



REPEJ

REVISTA PERUANA DE
INVESTIGACIÓN EN
SALUD

PERUVIAN JOURNAL OF HEALTH RESEARCH

Volumen 03 – Número 04

OCTUBRE - DICIEMBRE 2019

Verónica Cajas Bravo

Directora

Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Bernardo Cristobal Dámaso Mata

Editor General

Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Franz Kovy Arteaga Livias

Co-editor

Universidad Nacional Hermilio Valdizán

COMITÉ EDITORIAL

NACIONAL

Eduardo Ticona Chavez

Hospital Nacional Dos de Mayo

Cesar Loza Munarriz

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Juan Jaime Herrera Matta

Hospital Nacional de Policía "Luis N. Saenz"

Verónica Cajas Bravo

Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Perú

INTERNACIONAL

Herney Andrés García Perdomo

Universidad Del Valle. Cali, Colombia

Andres Guillermo Benchetrit

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco Javier Muñiz.
Buenos Aires, Argentina

Talita De Menezes Pereira

Centro Universitario Ingá – Uningá. Maringá, Brasil

Kiran Zahra

Soonchunhyang Institute of Medi-Bio Sciences. South Korea

COMITÉ PERMANENTE DE REVISORES

Erwin J. Bauer Ormaechea

Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Juan Carlos Nájera Gómez

Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Miguel Ángel Paco Fernández

Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Henry Lowell Allpas Gómez

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Luis Fernando Donaires Toscano

Instituto Nacional de Salud

José López Revilla

Instituto Nacional del Niño – San Borja

Yuri Vladimir García Cortez

Hospital Nacional Dos De Mayo

Cristhian Resurrección Delgado

Hospital Nacional Dos de Mayo

Victor Manuel Cucho Davila

Hospital Nacional Dos de Mayo

Frank Quispe Pari

Universidad Nacional del Centro del Perú

Raul Montalvo Otivo

Hospital Regional Daniel Alcides Carrión

Diana Portillo Alvarez

Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas

Marita Astocondor Salazar

Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Raúl Salazar Honores

Hospital Nacional Guillermo Almenara

Vicky Jeannine Panduro Correa

Hospital Regional Hermilio Valdizán

Calos Alberto Coral Gonzales

Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar Garcia

David Alcantara Asencios

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

César Ticona Huaroto

Hospital Nacional Dos de Mayo

José Martin Díaz Pérez

Hospital I Essalud Huariaca

Jorge Luis Mendoza Salinas

Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Alan Rolando Gutierrez Núñez

Hospital de Apoyo II-2 Sullana

Dumer G. Rubio Grados

Editor de estilo

Joel Tucto Berrios

Editor estadístico

Vicky Jeannine Panduro Correa

Asistente editorial

Carlos Leopoldo Bao Condor

Asistente técnico y diseño

Volumen 03 – Número 04

OCTUBRE - DICIEMBRE 2019

La Revista Peruana de Investigación en Salud (REPIS) es el órgano oficial de expresión de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

La REPIS es publicada de manera semestral, se encuentra arbitrada por pares, y tiene como objetivo primordial difundir trabajos originales realizados en el ámbito nacional y mundial, que contribuyan al conocimiento en ciencias de la salud y especialidades médicas, con énfasis en salud pública.

La REPIS publica investigaciones originales preferentemente en idioma español, sin embargo, acepta contribuciones en inglés y portugués, siempre y cuando sea el idioma materno de los autores, o el investigador principal.

Contacto: repisunheval@gmail.com



Tabla de Contenidos

EDITORIAL

El cáncer de próstata y su tamizaje en el Perú

Juan C.A. Astigueta Pérez

Página 147

ARTÍCULOS ORIGINALES

Factores asociados al consumo de frutas y verduras en alumnos de medicina de una universidad peruana

Alan Huamancayo-Espíritu, Luis Perez-Cárdenas

Página 151

Percepción del tamizaje de cáncer de próstata en Huánuco, Perú. 2018

Lizeth Chamorro-Jimenez, Cinthia Lanazca-DelaCruz, Luis Figueroa-Gamarra

Página 158

Factores asociados a rosácea en estudiantes de una universidad peruana, 2018

Agustina Celis-Martel, Isabel M. Sandoval-Flores, Patricia K. Paucar-Lescano

Página 167

Adherencia terapéutica en adultos con diabetes tipo 2 en un programa de enfermedades crónicas. Huánuco 2017

Giannina Acuña-Carbajal, Carlos A. Huamancayo-Inga, German Guisasola

Página 174

Depresión en adolescentes asociados a migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco 2018

Clariza Calero, Katyria L. Palomino-Vásquez, Luis Moro

Página 180

IMÁGENES EN MEDICINA

Dermatitis alérgica de contacto periumbilical

Andrei Kochubei-Hurtado

Página 188

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Puente Calicanto - Huánuco



<https://doi.org/10.35839/repis.3.4.503>

El cáncer de próstata y su tamizaje en el Perú

Prostate cancer and its screening in Perú

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, según GLOBOCAN, plataforma web interactiva desarrollada por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), el número de casos nuevos para el 2018, en ambos sexos para todas las edades, supero los dieciocho millones y de estos el cuarto en frecuencia fue el de próstata luego de pulmón, mama y colon-recto. Si evaluamos la mortalidad, el cáncer de próstata (CaP) fue causa de 359 mil defunciones de un total de 9.5 millones durante el 2018. De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de incidencia de CaP son más altas generalmente en países industrializados, sin embargo la mortalidad no guarda proporcionalidad y es mayor en los países menos desarrollados. En algunos países de África es catastrófico, observándose que por cada 3 casos nuevos 2 fallecen, esta relación de 1.5 entre incidencia y mortalidad, en otras regiones como Europa occidental o Norteamérica es de 7.5 y 9.5 respectivamente.(1)

En nuestro país el 2018, el CaP fue la neoplasia maligna con mayor incidencia y mortalidad, con tasas de 47.8 y 15.6 por 100000 habitantes respectivamente (GLOBOCAN); esta información se refleja en el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 2010-2012 con una incidencia de 48.6 y una mortalidad de 15.7, ocupando el segundo lugar en frecuencia después del cáncer de mama. Actualmente en nuestro país existen Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) en Lima, Arequipa y Trujillo que asociados a contribuciones regionales cubren sólo el 36% de la población; la información obtenida es trascendental para entender el comportamiento del cáncer en nuestro medio y así poder plantear políticas de salud adecuadas a nuestra realidad y evaluar su impacto en beneficio de los pacientes con cáncer.(2,3)

El estadio clínico (EC) del CaP al diagnóstico es variable de acuerdo a la distribución geográfica, en países como EEUU y los de Europa occidental más del 80% se detecta en EC I y II (enfermedad órgano confinada) a diferencia de países en vías de desarrollo donde el número de casos nuevos en estadios localmente avanzados (III) y metastásicos (IV) es superior al 50%. En nuestro país de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), entre el 2001 y 2005, el 22% fueron estadio I-II, el 34% estadio III y el 44% metastásicos. Datos recientes del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), muestran que del 2012 al 2014 los EC III y IV representaron más del 80% de casos nuevos y del 2015 al 2017 entre el 70 y 60%.(4,5)

En resumen sobre CaP, podemos decir que cuando comparamos países como el nuestro con otros desarrollados, observamos gran diferencia en incidencia, mortalidad y EC al diagnóstico, además de acceso a la salud y políticas de detección.

Actualmente, existen diferentes Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolos de manejo para CaP, en general con flujos de manejo y recomendaciones similares, la mayoría elaboradas en países desarrollados donde la realidad como se desprende de párrafos anteriores es diferente a la nuestra. Las Guías en oncología se actualizan frecuentemente (semestral o anual) y son accesibles a los profesionales de la salud, por lo tanto teóricamente contamos con el conocimiento y soporte para tomar decisiones adecuadas de manejo; sin embargo por todo lo referido, existe controversia si adoptar o adaptar dichos documentos.(6)

Dentro de las políticas de salud, idealmente se deben tomar las medidas para evitar se presente la enfermedad y si no es posible evitarla, detectarla tempranamente. El "screening" es definido como una estrategia aplicada para detectar una enfermedad en poblaciones sanas y asintomáticas con el objetivo de mejorar los resultados generales de salud mediante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en una etapa inicial. A pesar de la percepción que el diagnóstico temprano es beneficioso, también tiene el potencial de causar daño, considerando el sobrediagnóstico y sobretratamiento. Desde el punto de vista médico se aceptan como sinónimos las palabras cribado, despistaje, detección sistemática y tamizaje, pese a que esta última no existe en el Diccionario de la Real Academia Española. Así mismo, el significado de estos sinónimos no se limita estrictamente a poblaciones sanas y asintomáticas.(5)

En CaP las herramientas de tamizaje históricamente utilizadas son el examen digito rectal (EDR) y la medición del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en ingles). El resultado del EDR es dependiente de la pericia del evaluador, estimándose una sensibilidad entre 53 y 59%, una especificidad de 83 a 94%, un valor predictivo positivo de 18 a 28% y un 15% de falsos positivos. Diversas publicaciones sobre la utilidad del EDR como instrumento de tamizaje concluyen que no existe suficiente evidencia que respalde su eficacia en el contexto del PSA “normal”, detectando solo 2% mas de hombres con CaP clínicamente significativo. La detección de CaP con el análisis de sangre de PSA fue una vez generalizado en los Estados Unidos, pero ahora es controvertido. Los antecedentes de uso del PSA datan de la década de 1980, cuando era utilizado en el seguimiento de pacientes con CaP, posteriormente, en 1994 la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos aprobó el uso del PSA junto con el EDR como métodos de “screening” para CaP. Durante la era del PSA, fuerte evidencia concluyó que la detección temprana reducía las tasas de avance enfermedad en 75% y mortalidad en más del 40%.(4-6)

Posteriormente, ensayos aleatorizados, como el PLCO (Prostate, Lung, Colon and Ovary) y el ERSPC (European Randomized study of Screening for Prostate Cancer), enfatizaron en sus resultados el potencial sobrediagnóstico y sobretratamiento de CaP cuando se detectaban tempranamente de forma masiva. En base a dicha información, el 2008, la USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) recomendó no realizar detección en hombres mayores de 75 años y el 2012 extiende la indicación para todas las edades. Otras publicaciones posteriores discuten el efecto dichas recomendaciones que se manifestaron en disminución de tasas de detección con PSA, de biopsia de próstata y de incidencia de CaP, con un cambio hacia tumores de mayor grado y estadio a la detección. Finalmente, refieren la preocupación por volver a la era anterior al PSA, cuando los hombres presentaban una enfermedad localmente avanzada y/o metastásica. Desde la revisión del 2018, la recomendación ha cambiado en el grupo de 55 a 69 años y reconoce que la decisión de someterse a un examen del PSA como prueba de tamizaje implica valorar los beneficios de reducir la frecuencia de CaP metastásico y la prevención de la mortalidad contra los perjuicios potenciales conocidos asociados con el tamizaje y el tratamiento. Actualmente, la Asociación Americana de Urología, para este grupo etario, indica que la decisión de someterse a un tamizaje debe ser individualizada después de informarse sobre riesgos y beneficios.(4,6)

Se han desarrollado otros métodos laboratoriales como el estudio de derivados e isoformas del PSA, marcadores y biomarcadores urinarios para realizar detección temprana con el objetivo de reducir la mortalidad por CaP, sin embargo a la fecha la evidencia aun es limitada. También los estudios de imágenes han sido considerados para mejorar la detección y caracterización de los CaP; la Resonancia Magnética multiparamétrica (RMmp) ha demostrado tener alta sensibilidad y moderada especificidad en la detección de lesiones clínicamente significativas, con valores de correlación mayores al 70% en categorías 4 y 5 del “Prostate Imaging-Reporting and Data System versión 2” (PI-RADS v2). La dificultad para la aplicabilidad de la RMmp como instrumento de detección es el soporte tecnológico, el tiempo de proceso, el alto costo y finalmente la interpretación por radiólogos capacitados. Es así que actualmente su utilidad está dirigida a una población de hombres que ya están identificados como de alto riesgo debido a un PSA elevado; futuros trabajos demostraran si la resonancia magnética puede ser rápida, más precisa y potencialmente menos costosa.(4,5)

En el Perú, en noviembre del 2012, se puso en marcha el Plan Nacional de Cáncer o “Plan Esperanza” (D.S. N° 009-2012-SA), el mismo que actualmente se encuentra vigente. Tiene como instrumento de gestión al Programa Presupuestal 0024 denominado “Prevención y Control del Cáncer”, al cual acceden al menos el 70% de toda la población. Así mismo, se han desarrollado planes estratégicos para las patologías oncológicas priorizadas, dentro de ellas el CaP. Este año la Dirección de Prevención y Control del Cáncer, presentó el Anexo 02 del Programa presupuestal de prevención y control de cáncer para el año 2020, en el mismo, considera intervenciones en cánceres de alta prevalencia contempla al CaP susceptible de ser tamizado y se plantea realizar esta actividad en hombres entre 50 y 70 años a través de una evaluación médica anual con EDR en el primer nivel, e indica que cuando se encuentren anomalías será referido para consulta con el urólogo al segundo o tercer nivel donde se realizara el estudio de PSA en tanto se implemente en el primer nivel de atención. De no encontrarse hallazgos, se realizara el EDR cada dos años.(5)

Como país debemos reconocer algunas condiciones particulares que podemos enfocarlas como fortalezas en el diagnóstico y manejo del CaP:

1. La consolidación de una red nacional de RCBP nos permitirá tener datos reales de la incidencia y mortalidad de CaP. Estos datos serán de utilidad para plantear nuevas políticas sobre el control de la enfermedad en diversas áreas como son investigación epidemiológica, prevención primaria y secundaria, planificación sanitaria y atención al paciente entre otras.
2. El fortalecimiento y creación de centros especializados regionales (IREN Norte, Sur, Centro y Oriente), de unidades oncológicas y preventorios, con personal altamente capacitado, permitirá plasmar el proceso de descentralización del diagnóstico y manejo del cáncer.
3. Las políticas nacionales como la existencia del Programa presupuestal de prevención y control de cáncer para el año 2020 que plantea la implementación de un programa de Tamizaje de CaP. Es evidente que se incrementara la incidencia de EC III y IV, pero el reto es aumentar el diagnóstico de los estadios localizados con cáncer clínicamente significativo y tratarlos oportunamente, en especial el gran segmento de población que por su condición socioeconómica, no pueden acceder a los sistemas de salud. La ventaja de este tipo de programas poblacionales es que garantizan el principio de equidad y disminuyen las diferencias sociales de acceso a la salud, sin embargo sus resultados aún son controversiales.

