesora de la Subsecretaría de Coordinación Sectorial y como Coordinadora General de la Comisión, para llevar a cabo la tarea de integrar al grupo nacional de enfermería (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2005). La maestra Cordero, a su vez, invita a participar a las enfermeras Rosa Albertina Garrido Gómez, Bertha Camacho Villicaña y Juana Jiménez Sánchez.

Durante la gestión 2000-2006 del doctor Julio Frenk Mora en la Secretaría de Salud y del doctor Enrique Ruelas Barajas en la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la CIE logra que se dé un gran paso después de décadas de ausencia de enfermería en los ámbitos de toma de decisiones; la creación de una estructura formal en la Secretaría de Salud; la Dirección de Enfermería (octubre de 2003), la cual es ocupada por la licenciada Juana Jiménez Sánchez (**Fotografía 1**).

Fotografía 1. De izquierda a derecha Juana Jiménez Sánchez y Graciela Arroyo de Cordero.



Fuente: Acervo personal.

Así mismo, como se mencionó, uno de los temas prioritarios era lograr la exclusión de la profesión de enfermería del tabulador de salarios mínimos. A la maestra Cordero se le debe este gran logro y a la participación de los integrantes de la CIE, que presentaron y argumentaron la petición ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, presidida por el Dr. José Ángel Córdoba Villalobos. Afortunadamente, la resolución en la que se excluyó a la profesión de enfermería del tabulador de salarios mínimos fue publicada en diciembre de ese mismo año, en el Diario Oficial de la Federación (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2004).

Un lamentable suceso enlutece a la comunidad de enfermería nacional, la maestra Cordero fallece el 20 de septiembre del año 2005. Con ello, la pérdida de una de las más grandes líderes de la enfermería mexicana que, durante sus últimos años (1995-2005) a cargo de la CIE, impulsó a través del Plan Rector de Enfermería (Fotografía 2), y diferentes proyectos para fortalecer a la enfermería y partería en nuestro país (Jiménez, 2001).

A partir de ese momento, la licenciada Jiménez Sánchez, asume las funciones de Coordinadora General de CIE y dos años más tarde y gracias a la perseverancia y colaboración de todo el grupo, se logra que la CIE quede legalmente constituida, bajo el Acuerdo de Creación con el nombre de “Comisión Permanente de Enfermería” (DOF, 2007), y con ello la continuidad al trabajo colegiado de la Comisión a través del diseño de proyectos en beneficio de los servicios, la formación y el desarrollo de la enfermería mexicana (Fotografía 2).

Fotografía 2. Sesión de instalación de la Comisión Permanente de Enfermería.



Fuente: Acervo personal.

Consideraciones finales

La CPE se constituyó, desde su formalización, en la instancia que asesora al ejecutivo federal en materia de enfermería, para el desarrollo de proyectos que impactan en la mejora de los servicios de salud y en la calidad de la formación y del ejercicio profesional de enfermería.

Hay todo un historial de proyectos que hoy se desarrollan en el ámbito nacional que han dado visibilidad a la importante contribución de la profesión de enfermería, al logro de los objetivos del sector salud, y que la ubican como una de las cinco profesiones más respetadas y valoradas por la sociedad (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2017).

Pero sin duda, lograr el reconocimiento laboral de la profesión de enfermería, a través de la creación de los códigos, en el Catálogo de Puestos Sectoriales de la Secretaría de Salud, de Enfermera General “C” y “D” para el personal con formación académica de licenciatura, y el código de Enfermera Especialista “C” y “D, para quienes poseen estudios de posgrado (Secretaría de Salud, [SS], 2006), ha sido un parteaguas que debe ser reconocido, como el origen para que en la mayoría de las instituciones de salud también se reconozca salarialmente la condición profesional de enfermería.

Referencias

- Cámara de Diputados. (25 de noviembre de 2004). Dictámenes de la comisión de salud, con proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 225 y 376 Bis de la Ley General de Salud. *Gaceta Parlamentaria*, 1634-II. Recuperado de: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/59/2004/nov/20041125-II.html>
- Comisión Permanente de Enfermería (2010). *Efemérides de Enfermería, 1810-2010*. Secretaría de Salud-Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud-Dirección General de Calidad y Educación en Salud-Dirección de Enfermería. México. Recuperado de: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/efemerides_enfermeria.pdf
- Jiménez J. (2001). Plan Rector de Enfermería. *Revista de Enfermería IMSS*, 9(2), 105-111. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/782/741
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1994). Reestructuración del Sistema Nacional de Enfermería, primer taller, 1994 [Archivo de video]. Recuperado de: <https://youtu.be/Tspm4BtA920>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2005). In memoriam. Maestra Graciela Arroyo de Cordero (1934-2005). *Rev Enferm IMSS*, 13(3), 132. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2005/eim053h.pdf>
- Diario Oficial de la Federación. (2004). Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. Resolución del H. Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos que fija los salarios mínimos generales y profesionales vigentes a partir del 1 de enero de 2005. http://www.conasami.gob.mx/pdf/resoluciones/RESOL_HCR_DOF_22122004.pdf.
- Jiménez J. (2001). Plan rector de Enfermería. *Rev Enferm IMSS*, 9(2), 105-111. Recuperado de: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/782
- Diario Oficial de la Federación (2007). Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería. DOF: 25/01/2007. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4960272&fecha=25/01/2007
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). (2017). Percepción sobre las profesiones más respetables en México /b. Consulta Nacional de Percepción en Ciencia y la Tecnología (ENPECYT) 2017. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/temas/pecyt/>
- Secretaría de Salud. (2006). Catálogo Sectorial de Puestos Rama Médica, Paramédica y Afin. Subsecretaría de Administración y Finanzas-Dirección General de Recursos Humanos, p. 00003. Recuperado de: http://www.ssn.gob.mx/evaluacion_desempeno_FASSA2014/23.%20Listado%20de%20Normatividad%20Aplicable/Catalogo%20Sectorial%20de%20Puestos.pdf