Actualmente en CaP estamos en camino de definir estrategias apropiadas de diagnóstico y manejo según nuestra realidad, empezando por precisar si debemos realizar tamizaje, y de ser la respuesta afirmativa, preguntarnos la edad de inicio y término, las herramientas para el mismo y el intervalo. También debe quedar claro que la no realización elimina los riesgos pero también los beneficios; y que cuando lo utilizaron en otros países uno de los resultados fue la disminución de la mortalidad por CaP con una evidente reducción en el EC al diagnóstico. Entonces, en un país como el nuestro con un perfil epidemiológico de nación en vías de desarrollo, las recomendaciones de GPC de países desarrollados no necesariamente son aplicables a nuestra realidad y un programa de tamizaje con las herramientas correctas podría ser beneficioso.

Juan Carlos Arturo Astigueta Pérez

Urólogo Oncólogo del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte
Docente de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo - Perú
Médico Investigador Concytec

Referencias Bibliográficas

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R, Torre L, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018; 68(6): 394-424.
2. Payet E, Pérez P, Poquioma E, Díaz E. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010-2012. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016. 186 p. vol.5
3. Luna-Abanto J, Payet E. Importancia y estado actual de los registros de cáncer de base poblacional en Perú. *Rev Med Hered.* 2019; 30:131-3.
4. Ministerio de salud. Prevención y control del cáncer. Programa presupuestal 0024. [Internet]. Perú 2019. [actualizado 29 Set 2019]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_6.pdf
5. American Urological Association. Early Detection of Prostate Cancer (2018). U.S.A. [actualizado 30 Set 2019]. Disponible en: <https://www.auanet.org/guidelines/prostate-cancer-early-detection-guideline>.
6. Pow-Sang M, Huamán M. Retos para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2013; 30(1):124-8.

Correspondencia a: jastigueta1@upao.edu.pe

Factores asociados al consumo de frutas y verduras en alumnos de medicina de una universidad peruana

Factors associated with consumption of fruits and vegetables in medicine students of a peruvian university

Alan Huamancayo-Espíritu^{1,a,*}, Luis Perez-Cárdenas^{1,a}

Abstract

Aim: To determine the prevalence and factors associated with the low consumption of fruits and vegetables in students of the professional career of human medicine of the Universidad Nacional Hermilio Valdizán (UNHEVAL).
Material and methods: Cross-sectional study. The population was constituted by 371 students of the professional career of Human Medicine who were enrolled and taking courses in July 2018. It was applied a self-administered questionnaire which allowed to obtain information about the consumption of fruits and vegetables. From the collected data it was obtained the prevalence and factors associated with low consumption of fruits and vegetables.
Results: The prevalence of low consumption of fruits and vegetables was 60.1% (IC95%: 55.0% -65.2%). The main reasons for not consuming fruits and vegetables were that it is rare to get them in the cafeterias of the university (78.71%), insufficient time for their selection, purchase and preparation (73.58%) and living with one of the parents who were in charge for their feeding. (55.26%). The multivariate analysis found that the only factor associated with low consumption of fruits and vegetables was the insufficient time for selection, purchase and preparation; whereas, living with one of the parents constituted a factor protector.
Conclusion: There is a high prevalence of low consumption of fruits and vegetables in students of the professional career of human medicine of the UNHEVAL. The insufficient time for the selection, purchase and preparation of fruits and vegetables is an associated factor and living with one of the parents constitutes a protector factor.

Keywords: diet, fruits, vegetables, students of medicine, Perú.

Resumen

Objetivo: determinar la prevalencia y factores asociados al bajo consumo de frutas y verduras en alumnos de la carrera profesional de medicina humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (UNHEVAL).
Material y métodos: estudio transversal. La población estuvo constituida por los 371 de alumnos de la carrera profesional de Medicina Humana que se encontraban matriculados y cursando estudios en julio de 2018. Se aplicó de un cuestionario autoadministrado el cual permitió obtener información del consumo de frutas y verduras. A partir de los datos recolectados obtuvo la prevalencia y factores asociados al bajo consumo de frutas y verduras.
Resultados: la prevalencia de bajo consumo de frutas y verduras fue de 60,1% (IC95%: 55,0%-65,2%). Las principales razones para no consumir frutas y verduras fueron el considerar que es poco frecuente conseguir las en las cafeterías de la universidad (78,71%), el tiempo insuficiente para su selección, compra y preparación (73,58%) y el vivir con alguno de los padres que se encargaban de su alimentación (55,26%). El análisis multivariado encontró que el único factor asociado al bajo consumo de frutas y verduras fue el tiempo insuficiente para la selección, compra y preparación; mientras que, vivir con alguno de los padres constituyó factor protector.
Conclusión: existe una alta prevalencia de bajo consumo de frutas y verduras en alumnos de la carrera profesional de medicina humana de la UNHEVAL. El tiempo insuficiente para la selección, compra y preparación de frutas y verduras constituye factor asociado y vivir con alguno de los padres constituye factor protector.

Palabras clave: dieta, frutas, verduras, estudiantes de medicina, Perú.

¹Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco, Perú.

^aSociedad Científica de Estudiantes de Medicina. Sociem-Hco

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-3419-411X>

Correspondencia a:

Alan Huamancayo Espíritu
Dirección Postal: Jr. Hermilio Valdizán
670, Huánuco, Perú.

Email: alan.smill7@gmail.com

Fecha de recepción: 21 de febrero de 2019

Fecha de aprobación: 16 de julio de 2019

Citar como: Huamancayo A, Perez L. Factores asociados al consumo de frutas y verduras en alumnos de medicina de una universidad peruana. Rev Peru Investig Salud [Internet]; 3(4); 151-157

Fuente de financiamiento:

Dirección de investigación de la Universidad Hermilio Valdizán de Huánuco. Mediante la resolución N°035-2018-UNHEVAL-VRI

2616-6097/©2018. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.



Introducción

Las frutas y las verduras son componentes esenciales de una dieta saludable, garantizan un consumo suficiente de la mayoría de los micronutrientes, de fibra dietética y de una serie de sustancias no nutrientes esenciales, son ricas en vitaminas, minerales (potasio, magnesio, hierro, calcio) y azúcares (glucosa, sacarosa, principalmente la fructosa), y son componentes que dan valor calórico. Asimismo, el aumento del consumo de frutas y verduras puede ayudar a desplazar los alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares o sal (1-3). Al mismo tiempo en las frutas se encuentran compuestos como antioxidantes que atribuyen un efecto protector ante la edad y un rol de prevención para diversas enfermedades no transmisibles (4-7).

Se estima que la ingesta insuficiente de frutas y verduras causa en todo el mundo aproximadamente un 19% de los cánceres gastrointestinales, un 31% de las cardiopatías isquémicas y un 11% de los accidentes vasculares cerebrales. Aproximadamente un 85% de la carga mundial de morbilidad atribuible al escaso consumo de frutas y verduras se debe a las enfermedades cardiovasculares, y un 15% al cáncer. De este modo, cada año podrían salvarse hasta 1,7 millones de vidas si hubiera un consumo mundial suficiente de frutas y verduras (1).

Existe evidencia científica convincente de que quienes consumen al menos 400 g de frutas y verduras al día tienen menor riesgo de presentar Enfermedades No Transmisibles (ENT). Debido a su rol en la prevención de las ENT, la OMS y la FAO presentaron en 2003 la

estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, que incluye la iniciativa de aumentar la producción y el consumo de frutas y verduras (6). Una de las recomendaciones de dicha iniciativa es el consumo de por lo menos cinco porciones diarias de estos alimentos, estrategia conocida como “cinco frutas y verduras al día” (1,8).

Los hábitos alimentarios de estudiantes universitarios, así como su estilo de vida, generalmente se ven modificados por aspectos de tipo social, económico, político, cultural y psicológico a los que se ven enfrentados los cuales pueden afectar su estado nutricional y a su vez repercutir en su rendimiento académico (9).

Los estudiantes permanecen varios años de su vida en la universidad y las instituciones de educación superior como formadoras de sujetos integrales, juegan un papel importante en el establecimiento de conocimientos, conductas y actitudes que promuevan el desarrollo de cada individuo lo cual es más importante aún en estudiantes de ciencias de la salud ya que estos a su vez tendrán un rol importante en la educación de la población y de la promoción de estilos de vida saludable (6,10,11).

La presente investigación tiene como objetivo general determinar la prevalencia y factores asociados al bajo consumo de frutas y verduras en alumnos del primer y sexto año de la carrera profesional de medicina humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (UNHVAL) durante julio de 2018.

Material y métodos

Estudio descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por la totalidad de alumnos del primer al sexto año de estudios de la carrera profesional de Medicina Humana de la UNHVAL que se encontraban matriculados y cursando estudios en julio de 2018, se excluyó a aquellos que habían reservado matrícula, se habían retirado o que no aceptaron participar voluntariamente del estudio. No se realizó muestreo, se trabajó con la totalidad de la población de alumnos de la carrera profesional de Medicina humana que cumplieron con los criterios de selección por ser esta pequeña y accesible (376 alumnos).

La recolección de datos estuvo basada en la

aplicación de un cuestionario autoadministrado a los alumnos el cual permitió obtener información de variables sociodemográficas, del consumo de frutas y verduras y de posibles factores asociados al consumo de estas.

El cuestionario fue aplicado al término de una clase programada previa coordinación con los delegados del año de estudios y del curso verificándose el correcto llenado de los ítems del previo a su recepción. Se programó una segunda fecha para la aplicación del instrumento orientada a captar a los alumnos que no se encontrasen presentes en la primera aplicación del cuestionario. El cuestionario fue validado mediante apreciación de juicio de expertos obteniéndose el índice de acuerdo y sometido a una prueba piloto para verificar el comportamiento del instrumento en campo así como la comprensibilidad de los ítems por los alumnos.

El procesamiento de los datos fue realizado con el programa estadístico SPSS versión 23.0 para Windows. Se realizó estadística descriptiva basada en la obtención de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (Media, mediana) y de dispersión (Desviación estándar). Para la estadística multivariada se empleó un modelo de regresión logística binaria obteniéndose la razón de posibilidades u odds ratio ajustado (ORAJ). Los cálculos fueron realizados con un nivel de confianza del 95%.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Dirección de Investigación Universitaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida y se respetó los principios éticos de acuerdo a lo estipulado en la Declaración de Helsinki.

Resultados

De un total de 373 alumnos que aceptaron participar de la investigación, dos alumnos que cursaban el tercer año de estudios no llenaron el cuestionario por lo que quedaron disponibles para el análisis 371 alumnos. De los 371 alumnos participantes de la investigación, el 52,3% eran mujeres y el 47,7% eran varones; asimismo, la mayor frecuencia de alumnos se encontraba cursando el tercer año de estudios (29,0%). La edad promedio fue de $23,8 \pm 4,3$ años

(Mediana 24 años) la cual varió entre los 16 y los 46 años de edad. Las características

generales de los alumnos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1: Características generales y Prevalencia de bajo consumo de frutas y verduras según año de estudios de los alumnos de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. 2018.

| Característica / Variable | Frecuencia | Porcentaje | Prevalencia (%) | Intervalo de confianza |
|---------------------------|------------|------------|-----------------|------------------------|
| Edad | | | | |
| 15-19 años | 66 | 17,8 | | |
| 20-24 años | 160 | 43,1 | | |
| 25-29 años | 114 | 30,7 | | |
| 30-34 años | 27 | 7,3 | | |
| 35-39 años | 2 | 0,5 | | |
| 40-44 años | 1 | 0,3 | | |
| 45-49 años | 1 | 0,3 | | |
| Sexo | | | | |
| Femenino | 195 | 52,3 | | |
| Masculino | 178 | 47,7 | | |
| Año de estudios | | | | |
| Primer año | 60 | 16,1 | 46,7 | 33,210 – 60,123 |
| Segundo año | 92 | 24,7 | 63,0 | 52,637 – 73,450 |
| Tercer año | 108 | 29,0 | 66,7 | 57,313 – 76,020 |
| Cuarto año | 45 | 12,1 | 62,2 | 46,946 – 77,499 |
| Quinto año | 33 | 8,8 | 57,6 | 39,198 – 75,973 |
| Sexto año | 35 | 9,4 | 51,4 | 33,442 – 69,415 |
| Primero al sexto | | | 60,1 | 54,990 – 65,225 |

Las principales razones para no consumir frutas y verduras por parte de los alumnos fueron el considerar que es poco frecuente conseguirlas en los cafetines de la universidad (78,71%), Tiempo insuficiente para su selección, compra y preparación (73,58%) y el vivir con alguno de los padres que se encargan de su alimentación (55,26%). Esto se muestra en la tabla 2.

Se realizó análisis bivariado con la prueba Chi cuadrado de Pearson encontrándose que el tiempo insuficiente para la selección, compra y preparación de frutas y verduras así como el vivir con alguno de los padres se asociaron significativamente con el bajo consumo de frutas y verduras. La edad menor o igual de 20 años, el sexo, el considerar que el precio de las frutas y verduras es alto, el estudiar en los primeros tres años de la carrera profesional, el

considerar que es poco frecuente conseguir frutas y/o verduras en los cafetines de la universidad y la exposición a mensajes en medios de comunicación que recomiendan consumir frutas y verduras no se asociaron significativamente con el bajo consumo de frutas y verduras. Esto se muestra en la tabla 3.

Las variables que obtuvieron un valor $p \leq 0,10$ fueron ingresadas en un modelo de regresión logística para el análisis multivariado encontrándose que el único factor asociado para el bajo consumo de frutas y verduras fue el tiempo insuficiente para la selección, compra y preparación de frutas y verduras; mientras que, vivir con alguno de los padres que se encargan de la alimentación del alumno constituyó factor protector para el bajo consumo de frutas y verduras (Ver tabla 4).

Tabla 2: Razones para el no consumo de frutas y verduras por los alumnos de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. 2018.

| Característica / Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Considera que es poco frecuente conseguir frutas y/o verduras en los cafetines de la universidad | 292 | 78,3 |
| Tiempo insuficiente para la selección, compra y preparación de frutas y verduras | 273 | 73,2 |
| Vivir con alguno de los padres que se encargan de la alimentación del alumno | 205 | 55,0 |
| Exposición a mensajes en medios de comunicación que recomiendan consumir frutas y verduras | 181 | 48,5 |
| Considera que el precio de las frutas y verduras es alto lo que condiciona que no las consuma | 160 | 42,9 |

Tabla 3: Análisis inferencial bivariado con la prueba Chi cuadrado de posibles factores de riesgo para bajo consumo de frutas y verduras en alumnos de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán. 2018.

| Características | BAJO CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS | | VALOR p | RP | IC 95% | |
|--|-----------------------------------|-----------------------|---------|-------|----------|----------|
| | Menos de cinco porciones | Cinco o más porciones | | | Inferior | Superior |
| | Número % | Número % | | | | |
| Considera que el precio de las frutas y verduras es alto lo que condiciona que no las consuma | | | 0,075 | 1,467 | 0,961 | 2,239 |
| SI | 104 (65,0%) | 56 (35,0%) | | | | |
| NO | 119 (55,9%) | 94 (44,1%) | | | | |
| Considera que es poco frecuente conseguir frutas y/o verduras en los cafetines de la universidad | | | 0,715 | 1,098 | 0,666 | 1,809 |
| SI | 176 (60,3%) | 116 (39,7%) | | | | |
| NO | 47 (58,0%) | 34 (42,0%) | | | | |
| Tiempo insuficiente para la selección, compra y preparación de frutas y verduras | | | 0,036 | 1,636 | 1,030 | 2,599 |
| SI | 172 (63,0%) | 101 (37,0%) | | | | |
| NO | 51 (51,0%) | 49 (49,0%) | | | | |
| Exposición a mensajes en medios de comunicación que recomiendan consumir frutas y verduras | | | 0,640 | 0,906 | 0,599 | 1,371 |
| SI | 106 (58,6%) | 75 (41,4%) | | | | |
| NO | 117 (60,9%) | 75 (39,1%) | | | | |
| Vivir con alguno de los padres que se encargan de la alimentación del alumno | | | 0,042 | 0,648 | 0,425 | 0,986 |
| SI | 113 (55,1%) | 92 (44,9%) | | | | |
| NO | 110 (65,5%) | 58 (34,5%) | | | | |
| Edad | | | 0,159 | 0,707 | 0,437 | 1,146 |
| menor o igual de 20 años | 47 (53,4%) | 41 (46,6%) | | | | |
| mayor de 20 años | 175 (61,8%) | 108 (38,2%) | | | | |
| cursar los primero años de estudio | | | 0,557 | 1,144 | 0,731 | 1,791 |
| SI | 158 (60,8%) | 102 (39,2%) | | | | |
| NO | 65 (57,5%) | 48 (42,5%) | | | | |

Tabla 4: Análisis multivariado de posibles factores asociados al bajo consumo de frutas y verduras en alumnos de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.2018.

| VARIABLE | VALOR p | OR | INTERVALO DE CONFIANZA 95% |
|---|---------|-------|----------------------------|
| Considera que el precio de las frutas y verduras es alto lo que condiciona que no las consuma | 0,221 | 1,3 | 0,848 – 2,044 |
| Tiempo insuficiente para la selección, compra y preparación de frutas y verduras | 0,038 | 1,6 | 1,027 – 2,604 |
| Vivir con alguno de sus padres que se encargan de la alimentación del alumno | 0,044 | 0,648 | 0,424 – 0,987 |

Discusión

Diversos estudios muestran que las características de la educación universitaria podrían forzar a los estudiantes a cambios en su alimentación y estilos de vida que podrían tener repercusiones en el riesgo hacia ciertas enfermedades, particularmente las enfermedades no transmisibles. En muchos casos, la exigencia y competitividad, particularmente en la carrera universitaria de medicina humana, pueden llevar a que los hábitos alimentarios se alejen de lo recomendado por las guías nutricionales actuales (9-12).

La presente investigación muestra que una alta frecuencia de alumnos de la carrera profesional de Medicina Humana de la UNHEVAL tiene un bajo consumo de frutas y verduras; asimismo, muestra que el único factor asociado al bajo consumo de estas fue el tiempo insuficiente para la selección, compra y preparación de frutas y verduras; mientras que, vivir con alguno de los padres del alumno constituye un factor protector debido a que son ellos los que se encargan de la alimentación del alumno.

En relación a la prevalencia del bajo consumo de frutas y verduras, se observó que de forma global, seis de cada diez alumnos presentaba dicho factor de riesgo (60,1%); sin embargo, la prevalencia encontrada es notablemente inferior a la reportada por el Instituto Nacional de Estadística e informática (13) en la

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2017) para población general peruana de quince a más años donde el bajo consumo de fruta y verduras alcanzó el 89,1%. Esto indica que es posible que los contenidos curriculares de la carrera médica tengan un efecto positivo en el consumo en una fracción de los alumnos, particularmente los contenidos orientados a la nutrición y a la prevención de las enfermedades no transmisibles. Contrariamente a lo esperado, no se observó una tendencia en el consumo según años de estudio.

Al evaluarse los factores asociados al bajo consumo de frutas y verduras en los alumnos de la carrera profesional de Medicina Humana el análisis multivariado identificó como único factor al tiempo insuficiente para la selección, compra y preparación de frutas y verduras, lo cual ha sido vinculado en otras publicaciones a la carga académica de la carrera, representada por las horas de clase y las horas de estudio (14-17). Esto coincide con lo encontrado por Olivares¹⁵ en un estudio realizado en estudiantes de la Universidad de Chile quienes identifican como la segunda principal barrera para un consumo adecuado de frutas y verduras al no tener tiempo. A diferencia de los alumnos de la universidad de Chile, la falta de tiempo para la selección, compra y preparación de frutas y verduras en los alumnos de Universidad Nacional Hermilio Valdizán fue notablemente mayor (63,0% versus 33,4%) lo cual podría explicarse por la alta exigencia de la carrera médica en comparación con las otras carreras que

compusieron la muestra del estudio de Olivares que incluía carreras de salud no médicas, así como carreras de ciencias sociales y ciencias exactas.

El único factor protector identificado por la presente investigación fue el hecho de que el alumno viva con alguno de los padres debido a que eran ellos los que se encargaban de su alimentación. Esto se explicaría en lo establecido por algunas publicaciones que consideran que la familia influiría en la forma de alimentarse de los estudiantes, siendo positiva la enseñanza entregada por su núcleo parental, favoreciendo una alimentación saludable al adquirir alimentos con estas características (17-19). Esto coincide con lo reportado por Papadaki y cols (18) quienes encontraron en una muestra de estudiantes universitarios de Grecia que los estudiantes que vivían fuera de casa habían desarrollado hábitos alimenticios más desfavorables que los que vivían en el hogar familiar con alguno de sus padres lo cual indicaba que alejarse del hogar familiar y asumir la responsabilidad de la preparación y compra de alimentos afectaba los hábitos alimenticios de los estudiantes.

El estudio realizado en alumnos de la UNHEVAL ha permitido identificar la magnitud factores asociados al bajo consumo de frutas y verduras en los estudiantes lo cual constituye el primer paso para el diseño de una intervención educativa dirigida de forma específica a los estudiantes que permita la mejora de la alimentación por parte de los estudiantes así como la intervención sobre estilos de vida no saludables. Asimismo, la intervención puede contemplar la promoción de la venta de frutas y verduras por los proveedores de alimentos de la universidad lo que tendría efecto positivo en la prevención de ENT y hábitos de los futuros profesionales de la salud. Si bien es cierto que los resultados obtenidos pueden ser extrapolados desde el punto de vista estadístico sólo a los estudiantes de la facultad de medicina humana de la UNHEVAL, es posible que la realidad de los estudiantes sea similar en otras universidades por lo que los resultados obtenidos podrían contribuir con otras universidades para el diseño de futuras intervenciones preventivas.

Una limitación de la presente investigación es que no abordó las diferencias en el consumo de frutas y verduras según el nivel socioeconómico de los estudiantes a

diferencia de otras investigaciones (20). Sin embargo, es posible que esto no haya afectado significativamente los resultados obtenidos debido a que se contempló dentro de los factores asociados en estudio la percepción del elevado precio de las frutas y verduras por los estudiantes lo que a su vez condicionaría su consumo por parte de los estudiantes lo cual ha sido abordado también en otras investigaciones.

Otra limitación la constituye el número de estudiantes participantes en el estudio. Así, la estimación de la prevalencia según años de estudio se ve afectada por el bajo número de estudiantes en algunos años de estudio lo cual se refleja en los intervalos de confianza de las estimaciones del bajo consumo de frutas y verduras las cuales se amplían por ejemplo en el caso de los alumnos de quinto y sexto año. Esto no ocurre con la estimación global para los alumnos del primer al sexto año donde el número de estudiantes no afecta de forma importante a la estimación de bajo consumo. Debe tomarse en cuenta que la investigación consideró a la totalidad de alumnos matriculados por lo que no hubo pérdida de estudiantes y que estas son las limitaciones de trabajar con grupos pre formados.

En conclusión, la prevalencia de bajo consumo de frutas y verduras en alumnos de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán fue de 60,1%. El tiempo insuficiente para la selección, compra y preparación de frutas y verduras constituye factor asociado al bajo consumo; mientras que, vivir con alguno de los padres constituye factor protector.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: OMS; 2016. Obtenido de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/index1.html>.
2. Miller V, Yusuf S, Chow C. Availability, affordability, and consumption of fruits and vegetables in 18 countries across income levels: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *Lancet Glob Health*, 2016;4(10):e695-e703.
3. Jacoby E, Keller I. La promoción del consumo de frutas y verduras en América latina: buena oportunidad de acción

- intersectorial por una alimentación saludable. *Rev chil Nutr* 2006;33(Supl. 1):226-31.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Can eating fruits and vegetables help people to manage their weight? Atlanta: Research to Practice Series N° 1; 2005. Disponible en: http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/nutrition/pdf/rtp_practitioner_10_07.pdf.
 5. Aune D, Greenwood DC. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ* 2011;343:d6617.
 6. Acosta B. Promoción del consumo de frutas y verduras en grupos representativos de la Parroquia Nanegal, Provincia, Pichincha, Periodo Noviembre Diciembre del 2014. [Internet]. Pontifica de Universidad Católica del Ecuador; 2014.
 7. Correa A. Consumo de frutas y verduras y hortalizas en Adolescentes durante el ciclo secundario de enseñanza. Universidad Abierta Interamericana; 2005.
 8. Byers T, Nestle M, McTiernan A, Doyle, C, Currie-Williams A, Gansler T, et al. American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy choices and physical activity. *CA Cancer. J Clin.* 2002;52:92-119.
 9. Vargas M, Becerra F, Prieta E. Evaluación de la ingesta dietética en estudiantes universitarios. Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2010;12:116-25.
 10. Becerra-Bulla F, Vargas-Zárate M. Estado nutricional y consumo de alimentos de estudiantes universitarios admitidos a nutrición y dietética en la Universidad Nacional de Colombia. *Rev. salud pública.* 2015;17(5):762-75.
 11. Kongsbak IS, Nielsen BK, Ahlmann FK, Schaldemose H, Atkinson L, Wichmann M, et al. Increasing fruit and vegetable intake among male university students in an ad libitum buffet setting: A choice architectural nudge intervention. *Food Quality and Preference*, 2016;9; 183-8.
 12. Zazpe I, Marqués M, Sánchez-Tainta A, Rodríguez-Mourille A, Beunza JJ, Santiago S, et al. Hábitos alimentarios y actitudes hacia el cambio en alumnos y trabajadores universitarios españoles. *Nutr Hosp.* 2013;28(5):1673-1680
 13. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú, Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2017. Lima: INEI, 2018. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecurivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/index.html.
 14. Rosales Ramírez MF. Efectos de la publicidad presente en los medios de comunicación, en la alimentación de jóvenes universitarios. 2017. Tesis Doctoral. Concepción: Universidad Católica de la Santísima Concepción; 2017.
 15. Olivares S, Lera L, Bustos N. Etapas del cambio, beneficios y barreras en actividad física y consumo de frutas y verduras en estudiantes universitarios de Santiago de Chile. *Rev. chil. nutr.* 2008;35(1):25-35.
 16. Lema Soto LF, Salazar Torres IC, Varela Arévalo MT, Tamayo Cardona JA, Rubio Sarria A, Botero Polanco A. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico* 2009;5(12):71-88.
 17. Troncoso C, Amaya JP. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Rev. chil. nutr.* 2009;36(4):1090-7.
 18. Papadaki A, Hondros GA, Scott J, Kapsokefalou M. Eating habits of university students living at, or away from home in Greece. *Appetite* 2007;49(1):169-76.
 19. Ponce PG, Ruiz Esparza CJ, Magaña RM, Arizona AB, Mayagoitia WJ. Obesidad y factores de riesgo en estudiantes del área de la salud de la Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali. *Rev Salud Pública Nutr.* 2011;12(4).
 20. Restrepo LF, Urango LA, Deossa GC. Conocimiento y factores asociados al consumo de frutas por estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev Chil Nutr* 2014;41(3):236-42.

Percepción del tamizaje de cáncer de próstata en Huánuco, Perú. 2018

Perception of screening for prostate cancer in Huánuco, Perú. 2018

Lizeth Chamorro-Jimenez^{1,a,*}, Cinthia Lanazca-DelaCruz^{1,a}, Luis Figueroa-Gamarra^{2,b}

Abstract

Objective: to determine the association between the level of knowledge, attitude, perception and factors demographic with the screening of prostate cancer in users older than 45 years attended in external office of the Urology Service Hospital health II Huánuco during the 2018. **Materials and methods:** observational, analytical, transversal and retrospective study. Simple random sampling was used, obtaining 424 males that met the selection criteria. For the interview was used a questionnaire organized in five parts, data demographic eight questions, screening of prostate cancer four questions with two closed and two open, knowledge fifteen questions with two options, perception fourteen Questions with two options and attitude fourteen multiple choice questions based on the Likert scale. The statistical program used was the SPSS15. **Results:** the mean age was 67.03 years, 70.03% had higher education degree and 60.60% was performed screening. We found statistically significant relationship between knowledge level ($P=0.00$), perception ($P=0.04$) and degree of instruction ($P=0.02$) with screening. No association was found between attitude ($P=0.18$) and screening. Those with a positive perception and high knowledge have 1.84 and 1.38 times the possibility of screening respectively. We worked with a confidence level of 95%. **Conclusions:** The factors associated with the screening of prostate cancer are the level of knowledge, perception and degree of instruction; the attitude is not associated.

Keywords: prostatic neoplasms, straining, digital rectal examination, prostate-specific antigen, attitude.

Resumen

Objetivo: determinar la asociación entre el nivel de conocimiento, actitud, percepción y factores sociodemográficos con el tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años atendidos en consultorio externo del servicio de urología del hospital Essalud II Huánuco durante el 2018. **Materiales y métodos:** estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Se usó muestreo aleatorio simple obteniéndose 424 varones que cumplieron los criterios de selección. Para la entrevista se usó un cuestionario organizado en cinco partes, datos sociodemográficos ocho preguntas, tamizaje de cáncer de próstata cuatro preguntas con dos cerradas y dos abiertas, conocimiento quince preguntas con dos opciones, percepción catorce preguntas con dos opciones y actitud catorce preguntas de opción múltiple basada en la escala de Likert. El programa estadístico usado fue el Spss15. **Resultados:** la media de la edad fue 67,03 años, el 70,03% tuvo grado de instrucción superior y el 60,60% se realizó el tamizaje. Se encontró relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento ($p=0.003$), percepción ($p=0.043$) y el grado de instrucción ($p=0.016$) con el tamizaje. No se encontró asociación entre actitud ($p=0.164$) y tamizaje. Aquellos con una percepción positiva y nivel de conocimiento alto tienen 1.84 y 1.38 veces más posibilidad de realizarse el tamizaje respectivamente. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%. **Conclusiones:** los factores asociados al tamizaje de cáncer de próstata son el nivel de conocimiento, percepción y el grado de instrucción; la actitud no está asociada.

Palabras clave: cáncer de próstata, cribado, tacto rectal, antígeno prostático específico, actitud.

¹Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco, Perú.

²Hospital II EsSalud – Huánuco

*Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina. Sociem-Hco

^bMédico General

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0001-5514-6590>

Correspondencia a:

Cinthia Lanazca DelaCruz

Dirección: Av. Universitaria 660.

Pillcomarca-Huánuco

Email: c.lanazca@yahoo.com

Fecha de recepción: 30 de marzo de 2019

Fecha de aprobación: 20 de setiembre de 2019

Citar como: Chamorro L, Lanazca C. y Figueroa L. Percepción del tamizaje de cáncer de próstata en Huánuco, Perú. 2018. Rev Peru Investig Salud [Internet]. 14oct.2019; 3(4). 158-166

Fuente de financiamiento:

Dirección de investigación de la Universidad Hermilio Valdizán de Huánuco. Mediante la resolución N°035-2018-UNHEVAL-VRI

2616-6097/©2018. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.



Introducción

El cáncer de próstata un problema de salud pública mundial. Tiene un alto impacto en cuanto a frecuencia, mortalidad y costos; ocupó el segundo puesto en tipo de cáncer más diagnosticado y la quinta causa de muerte en hombres por cáncer. Siendo el cáncer visceral más diagnosticado en Estados Unidos y ocupó la segunda causa de muerte en hombres Colombia (1). En Perú durante los años 2000 al 2014 el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) lo reportó como el primer lugar de casos nuevos de cáncer, teniendo un costo aproximado de s/10 300 si es avanzado y s/ 5 357 si es localmente avanzado (2). Regionalmente ocupa el primer lugar de causa de muerte en hombres y la cuarta causa de muerte general (3). Sus cifras aumentarían gradualmente por el fenómeno de transición

demográfica y la mayor esperanza de vida, generando mayor costo y menor calidad de vida (1).

Existen múltiples factores de riesgo para cáncer de próstata. Dentro de los factores más importantes están la edad, antecedentes familiares (familiares de primer y segundo grado con cáncer de próstata), raza (ascendencia africana) y factores genéticos (mutaciones en el gen BRAC-1 y BRAC-2); otros factores poco relacionados son la alimentación, obesidad, tabaquismo, inflamación de próstata, infecciones de transmisión sexual y exposición a sustancias químicas (4). Se ha reportado también que los portadores del Síndrome de Lynch tienen un riesgo 3.2 veces mayor de desarrollar cáncer de próstata (5). Actualmente se busca indagar más sobre los factores de riesgo para mejorar la sobrevivencia de los pacientes con cáncer de próstata (6).

Actualmente se busca mejorar de la sobrevivencia de los pacientes con cáncer de próstata. Los factores que influyen en la sobrevivencia son el grado de extensión tumoral y el momento en el cual se realiza el diagnóstico (6). Una estrategia para el diagnóstico precoz es el tamizaje de cáncer de próstata, en la cual se busca casos individuales asintomáticos; siendo su objetivo reducir la mortalidad, mejorar la calidad de vida de las personas, las posibilidades de curación, supervivencia y tranquilidad al paciente (1,7). Se logra una mejora en la sobrevivencia a través del tamizaje en casos de cáncer localmente avanzados reduciendo sustancialmente su morbilidad y mortalidad (6).

El tamizaje se compone del tacto rectal y antígeno prostático específico (PSA) (1,5). El PSA es una prueba en sangre, se usa como marcador de progresión de enfermedad, pronóstico y discrimina entre cáncer e hiperplasia de próstata, su sensibilidad de 72,1% y especificidad de 93,2% (1,8). El tacto rectal es el examen digital de la próstata a través del recto, es subjetivo, pero es un componente importante (4,8), su sensibilidad 53,2% y especificidad 86,6% (4). Ante el hallazgo de tacto rectal alterado y/o PSA elevado se solicita la biopsia de próstata como examen confirmatorio para el diagnóstico de cáncer. Es necesario ambos exámenes ya que se complementan elevando así su sensibilidad y especificidad (7).

Hay controversia en la realización de tamizaje debido a las ventajas, desventajas y riesgos que se atribuye. Un estudio en Europa con hombres a los que se realizó tamizaje con PSA y seguimiento de 11 años, reportó reducción de la mortalidad por esta patología; sin embargo, otro estudio en Estados Unidos de 7 años, comparó dos grupos con y sin tamizaje de PSA sin encontrarse reducción en la mortalidad, aunque si se incrementó la detección de cáncer de próstata en hombres asintomáticos. En conclusión los que están en contra concluyen que genera sobre-diagnóstico, sobre-tratamiento y complicaciones (7) y los que están a favor del tamizaje afirman que disminuye la mortalidad y reduce metástasis a largo plazo (6). A pesar de diversos debates aún no hay un pronunciamiento unánime de las sociedades de urología (7).

La edad para comenzar el tamizaje varía dependiendo a las sociedades de urología de cada país. Pudiendo ser a partir de los 45 según la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) o 50 años en la Asociación Europea de Urología (EAU), lo más importante es brindar información al paciente y que este decida cuando comenzara a realizarse el tamizaje. Ya que actualmente no hay un consenso para delimitar la edad de inicio (6,7).

El nivel de conocimiento del tamizaje, es cuanto sabe el paciente sobre las pruebas, edad de inicio y frecuencia. Fajardo realizó un estudio en Colombia donde encontró que la ausencia de conocimiento de los hombres dificulta el diagnóstico precoz. Además concluye que el conocimiento está fuertemente influenciado con la información proporcionada por el médico (8).

La actitud es el comportamiento que tiene el paciente frente al tamizaje. Amparo en Chimbote encontró que los varones con una actitud positiva tenían más posibilidades de practicarse algún examen. Concluyendo que la realización del tamizaje se ve influenciado por la actitud que toman los varones frente a los exámenes que forman parte del tamizaje (9).

La percepción es la creencia que tiene un individuo sobre los exámenes de tamizaje. El estudio realizado en Colombia respecto a la percepción sobre los exámenes de tamizaje de cáncer de próstata los varones reconocen beneficios de la realización de las pruebas sin embargo también mencionan limitaciones que impiden la realización de las mismas. Se concluye que la percepción está fuertemente influenciada con la cultural de un lugar. (10)

El objetivo de esta investigación es identificar el conocimiento, la percepción y actitud de los hombres para realizarse el tamizaje de cáncer de próstata; también se busca concientizar sobre la importancia del tamizaje, actuar en los factores que impiden su realización y brindar información del tema.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio observacional, analítico, transversal,

retrospectivo realizado en varones mayores de 45 años de consultorio externo del servicio de urología en el hospital ESSALUD II - Huánuco.

Población y muestra

La población estuvo conformada por todos los varones que se atendieron en consultorio de urología del ESSALUD II. Se captó a todos los usuarios que firmaron el consentimiento informado y se atendieron durante los meses de setiembre a noviembre del 2018, se hizo un muestreo probabilístico aleatorio simple, para calcular el tamaño de muestra se usó la fórmula con población indeterminada, usando los valores de proporción esperada (p) = 0,50 y nivel de confianza $(1-\alpha)=95\%$, dando como resultado una muestra de 424 pacientes varones mayores de 45 años que cumplieron los criterios de selección. (5).

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión considerados son: varones mayores de 45 años, varones atendidos en el servicio de urología del hospital ESSALUD II Huánuco, varones que firmen el consentimiento informado voluntariamente, varones que se atendieron en los meses de setiembre, octubre y varones sin antecedente de cáncer de próstata.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: varones mayores de 45 años con trastornos mentales y del comportamiento, varones con antecedente de prostactomía y varones referidos de otros establecimientos de salud.

Variables e instrumento de recolección de datos.

La variable dependiente fue el tamizaje de cáncer de próstata que se definió como el método de detección temprana para descubrir la enfermedad antes que aparezca algún síntoma, se consideró dos categorías: si se realizó el tamizaje (la realización del tacto rectal y el PSA) y no se realizó el tamizaje (la realización del Tacto rectal o PSA).

Las variables independientes fueron: El conocimiento que se definió como el saber del individuo acerca del tamizaje e importancia del cáncer de próstata, conocimiento del cáncer y sus factores de riesgo; sus categorías según el puntaje obtenido en la encuesta fueron: conocimiento alto (8-15 puntos) y bajo (0-7

puntos).

La actitud definida como el comportamiento de la persona frente a la información del tamizaje de cáncer de próstata y el cáncer de próstata; se categorizó de la siguiente manera: actitud positiva (36 -70 puntos) y negativa (14-35 puntos).

La percepción es la creencia que tiene un persona respecto al tamizaje y acerca del PSA y Tacto rectal, se consideró: percepción positiva (8-14 puntos) y percepción negativa (0-7 puntos).

Adicionalmente se evaluara a las variables intervinientes: Grado de instrucción, como el grado más alto de instrucción realizado, categorizándose: primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior y sin estudios; religión, edad, lugar de procedencia y estado civil.

Instrumento de recolección

Se elaboró un cuestionario en base a estudios anteriores realizados a nivel internacional, la validez interna se evaluó por 5 expertos, quienes dieron un promedio final de 82,6.

El cuestionario final está dividido en cinco partes: datos generales que consta de 8 preguntas cerradas, tamizaje con cuatro preguntas dos cerradas y dos abiertas, conocimientos de la prevención de cáncer de próstata con quince preguntas cerradas con dos opciones, percepción sobre tamizaje de cáncer de próstata con catorce preguntas cerradas con dos opciones y actitud sobre tamizaje de cáncer de próstata con catorce preguntas cerradas de opción múltiple basada en la escala de Likert.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron analizados registrados y tabulados en el programa Excel para posteriormente ser analizados estadísticamente en el programa estadístico SPSS15, se usó el programa Epidat ver. 3.1 para determinar asociación entre las variables mediante la Razón de Prevalencia (RP). Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se estimaron media, desviación estándar, el tercer cuartil, frecuencias

absolutas y porcentajes; para el análisis de las variables cualitativas se estimó la proporción, frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis inferencial de las variables tamizaje con nivel de conocimiento, actitud, percepción, grado de instrucción, estado civil, ocupación, religión y lugar de procedencia se utilizó la prueba Chi² con un 95 % de confianza. Prueba U de Mann Whitney para el análisis de tamizaje con edad obteniéndose previamente se demostró distribución no normal (Kolmogorov-Smirnov <0,05). Considerando estadísticamente significativo p<0,05 y usando la corrección de Fisher en tablas de 2x2.

Procedimientos

Previa aceptación de la investigación tanto por el comité de ética como por el comité de investigación y con la coordinación previa con los médicos del servicio de urología se presentó un cronograma de recolección de datos el cual fue aceptada. Iniciándose la recolección de datos en el mes de setiembre y concluyendo el mes de noviembre del 2018, se realizaron las entrevistas a cada paciente inscrito en consultorio de urología que firmó el consentimiento informado, cada entrevista duró 20 minutos aproximadamente mientras esperaban su turno de ser atendidos, se trató de no interrumpir o incomodar a los participantes. Terminado la entrevista se entregó un tríptico y una breve explicación acerca de la importancia del tamizaje, factores de riesgo del cáncer de próstata y los exámenes del tamizaje de cáncer de próstata.

Aspectos éticos

El estudio y el consentimiento informado fue evaluado y aprobado por el comité de ética del hospital ESSALUD II, la investigación cumple lo establecido por la declaración de Helsinki en donde se refiere al principio de respeto hacia el individuo, así como su derecho a tomar una decisión de participar después de haber sido informado de los riesgos y beneficios, en todo el proceso de recolección de datos siempre se buscó el bienestar de los participantes, quienes tuvieron una baja probabilidad de sufrir daño ya que sólo se realizaron entrevistas anónimas considerando la confidencialidad de las respuestas. Por último, todos los entrevistados firmaron el correspondiente consentimiento

informado, documentando así la aceptación de participar libremente del estudio y con el conocimiento de que pueden retirarse en cualquier momento si así lo desean. De esta manera se respetó los principios de no maleficencia, autonomía y justicia.

Resultados

En el presente estudio participaron 424 pacientes varones que cumplieron los criterios de selección, siendo la edad mínima 47 años y la máxima 89 años, la media de la edad fue de 67,03 años (DE ±9,98). En la tabla 1, se muestra las características sociodemográficas, donde el 70,50% tuvieron grado de instrucción superior, el 47,20 % eran jubilados o cesantes y el 93,70 % procedían se zona urbana.

Tabla 1. Características epidemiológicas de los varones mayores de 45 años del hospital ESSALUD II- Huánuco 2018

| Características | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|----------------|------------|
| Edad en años(- + DS) | (67,03 ± 9,98) | |
| Grado de Instrucción | | |
| Superior | 299 | 70,50 |
| Secundaria incompleta | 52 | 12,30 |
| Secundaria completa | 42 | 9,90 |
| Primaria completa | 18 | 4,20 |
| Primaria incompleta | 12 | 2,80 |
| Sin estudios | 1 | 0,20 |
| Estado civil | | |
| Casado | 288 | 67,90 |
| Viudo | 70 | 16,50 |
| Soltero | 33 | 7,80 |
| Divorciado | 26 | 6,10 |
| Conviviente | 7 | 1,70 |
| Ocupación | | |
| Trabajo independiente | 135 | 31,80 |
| Jubilado o cesante | 200 | 47,20 |
| Trabajo dependiente | 86 | 20,30 |
| Sin ocupación | 3 | 0,70 |
| Religión | | |
| Católico | 262 | 61,80 |
| Evangélico | 76 | 17,90 |
| Cristiano* | 65 | 15,30 |
| No profesa ninguna religión | 13 | 3,10 |
| Otros | 8 | 1,90 |
| Lugar de Procedencia | | |
| Urbano | 396 | 93,70 |
| Rural | 28 | 6,60 |

* No profesa la religión católica ni evangélica
Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla 2, se describen las características clínicas, donde se encontró que el 60,60 % (257) de varones se realizaron el tamizaje, siendo la media del último PSA 7,38 meses y del último TR 6,93 meses; el 70,3 % (298) obtuvo un nivel de conocimiento medio siendo la media de 9,70 puntos; el 97,90 % (415) de los entrevistados tenía una actitud positiva frente a la realización de los exámenes de tamizaje con una media de 54,45 puntos; por último el 83% (352) tienen una percepción más positiva a realizarse el tamizaje, siendo la media de 9,63 puntos.

En la tabla 3, se presenta análisis bivariado, donde observamos que se distribuyó según el tamizaje de cáncer de próstata. Se encontró relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento ($p=0.003$), percepción ($p=0.043$) y el grado de instrucción ($p=0.016$) con el tamizaje. No se encontró asociación entre actitud ($p=0.164$) y tamizaje. Aquellos con una percepción más positiva y actitud positiva tienen 1.84 y 1.82 veces más posibilidad de realizarse el tamizaje respectivamente. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 2. Características clínicas de los varones mayores de 45 años del hospital ESSALUD II- Huánuco 2018

| Característica | Frecuencia | Porcentaje |
|--|----------------|------------|
| Tiempo del último PSA* (- + DS) en meses | (7,38 ± 9,17) | |
| Tiempo del último TR** (- + DS) en meses | (6,93 ± 10,17) | |
| Tamizaje | | |
| Si | 257 | 60,60 |
| No | 167 | 39,40 |
| Nivel de conocimiento | | |
| Medio | 298 | 70,30 |
| Alto | 112 | 26,40 |
| Bajo | 14 | 3,30 |
| Actitud | | |
| Positiva | 415 | 97,90 |
| Negativa | 9 | 2,10 |
| Percepción | | |
| Más positiva | 352 | 83,00 |
| Menos positiva | 72 | 17,00 |

* PSA: antígeno prostático específico

**TR: tacto rectal

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 3. Análisis inferencial bivariado de los varones mayores de 45 años del hospital ESSALUD II- Huánuco 2018

| Características | Tamizaje | | p | RP | IC 95% | |
|------------------------------|---------------|---------------|--------|------|--------|------|
| | SI SE REALIZO | NO SE REALIZO | | | Inf | Sup |
| | Número | % | | | | |
| Nivel de conocimiento | | | | | | |
| Alto | 219 | 64,00 | 0,003? | 1,38 | 1,08 | 1,76 |
| Bajo | 38 | 46,30 | | | | |
| Percepción | | | | | | |
| Positiva | 221 | 62,80 | 0,043? | 1,82 | 1,44 | 2,29 |
| Negativa | 36 | 50,00 | | | | |
| Actitud | | | | | | |
| Positiva | 254 | 61,20 | 0,164? | 1,84 | 0,73 | 4,64 |
| Negativa | 3 | 33,30 | | | | |
| Grado de Instrucción | | | | | | |
| Superior | 187 | 62,50 | 0,016? | | | |
| Secundaria completa | 32 | 72,60 | | | | |
| Secundaria incompleta | 23 | 44,20 | | | | |
| Primaria incompleta | 9 | 50,00 | | | | |
| Primaria completa | 5 | 41,70 | | | | |
| Sin estudios | 1 | 100,00 | | | | |

a: Prueba Chi Cuadrado

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Discusión

EsSalud es una organización de Seguridad Social de Salud que brinda prestaciones orientadas a una población en franco proceso de envejecimiento. Atiende al 47% de la población mayor de 60 años y este porcentaje va creciendo gradualmente llegando a atender al 59% en la población mayor de 75 años del Perú. La alta demanda de atención en enfermedades no transmisibles, porcentaje que en los mayores de 45 años supera el 90% y dentro se incluyen los tumores malignos (11). Dentro de los asegurados regulares los jubilados ocupan el segundo lugar en número, ocupando el primer lugar los trabajadores activos (12). El EsSalud-II Huánuco es un hospital de referencia que atiende una población de 58441 asegurados, siendo 29542 varones y 28899 mujeres, el grupo etario mayor de 45 con más población es el de 50 a 54 años con 1409 varones y 1467 mujeres, hay un total de 7193 varones de 45 años a más (13).

El nivel de conocimiento se asoció tamizaje de cáncer de próstata. En los estudios realizados por Arbeláez y col y Campos coincidieron con esta investigación (14,15), de igual forma el último estudio realizado en Huánuco demostró que después de la aplicación de una cartilla informativa el puntaje de prácticas del control preventivo mejoró obteniéndose diferencias estadísticamente significativas entre el grupo casos y control (16). En contraste con lo anterior Agbughi y col concluyo que el 22,4% de los encuestados conocían el PSA y solo el 4,5% se sometió a una prueba de PSA (17), en el estudio de Nakandi y col, un gran porcentaje de los encuestados no conocía ningún método de detección temprana de cáncer de próstata (18) también Dickey y col en su estudio identificaron un pequeño porcentaje de participantes del grupo control que a pesar de no haber recibido la intervención educativa se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata. (19). El conocimiento en este estudio uno de los principales factores para el inicio y la continuación de los exámenes, debido a que la población estudiada mayoritariamente conocía el tema y eso llevo a una acción favorable para la realización del tamizaje. Encontrándose asociación que el nivel de conocimiento estuvo asociado al tamizaje.

La percepción se asoció al tamizaje de cáncer de próstata. Pereira y col encontraron que la percepción es importante para la detección temprana ya que un 95% de hombres creen que el cáncer de próstata puede ser curado si es diagnosticado precozmente (20), en el barrio Beholdeen en Nicaragua se identificó que las percepciones que tienen los hombres puede incidir en la razón por la cual no se realizaron las pruebas de tamizaje (21) y la revisión sistemática de James y col concluyo que para la realización del tamizaje de cáncer de próstata es una decisión compleja la cual se ve influenciada por la percepción de los individuos que participaron en los estudios (22). En contraste el estudio en Ghana la mayoría de los encuestados no consideraron que el examen de cáncer de próstata fuera vergonzosa y que no dependía de ello su realización (23) y Ogunsanya y col. encontraron que a pesar de que algunos participantes tenían creencias negativas respecto al tamizaje de cáncer de próstata, estos conocían de los beneficios de la realización temprana de los exámenes (24). Esto demuestra la importancia de las creencias y como pueden influir en la decisión de realizarse los exámenes, a veces anteponiéndose a los conocimientos o educación, por ello es necesario mayor orientación para mejorar la práctica voluntaria del tamizaje; en el presente estudio la percepción es positiva ya que las creencias erróneas acerca del tamizaje fueron mínimas. Por tanto una percepción positiva está asociado al tamizaje.

No se encontró asociación entre actitud y tamizaje de cáncer de próstata. El estudio de Anderson y col en varones jamaquinos coincidió con nuestro estudio (25) y Nakandi y col en su estudio en Uganda obtuvo que la mayoría de hombres tienen una actitud negativa hacia la detección del cáncer de próstata por considerarla innecesaria (18). En contraste Arbeláez y col y col demostraron que si era estadísticamente significativo (14), en Arequipa se encontraron que la actitud positiva se relacionó al tamizaje (15) y en Nigeria se encontró que la mayoría de encuestados mostraron una actitud positiva hacia la detección del cáncer de próstata (26). Los resultados en esta investigación se deberían a que la mayoría de los entrevistados

aceptan la realización de los exámenes por ser necesarios y porque su médico lo indica como parte de sus exámenes de rutina, a pesar de que muchas veces no tengan una actitud positiva frente al tamizaje. Por lo tanto encontramos que no hay asociación entre percepción y tamizaje.

Se encontró asociación entre grado de instrucción y tamizaje de cáncer de próstata. Novoa y col encontraron una diferencia estadística entre educación básica-media versus técnica-universitaria para la realización del tamizaje (27), en Medellín se encontró que los varones con escolaridad de secundaria presentaron 0,9 veces más posibilidad de tener prácticas adecuadas, en comparación con los que cursaron estudios primarios o menos (14) y Ojewola y col. concluyeron que existe asociación entre el nivel educativo y las prácticas de detección de cáncer de próstata (28). En contraste el estudio en Jamaica demostró que el grado de instrucción no se relacionaba al tamizaje (25), Abuadas y col concluyeron que existe una pobre relación entre el nivel educativo y la participación en el tamizaje (29) y Machado en su estudio demostró una resistencia al examen de tacto rectal en los diferentes niveles de escolaridad a pesar de que tenían mayor aceptación por el PSA (30). Quizá esto se deba a que los encuestados con un mayor grado de instrucción tienen un mayor acceso a la información respecto a temas para el cuidado de la salud ya sea por medios de información masiva (internet, televisión, radio, etc.) o medios escritos (periódicos, revistas, etc.) incluso la información brindada por el médico, esto mostraría una mayor probabilidad de aceptación por los exámenes de detección temprana. Por tanto encontramos que hay asociación entre grado de instrucción y tamizaje.

Podemos concluir que existe asociación entre el nivel de conocimiento, percepción y grado de instrucción con el tamizaje de cáncer de próstata; sin embargo la actitud no está asociada pero una actitud positiva favorece a la realización del tamizaje. No se encontró relación significativa con los otros variables.

Por lo tanto se debe promover mayor participación por parte del personal de salud no

médico para informar acerca de los riesgos y beneficios, aclarar dudas o tabúes a los varones acerca de la realización del tamizaje a partir de los 45 años ya que como se evidenció en el estudio una buena parte de los hombres no se realiza el PSA y/o tacto rectal.

Por último, el estudio presentó algunas limitaciones en cuanto al posible sesgo de información ya que la mayoría de los encuestados tenía por lo menos un antecedente de realización de alguno de los exámenes esto indicaría que ya tenían información por parte de su médico o por investigación propia. En cuanto a la selección de la muestra, dado que los individuos estudiados fueron del ESSALUD es posible que exista un nivel cultural más alto y una mayor preocupación por el cuidado de su salud.

Referencias

1. Borda M, David D, Ríos J, López A, Forero L, Gutiérrez S, Gutiérrez A. Asociación entre tamización de cáncer de próstata, vinculación al sistema de salud y factores asociados en adultos mayores: análisis secundario de la encuesta SABE Bogotá, Colombia. *Urol Colomb*. 2017;30(20):1-7
2. Navio F, Fajardo W. Comparación entre tacto rectal y antígeno prostático específico, con biopsia en cáncer de próstata, Hospital Dos De Mayo: 2007-2016. *Revista Médica Carriónica*. 2017; 4 (1):83-102.
3. Gobierno Regional Huánuco. Análisis de la Situación de salud del departamento de Huánuco 2016. [Internet]. Huánuco: Dirección Regional de Salud Huánuco, 2016 [Consultado el 20 abril 2018]. 83p. Disponible en: http://dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_huanuco.pdf
4. Brenes F, Alcántara A. ¿Detección precoz o cribado en la prevención del cáncer de próstata? . *Semergen*. 2017; 43(2): 100-8
5. Fajardo A, Jaimes G. Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. *Rev. Fac. Med*. 2016;64(2): 223-8
6. Ramos C, Fullá J, Mercado A. Detección precoz de cáncer de próstata: controversias y recomendaciones actuales. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2018; 29(2): 128-35

7. Jalón A, Escaf S, Viña M, Jalón M. Aspectos actuales sobre el cribado en el cáncer de próstata. *Semergen*. 2016;30(20):1-7
8. Chente J, Soto A, Candia M, Arriaga J, Camacho A, García R. Valor clínico del tacto rectal y antígeno prostático específico en la detección oportuna del cáncer de próstata en Hermosillo, Sonora. *Rev Mex Urol*. 2013; 73(6): 299-306
9. Ampuero L, Romero E. Actitud relacionado con el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de próstata en usuarios del consultorio de urología del hospital Eleazar Guzmán Barrón, nuevo Chimbote – 2014 [tesis pre grado]. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 2015.102p.
10. Muñoz M, Sossa L, Jairo J, Grisales A, Rodríguez J. Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa Rosa de Cabal, 2010. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2011; 16 (2): 147-61
11. Essalud. Plan Estratégico Institucional 2017 – 2021. [Internet]. Lima: EsSalud portal del seguro social del Perú, 2017[Consultado el 27 octubre 2018]. 113p. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_estrategico_institucional_2017_2021.pdf
12. Essalud. Plan Operativo Institucional 2018. [Internet]. Huánuco: Essalud, 2018 [Consultado el 29 diciembre 2018]. 233p. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/poi/POIDESAGREGADO2018.pdf>
13. Red Asistencial Essalud II Huánuco. Sistema de gestión en Salud 2018. Reporte estadístico en atención semestral del año 2018.
14. Arbeláez J, Montealegre N. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2012; 30: 3
15. Campos A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa 2014 [tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2014.103p.
16. Villar E, Veramendi N, Portocarreo E, et al. Efectividad de cartilla informativa en conocimiento y control preventivo de cáncer de próstata en adultos mayores del Comité Local de Administración en Salud - CLAS Pillco Marca – Huánuco, 2016. *Investigacion Valdizana*. 2017;11(4): 216-25
17. Agbugui O, Obarisiagbon O, Nwajei O, et al. Awareness and knowledge of prostate cancer among men in Benin city, Nigeria. 2013. *J Med Biomed Res*, 12, 42-7.
18. Nakandi H, Kirabo M, Semugabo C, et al. Knowledge, attitudes and practices of Ugandan men regarding prostate cancer. 2013. *Afr J Urol*, 19, 165-70.
19. Dickey L, Whitmore A, Campbell E. The Relation among Prostate Cancer Knowledge and Psychosocial Factors for Prostate Cancer Screening among African American Men: a Correlational Study. USA. *AIMS Public Health*. 2017; 4(5): 446-65.
20. Pereira E, Salvador M, Harter R. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2011; 19(1): 8.
21. Hodgson E, Kandler K. Hombres creole y cáncer de próstata en Bluefields, Costa Caribe Sur de Nicaragua. *Ciencia e interculturalidad*. 2016;20 (1):66-76
22. James J, Germaine W, Craig J, Hanson S, Ju A, Howard K, et al. Men's perspectives of prostate cancer screening: A systematic review of qualitative studies. *PLOS ONE*. 2017; 12(11):1-23
23. Yeboah B, Yirenya D, Baafi D, Ackumey M. Perceptions and knowledge about prostate cancer and attitudes towards prostate cancer screening among male teachers in the Sunyani Municipality, Ghana. *African Journal of Urology*. 2017; 23 (3): 184-91
24. Ogunsanya M, Brown C, Odedina F, Barner J, Corbell B, Adedipe T. Beliefs Regarding Prostate Cancer Screening Among Black Males Aged 18 to 40 Years. *American Journal of Men's Health*. 2017; 11 (1): 41-53
25. Anderson T, Wallace T, Aung M, Jolly E. Prostate Cancer Knowledge, Attitudes and Screening Practices among Men in Western Jamaica. *West Indian Med J* 2016; 65 (1): 67-77
26. Adibe O, Aluh O, Isah A, Anosike C. Knowledge, Attitudes and Perceptions of Prostate Cancer among Male Staff of the University of Nigeria. *Asian Pacific Journal of*

- Cancer Prevention 2017; 18(7): 1961-66
27. Novoa C, Anguita C, Badilla S, Alfredo Aliaga A, Reyes D. Nivel educacional como determinante en tamizaje de cáncer de próstata. Rev Med Chile 2014; 142: 1136-1141
28. Ojewola R, Sofela E, Balogun O, Olatunde E, Opeyemi T, Omotola O, et al. Knowledge, attitudes and screening practices regarding prostatic diseases among men older than 40 years: a population-based study in Southwest Nigeria. Pan Afr Med J. 2017; 27:151.
29. Abuadas H, Petro W, Albikawi F. Predictors of Participation in Prostate Cancer Screening among Older Men in Jordan. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(13): 5377-83.
30. Machado R, Dutra L, Leite G, Macêdo A. Nível de aceitabilidade dos Homens quanto a realização do Exame do Toque Retal e PSA (Antígeno Prostático Específico). RESMA. 2018; 6(1): 81-88.

Factores asociados a rosácea en estudiantes de una universidad peruana, 2018

Factors associated with rosacea in students of a peruvian university, 2018

Agustina Celis-Martel^{1*}, Isabel M. Sandoval-Flores¹, Patricia K. Paucar-Lescano²

Abstract

Background. Rosacea is an inflammatory and chronic dermatological condition in the central part of the face. Many factors have been proposed and studied without reaching fully accepted conclusions. **Objective:** To determine the association between the time of residence in the place of origin, the preferences of consumption in the diet and the degree of anxiety with rosacea in the students who attend to the dining hall of the UNHEVAL. **Materials and Methods:** Rosacea was diagnosed by the Rosascreen instrument and the positive cases confirmed the diagnosis with the dermatologist. To determine the association, it was used the chi-square test and the U of Mann-Whitney. **Results:** It was identified 168 cases and 168 controls. The average age of the participants was 21.56 + 2.73 and 61.90% women; the students come mostly from Huánuco city with a residence time of 16.29 + 3.31. It was observed in the bivariate analysis association between rosacea and gender with $p = 0.03$ and one OR of 0.60 (95% CI 0.39 - 0.94), association with anxiety score with a $p = 0.00$, association with years of current residence with $p = 0.00$ and association with the use of cosmetics with a $p = 0.02$ and one OR of 2.02 (95% CI 1.28-3.19). **Conclusions:** The degree of anxiety and residence time were significantly associated with rosacea. The gender was associated with a relatively lower risk of developing rosacea, while the use of cosmetics is associated with a high risk of developing.

Keywords: eating behavior, capsicum, alcohol, dairy products, corticoids (source: MeSH NLM).

Resumen

Antecedentes. La rosácea es una afección dermatológica inflamatoria y crónica en la parte central del rostro. Muchos factores han sido propuestos y estudiados sin llegar a conclusiones completamente aceptadas. **Objetivos.** Determinar la asociación entre el tiempo de residencia en el lugar de procedencia, las preferencias de consumo en la dieta y el grado de ansiedad con la rosácea en los estudiantes usuarios del comedor universitario de la UNHEVAL. **Materiales y métodos.** La rosácea fue diagnosticada por el instrumento de Rosascreen y los casos positivos se confirmó el diagnóstico con la dermatóloga. Para determinar la asociación se usó la prueba chi-cuadrado y la U de man whitney. **Resultados.** Se identificó 168 casos y 168 controles. La edad promedio de los participantes fue de 21,56 + 2,73 y 61,90 % mujeres; los estudiantes proceden en su mayoría de Huánuco con un tiempo de residencia de 16,29 + 3,31. Observamos en el análisis bivariado asociación entre rosácea y el género con un $p=0,03$ y un OR de 0,60 (IC 95% 0,39 – 0, 94), asociación con puntaje de ansiedad con un $p= 0,00$, asociación con años de residencia actual con un $p=0,00$ y asociación con uso de cosméticos con un $p=0,02$ y un OR de 2,02 (IC 95% 1,28-3,19). **Conclusiones.** El grado de ansiedad y el tiempo de residencia se asociaron significativamente con rosácea. El género mostró un riesgo relativamente menor de desarrollar rosácea, mientras que el uso de cosméticos tiene un riesgo elevado de desarrollar rosácea.

Palabras clave: conducta alimentaria, capsicum, alcohol, productos lácteos, corticoides (fuente: DeCS BIREME).

¹Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco, Perú.

²Hospital II EsSalud – Huánuco.

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-7944-7942>

Correspondencia a:

Agustina Celis Martel
Dirección Postal: Jr. Ricardo Palma 4ta
cuadra S/N. Pilloco Marca, Huánuco,
Perú.

Email: agus_c.martel@hotmail.com

Fecha de recepción: 03 de marzo de 2019

Fecha de aprobación: 17 de agosto de 2019

Citar como: Celis-Martel A, Sandoval-Flores I, Paucar-Lescano P. Factores asociados a rosácea en estudiantes de una universidad peruana, 2018. Rev Peru Investig Salud [Internet]. 2019; 3(4). 167-173

Fuente de financiamiento:

Dirección de investigación de la Universidad Hermilio Valdizán de Huánuco. Mediante la resolución N°035-2018-UNHEVAL-VRI

2616-6097/©2018. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.



Introducción

La rosácea es una afección dermatológica inflamatoria y crónica en la parte central del rostro (1). La alteración de la inmunidad innata y la desregulación de los mecanismos neurovasculares son desencadenantes asociadas a factores externos para la rosácea (2,3). La progresión de la rosácea agrava los brotes inflamatorios en afecciones fibróticas dérmicas determinando así el incremento de los síntomas de la enfermedad y su posterior cronicidad (2).

Los estudios epidemiológicos de la enfermedad son limitados. La prevalencia de rosácea varía desde 0,09 al 22% (1), presentándose este margen de variación debido a las diferentes metodologías, el tipo de población en estudio y las percepciones socioculturales (4,5). Por todas estas deficiencias los estudios tienen una

generalización limitada (1).

Los estudios en latinoamérica son pocos, debido a la presentación más frecuente en personas de piel blanca (4), en Colombia la prevalencia varía de 0 a 22% (6). Un estudio realizado en nuestro país en pacientes de un hospital general encontró una prevalencia del 2% (4) y en Huánuco contamos con los datos estadísticos del Hospital EsSalud II, observando que de un total de 25 275 consultas por afecciones dermatológicas en el año 2017 se registra 890 diagnósticos con rosácea (7).

El diagnóstico de rosácea está basado en los criterios clínicos definidos por el National Rosacea Society Expert Comitee (NRSEC). Estos criterios incluyen los caracteres primarios (eritema facial difuso transitorio o persistente, flushing, telangiectasia, pápulas y pústulas) y los caracteres secundarios (ardor o prurito, placas, sequedad, edema, localización

extrafacial, cambios fimatosos, hipertróficos de la nariz y lesiones oculares) (4). La presencia de uno o más de los caracteres primarios localizados en forma central relacionados a uno o más caracteres secundarios orienta al diagnóstico de rosácea, siendo ésta la forma más recomendada de identificar a los pacientes con rosácea (1).

Nuestra investigación pretende determinar la asociación entre el tiempo de residencia en el lugar de procedencia, las preferencias de consumo en la dieta y el grado de ansiedad a rosácea en los estudiantes usuarios del comedor universitario.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal de tipo caso-control entre junio y agosto de 2018, que incluyó a estudiantes usuarios del comedor universitario de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan (UNHEVAL), todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Todos los casos se incluyeron bajo los siguientes criterios: edad mayor o igual a 18 años, ausencia de cualquier enfermedad física y mental grave, estudiante que presenta signos de eritema-telangiectasia, pápulas y/o pústulas, glandular hiperplásica/fimatoso y ocular, en región facial; o las formas especiales como rosácea extrafacial y la variante rosácea granulomatosa, que fue realizado por médico especialista en dermatología.

Los controles fueron elegidos siguiendo los siguientes criterios: edad mayor o igual a 18 años, ausencia de cualquier enfermedad física y mental grave, no lesiones faciales.

Se excluyeron a todas las personas embarazadas al momento del estudio.

Para el cálculo del tamaño muestral (8) se utilizó un $p_2 = 0,1$ y $OR = 2,0$, un error α de 0,05, poder estadístico del 80% con lo que se obtuvo una muestra de 168 individuos para los casos y 168 para los controles.

La recolección de datos se realizó por entrevistadores estudiantes de la escuela profesional de medicina humana quienes fueron capacitados para seguir un modelo neutral predefinido y así evitar el sesgo de selección.

Los sujetos fueron entrevistados con un instrumento de detección de rosácea (Rosascreen de sus siglas en inglés) para evaluar signos y síntomas de rosácea (con fotografías representativas) y otros parámetros como: fototipo cutáneo y factores desencadenantes como la dieta, ansiedad, procedencia y medidas de protección solar.

La variable dependiente fue el diagnóstico de rosácea. Las variables independientes fueron preferencias de consumo en la dieta, grado de ansiedad y tiempo de residencia del lugar de procedencia.

Instrumento de recolección

Se construyó un instrumento de recolección de datos validado por 6 expertos (validez interna) obteniendo un puntaje de 0,85. Para evaluar la confiabilidad, se realizó una prueba piloto obteniéndose un valor de 0,80.

Nuestro instrumento contiene el Rosascreen. Es un cuestionario y un algoritmo para la detección de casos de rosácea. Los sujetos fueron positivos si tenían al menos uno de los siguientes: rinofima, eritema facial central persistente, Calor facial / picazón / ardor para fototipos más oscuro (es decir, IV, V y VI).

Análisis estadístico

Análisis descriptivo: Se utilizó la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia y proporciones. Así como medidas de tendencia central y de dispersión.

Análisis inferencial: se empleó los softwares estadísticos Spss versión 23 y Stata. Los diagnósticos con y sin rosácea (confirmados por dermatóloga) fueron evaluados a través de una prueba de Chi-cuadrado o U de Mann Whithney.

Aspectos éticos

El estudio y el consentimiento informado fueron aprobados por el comité de ética de la Dirección de Investigación Universitaria de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan.

La información y resultados obtenidos en el estudio se manejó con absoluta confidencialidad según lo establecido por las normas de las buenas prácticas clínicas con plena aceptación de las normas éticas de la séptima revisión de la declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial aprobado en el 2013.

En la Tabla 1 se presentan las características epidemiológicas y generales. Encontramos el predominio de mujeres y la edad promedio de 21,56 + 2,73 (DS) años. Los estudiantes se encuentran cursando con más frecuencia el tercer año y en su mayoría proceden del departamento de Huánuco.

Tabla 1. Características epidemiológicas de los usuarios del comedor universitario de la UNHEVAL, Huánuco 2 018

| Características | Frecuencia | Porcentaje |
|--|---------------|------------|
| Edad en años | 21,56 ± 2,73* | |
| Género | | |
| Femenino | 208 | 61,90 |
| Masculino | 128 | 38,10 |
| Año Académico | | |
| Primero | 40 | 11,90 |
| Segundo | 78 | 23,20 |
| Tercero | 82 | 24,40 |
| Cuarto | 75 | 22,30 |
| Quinto | 50 | 14,90 |
| Sexto | 11 | 3,30 |
| Departamento de mayor residencia | | |
| Huánuco | 263 | 78,30 |
| Pasco | 27 | 8,00 |
| Lima | 15 | 4,50 |
| Junín | 11 | 3,30 |
| Ucayali | 9 | 2,70 |
| San Martín | 4 | 1,2 |
| Ancash | 3 | 0,90 |
| Loreto | 2 | 0,60 |
| Años en el departamento de mayor residencia | 16,29 ± 3,31* | |
| Zona del departamento de mayor residencia | | |
| Urbano | 228 | 67,70 |
| Rural | 108 | 32,00 |
| Años en la residencia actual | 8,40 ± 6,73* | |
| Zona en la residencia actual | | |
| Urbano | 336 | 100 |

* Desviación Estándar

En la Tabla 2 se puede observar que en las preferencias de consumo en la dieta, el consumo de mayor preferencia por los estudiantes son los lácteos, seguido por las bebidas calientes y ají, embutidos y bebidas alcohólicas. El puntaje de ansiedad es de 35,75+7,28 y en su mayoría los estudiantes no presentan ansiedad. El fototipo encontrado con más frecuencia es el tipo IV y la automedicación tópica más usada son los cosméticos.

En la Tabla 3 se muestra los resultados del análisis bivariado donde la distribución de acuerdo a los casos y controles está asociado a las preferencias de consumo en la dieta, el grado de ansiedad, el tiempo de residencia en el lugar de procedencia y las variables intervinientes. Se observó la asociación entre el género, puntaje de ansiedad, años en la residencia actual, zona en la residencia actual y automedicación tópica. Las variables preferencias de consumo en la dieta, la edad y el año en la mayor residencia no tuvieron asociación.

Tabla 2. Características clínicas de los usuarios del comedor universitario de la UNHEVAL, Huánuco 2018

| Característica | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Rosácea | | |
| SÍ | 168 | 50,00 |
| NO | 168 | 50,00 |
| Preferencias de Consumo en la dieta | | |
| Bebidas frías | | |
| Consume | 319 | 94,90 |
| No consume | 17 | 5,10 |
| Bebidas calientes | | |
| Consume | 208 | 61,90 |
| No consume | 128 | 38,10 |
| Bebidas alcohólicas | | |
| Consume | 169 | 50,30 |
| No consume | 167 | 49,70 |
| Ají | | |
| Consume | 208 | 61,90 |
| No consume | 128 | 38,10 |
| Lácteos | | |
| Consume | 310 | 92,30 |
| No consume | 26 | 7,70 |
| Embutidos | | |
| Consume | 182 | 54,20 |
| No consume | 154 | 45,80 |
| Ansiedad | | |
| No hay ansiedad | 301 | 89,60 |
| Ansiedad mínima | 34 | 10,10 |
| Ansiedad severa | 1 | 0,30 |
| Fototipo | | |
| III | 83 | 24,70 |
| IV | 234 | 69,60 |
| V | 19 | 5,70 |
| Automedicación tópica | | |
| Cosmético | | |
| Usa | 121 | 36,00 |
| No usa | 215 | 64,00 |
| Corticoides | | |
| No usa | 333 | 99,10 |
| Usa | 3 | 0,90 |

* Desviación Estándar

Tabla 3. Análisis inferencial bivariado de los usuarios del comedor universitario de la UNHEVAL, Huánuco 2018

| Características | Rosácea | | | | p | OR | IC 95% | | |
|--|---------------|-------|--------------|-------|-------|------|--------|------|-----|
| | CONTROL | | CASOS | | | | Inf | ; | Sup |
| | Número | % | Número | % | | | | | |
| Preferencias de consumo en la dieta | | | | | | | | | |
| Bebidas frías | | | | | | | | | |
| Consume | 160,00 | 95,20 | 159,00 | 94,60 | 0,80 | 1,13 | 4,26 | 3,00 | |
| No consume | 8,00 | 4,80 | 9,00 | 5,40 | | | | | |
| Bebidas calientes | | | | | | | | | |
| Consume | 104,00 | 61,90 | 104,00 | 69,10 | 1,00 | 1,00 | 0,64 | 1,55 | |
| No consume | 64,00 | 38,10 | 64,00 | 38,10 | | | | | |
| Bebidas alcohólicas | | | | | | | | | |
| Consume | 92,00 | 54,80 | 77,00 | 45,80 | 0,10 | 1,43 | 0,93 | 2,00 | |
| No consume | 76,00 | 45,20 | 91,00 | 54,20 | | | | | |
| Lácteos | | | | | | | | | |
| Consume | 152,00 | 90,50 | 158,00 | 94,20 | 0,22 | 0,60 | 0,27 | 1,00 | |
| No consume | 16,00 | 9,50 | 10,00 | 6,00 | | | | | |
| Embutidos | | | | | | | | | |
| Consume | 90,00 | 53,60 | 92,00 | 54,80 | 0,83 | 0,95 | 0,62 | 1,00 | |
| No consume | 78,00 | 46,40 | 76,00 | 45,20 | | | | | |
| Ají | | | | | | | | | |
| Consume | 106,00 | 63,10 | 102,00 | 60,70 | 0,65 | 1,00 | 0,71 | 2,00 | |
| No consume | 62,00 | 36,90 | 66,00 | 39,30 | | | | | |
| Grados de Ansiedad | | | | | | | | | |
| No hay ansiedad | 163,00 | 97,00 | 138,00 | 82,10 | 0,000 | | | | |
| Ansiedad mínima | 5,00 | 3,00 | 29,00 | 17,30 | | | | | |
| Ansiedad severa | 0 | 0,00 | 1,00 | 0,60 | | | | | |
| Años en la zona mayor residencia | 2,00 ± 0,00* | | 2,00 ± 0,00* | | 0,06 | | | | |
| Zona en la residencia actual | | | | | | | | | |
| Urbano | 168,00 | 100 | 168,00 | 100 | 0,00 | | | | |
| Años en la residencia actual | 6,00 ± 12,00* | | 5,00 ± 7,00* | | 0,00 | | | | |
| Automedicación tópica | | | | | | | | | |
| Cósmetico | | | | | | | | | |
| No usa | 121,00 | 56,30 | 94,00 | 43,70 | 0,02 | 2,02 | 1,28 | 3,19 | |
| Usa | 47,00 | 38,80 | 74,00 | 61,20 | | | | | |
| Edad | 21,86±3,01* | | 21,25±2,39* | | 0,72 | | | | |
| Género | | | | | | | | | |
| Masculino | 74,00 | 44,00 | 54,00 | 32,10 | 0,03 | 0,60 | 0,39 | 0,94 | |
| Femenino | 94,00 | 56,00 | 114,00 | 67,90 | | | | | |

* Desviación Estándar

Discusión

La rosácea es una enfermedad cutánea que aún tiene muchas características no conocidas o poco estudiadas (1), siendo una dermatosis bastante compleja, donde los factores ambientales influyen de forma negativa (2).

Los factores externos como la colonización por el demodex folliculorum (un ácaro minúsculo que vive en los poros y folículos del pelo), consumo de alcohol y comidas picantes,

cambios de temperatura, radiación UV están involucradas en el desarrollo de la inflamación (2,3).

En cuanto a las preferencias de consumo en la dieta, Alinia y cols (9) demostraron que estos desencadenantes incluyen comida picante, bebidas calientes y tabaco; y aunque el alcohol es un desencadenante precisaron que la asociación entre el consumo de alcohol y el desarrollo de la severidad de la rosácea no está del todo claro, como también se observó en un estudio en Asturias (10) encontrándose

como desencadenante al té, el café y otros; de igual modo Li (11) encontró que si hay asociación entre la rosácea y las preferencias de consumo en la dieta; sin embargo, nuestro estudio no encontró asociación estadísticamente significativa entre estos factores, lo que se podría explicarse debido que al ser la población estudiada usuaria del comedor universitario, tienen una dieta con mayor equilibrio entre sus componentes, por lo que en esta población en especial no sería un factor de riesgo importante.

La rosácea produce cambios faciales desagradables, asociándose además una prevalencia elevada de depresión y ansiedad (12). Halioua y Cardwell (13,14) manifestaron que los pacientes con rosácea presentan con más frecuencia ansiedad, y disminución de la calidad de vida comparada con la población general, así mismo Heisig (15) demostró el impacto negativo del estrés y la ansiedad, en su mayoría hombres, quienes manifestaron las formas más graves de la rosácea. Sin embargo, Cardona y cols (16), determinaron que la ansiedad no está asociada ni al género ni a la edad en pacientes con rosacea. En nuestro estudio encontramos que la ansiedad está asociada con los grados rosácea siendo estadísticamente significativas las diferencias; sin embargo, estos hallazgos no deben ser interpretados como direccionalidad, puesto que es probable que a mayor grado de severidad exista un mayor grado de ansiedad.

El estudio sobre los efectos del fenómeno de El Niño muestra que las fluctuaciones en la temperatura y en la presión atmosférica influyen en la incidencia de afecciones dermatológicas como rosácea (17), en Colombia, se observó una mayor asociación de rosácea a una altitud de 1 018 m (Cali) y una temperatura de 25°C representando el 6,1% de rosácea (8). Estos estudios demuestran la influencia del clima y la altitud en el desarrollo de afecciones dermatológicas.

En cuanto al lugar de residencia, Callender (18), estudió la ubicación de la residencia en los grupos de edad, la cantidad de radiación solar en la superficie de la tierra a las 12 pm, concluyendo que uno de los desencadenantes es el medio ambiente extremo y la temperatura. Contrariamente, Spöndlin (19) encontró opiniones discordantes sobre la influencia de los factores climáticos en el desarrollo de la rosácea. Nosotros demostramos que hay asociación entre el

lugar de residencia y la rosácea, explicado porque tanto el calor como el frío afectan a los vasos sanguíneos a nivel dermoepidérmico. Estos hallazgos son importantes debido a que la procedencia de la población es diversa y abarca todos los climas que presenta el Perú. En cuanto al género nosotros encontramos mayor frecuencia en mujeres al igual que Gether y Bewley (20, 21) en sus respectivos estudios, mostraron que la prevalencia es mayor en el género femenino, y en China Hong-fu (22), observó que, de 586 pacientes con rosácea, 501 fueron mujeres. Por otro lado, Reinholz M et al (23) encontró que los hombres son afectados con más frecuencia a partir de los 50 años, al igual que Weinkle y Oge (24,25) quienes manifestaron que los cambios fimatosos se observaron en su mayoría en hombres.

Referente el uso de cosméticos Kresken (26) demostró que las personas afectadas con rosácea suelen reaccionar a numerosos cosméticos con enrojecimiento, ardor y / o empeoramiento de la enfermedad, asimismo Callender (18) concluyó que los irritantes o alérgenos encontrados en cosméticos comunes son desencadenantes y agravantes de los episodios de enfermedad; nosotros encontramos que el uso de cosméticos está asociado significativamente a la presencia de rosácea. Contrariamente a estos hallazgos, en Francia (27), asociaron ciertos componentes de los compuestos cosméticos con propiedades complementarias de calmantes y antienrojecimiento.

Las principales limitaciones de nuestro estudio radican en la naturaleza de su diseño, pues al ser un estudio de casos y controles no pueden demostrar relación causal entre estos factores, como se observa más claramente entre la presencia de ansiedad y rosácea que pueden ser factores bidireccionales. Otra limitación importante es la naturaleza del muestreo, por haber sido de carácter no probabilístico.

Se concluye que el lugar de residencia, el grado de ansiedad, el género femenino y el uso de cosméticos están asociados significativamente a la presencia y desarrollo de rosácea, no así las preferencias de consumo en la dieta, explicadas por el tipo de población estudiada.

Bibliografía

1. Tan J, Schöfer H, Araviiskaia E, Audibert F, Kerrouche N, Berg M, et al. Prevalence of rosacea in the general population of Germany and Russia - The RISE study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 Mar;30(3):428-34. doi: <https://doi.org/10.1111/jdv.13556>.
2. Addor FAS. Skin barrier in rosacea. *An Bras Dermatol*. 2016 Jan-Feb;91(1):59-63. doi: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20163541>.
3. Wollina U. Recent advances in the understanding and management of rosacea. *F1000Prime Rep*. 2014 Jul 8;6:50. doi: <https://doi.org/10.12703/P6-50>.
4. Troielli P, González Otero FM, Ríos Yuil JM et al. Actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la rosácea en Latinoamérica. *Med Cutan Ibero Lat Am* 2016; 44:7–26. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mcs161b.pdf>
5. Tan J, Leyden J, Cribier B, Audibert F, Kerrouche N, Berg M, et al. Development and Evaluation of a Rosacea Screening Instrument (Rosascreen). *J Cutan Med Surg*. 2016 Jul;20(4):317-22. doi: <https://doi.org/10.1177/1203475416629118>
6. Rueda LJ, Motta A, Pabón JG, Barona MI, Meléndez E, Orozco B, et al. Epidemiology of rosacea in Colombia. *Int J Dermatol*. 2017 May;56(5):510-513. doi: <https://doi.org/10.1111/ijd.13491>.
7. EsSalud II-Huánuco. Reporte estadístico de enfermedades dermatológicas. 2018.
8. Departamento de Estadística Universidad Carlos III de Madrid. Bioestadística: estudios de casos y controles. (55 - 10536). Disponible en: <http://halweb.uc3m.es/esp/Personal/personas/amalonso/esp/bstat-tema6.pdf>
9. Alinia H, Tuchayi SM, Patel NU, Patel N, Awosika O, Bahrami N, et al. Rosacea Triggers: Alcohol and Smoking. *Dermatol Clin*. 2018 Apr;36(2):123-126. doi: <https://doi.org/10.1016/j.det.2017.11.007>.
10. Martínez S, Méndez S, Pérez B. Nutrición como condicionante de la salud de la piel. *Más dermatol*. 2016; 26:19-24. doi: <https://doi.org/10.5538/1887-5181.2016.26.19>.
11. Li S, Cho E, Drucker AM, Qureshi AA, Li W-Q. Alcohol intake and risk of rosacea in US women. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Jun;76(6):1061-1067.e2. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.02.040>.
12. Egeberg A, Hansen PR, Gislason GH, Thyssen JP. Patients with Rosacea Have Increased Risk of Depression and Anxiety Disorders: A Danish Nationwide Cohort Study. *Dermatology*. 2016;232(2):208-13. doi: <https://doi.org/10.1159/000444082>.
13. Cardwell L, Farhangian M, Alinia H, Kuo S, Feldman S. Psychological disorders associated with rosacea: Analysis of unscripted comments. *Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery* 2015; 19(2): 99-103. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jdds.2015.04.003>.
14. Heisig M, Reich A. Psychosocial aspects of rosacea with a focus on anxiety and depression. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2018 Mar 6;11:103-107. doi: <https://doi.org/10.2147/CCID.S126850>.
15. Halioua B, Cribier B, Frey M, Tan J. Feelings of stigmatization in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Jan;31(1):163-168. doi: <https://doi.org/10.1111/jdv.13748>.
16. Cardona AJ, Pérez RD, Rivera OS, Gómez M J, Reyes Á. Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Divers. Perspect. Psicol*. 2015; 11 (1): 79-89. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n1/v11n1a06.pdf>
17. Andersen LK, Davis MDP. The effects of the El Niño Southern Oscillation on skin and skin-related diseases: a message from the International Society of Dermatology Climate Change Task Force. *Int J Dermatol*. 2015 Dec;54(12):1343-51. doi: <https://doi.org/10.1111/ijd.12941>.
18. Callender VD, Barbosa V, Burgess CM, Heath C, McMichael AJ, Ogunleye T, et al. Approach to Treatment of Medical and Cosmetic Facial Concerns in Skin of Color Patients. *Cutis*. 2017 Dec;100(6):375-380.
19. Spoenclin J, Voegel JJ, Jick SS, Meier CR. A study on the epidemiology of rosacea in the U.K.: Rosacea in the U.K. *Br J Dermatol*. 2012 Sep;167(3):598-605. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.11037.x>.
20. Gether L, Overgaard L.K., Egeberg A., Thyssen J. P. Incidence and prevalence of rosacea: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2018 Aug;179(2):282-289. doi: <https://doi.org/10.1111/bjd.16481>.
21. Bewley A, Fowler J, Schöfer H, Kerrouche N, Rives V. Erythema of Rosacea Impairs Health-Related Quality of Life: Results of a

- Meta-analysis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2016 Jun;6(2):237-47. doi: <https://doi.org/10.1007/s13555-016-0106-9>.
22. Xie HF, Huang YX, He L, Yang S, Deng YX, Jian D, Shi W, Li J. An observational descriptive survey of rosacea in the Chinese population: clinical features based on the affected locations. *PeerJ*. 2017 Jul 7;5:e3527. doi: <https://doi.org/10.7717/peerj.3527>.
23. Reinholz M, Ruzicka T, Steinhoff M, Schaller M, Gieler U, Schöfer H, et al. Pathogenesis and clinical presentation of rosacea as a key for a symptom-oriented therapy. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2016 Dec;14 Suppl 6:4-15. doi: <https://doi.org/10.1111/ddg.13139>.
24. Weinkle A, Doktor V, Emer J. Update on the management of rosacea. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2015 Apr 7;8:159-77. doi: <https://doi.org/10.2147/CCID.S58940>.
25. Oge L, Muncie H, Phillips-Savoy A. Rosacea: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2015 Aug 1;92(3):187-96. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2015/0801/p187.html>
26. Kresken J, Kindl U, Wigger-Alberti W, Clanner-Engelshofen BM, Reinholz M. Dermocosmetics for Use in Rosacea: Guideline of the Society for Dermopharmacy. *Skin Pharmacol Physiol*. 2018;31(3):147-154. doi: <https://doi.org/10.1159/000486688>.
27. Hernandez-Pigeon H, Garidou L, Galliano M-F, Delga H, Aries M-F, Duplan H, et al. Effects of dextran sulfate, 4-t-butylcyclohexanol, pongamia oil and hesperidin methyl chalcone on inflammatory and vascular responses implicated in rosacea. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2018 Sep 7;11:421-429. doi: <https://doi.org/10.2147/CCID.S168621>.

Adherencia terapéutica en adultos con diabetes tipo 2 en un programa de enfermedades crónicas. Huánuco 2017

Therapeutic adherence in adults with type 2 diabetes in a chronic disease program. Huánuco 2017

Giannina Acuña-Carbajal¹, Carlos A. Huamancayo-Inga¹, German Guisasola^{2,*}

Abstract

Objective: To assess whether knowledge about Diabetes Mellitus (DM), family functionality and depression are associated with Therapeutic Adherence in adults with type 2 DM.

Methods: Analytical study of cross section. It was carried out in the diabetes program of CAP-UNHEVAL of Hospital II Essalud. Participants: patients with type 2 DM. Interventions: According to the inclusion and exclusion criteria. Validated collection instruments were used, interviewed for two months. The descriptive analysis was carried out; for inferential analysis: Chi2 test with 95% significance. The statistical package SPSS and Microsoft Excel was used.

Results. The average age: 61.95 years, most frequent diseases: dyslipidemia (23.8%) and hypertension (43.6%). Knowledge about DM2 was not acceptable (86%), 95.9% with poor family function and 90.2% with depression were obtained. Variables associated with poor adherence to diabetic treatment were: family dysfunction [p = 0.00; RP = 26.18; CI: 95% (8.71 - 78.64)], unacceptable knowledge on DM2 [p = 0.00; RP= 23.57; 95% CI (8.54-65.06)] and depression [p = 0.00; RP= 6.81; 95% CI (3.00 - 15.45)].

Conclusions: Poor adherence to treatment is influenced by family dysfunction, poor knowledge about diabetes and depression.

Keywords: adherence to treatment, type 2 diabetes, family dysfunction, knowledge.

Resumen

Objetivo: Evaluar si el conocimiento sobre Diabetes Mellitus (DM), la funcionalidad familiar y la depresión están asociados a la Adherencia Terapéutica en adultos con DM tipo 2.

Métodos: Estudio analítico de corte transversal. Se realizó en el programa de diabetes del CAP-UNHEVAL del Hospital II Essalud. Participantes: pacientes con DM tipo 2. Intervenciones: Según los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó instrumentos de recolección validados, se entrevistó durante dos meses. Se realizó el análisis descriptivo; para el análisis inferencial: prueba Chi2 con significancia del 95%. Se empleó el paquete estadístico SPSS y Microsoft Excel.

Resultados. La edad promedio: 61,95 años, enfermedades más frecuentes: dislipidemia (23,8%) e HTA (43,6%). El conocimiento sobre DM2 fue no aceptable (86%), se obtuvo un 95,9% con una mala función familiar y un 90,2% de depresión. Variables asociadas a la mala adherencia del tratamiento diabético fueron: disfunción familiar [p=0,00; OR=26,18; IC: 95% (8,71 – 78,64)], conocimiento no aceptable sobre DM2 [p=0,00; OR=23,57; IC 95% (8,54 – 65,06)] y depresión [p=0,00; OR=6,81; IC 95% (3,00 – 15,45)].

Conclusiones: La mala adherencia al tratamiento está influenciada por la disfunción familiar, el pobre conocimiento sobre la diabetes y la depresión.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, diabetes tipo 2, disfunción familiar, conocimiento.

¹Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco, Perú.

²Hospital II EsSalud – Huánuco

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-3695-0492>

Correspondencia a:

German Guisasola

Dirección: Jr. José Olaya S/N, Amarilis, Huánuco, Perú.

Email: guisasola@hotmail.com

Fecha de recepción: 12 de enero de 2019

Fecha de aprobación: 06 de agosto de 2019

Citar como: Acuña-Carbajal G, Huamancayo-Inga C, Guisasola G. Adherencia terapéutica en adultos con diabetes tipo 2 en un programa de enfermedades crónicas. Huánuco 2017. Rev Peru Investig Salud [Internet]. 2019; 3(4). 174-179

2616-6097/©2018. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.



Introducción

La diabetes es un importante problema de salud pública. En las últimas décadas, la prevalencia y mortalidad de la diabetes ha aumentado más deprisa en los países de ingresos bajos y medianos. Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La mayoría de las personas con diabetes tienen la de tipo 2. En el 2012, de los 3,7 millones de muertes que provocó la hiperglicemia y diabetes, un 43% ocurren en personas con menos de 70 años. El gasto directo anual generado por la diabetes a escala mundial asciende a más de US\$ 827 000 millones (1-4).

Se estima que, en Perú, nuestro país, al menos 1 300 000 personas presentan esta enfermedad y que ocasiona 5500 defunciones

cada año lo que significa que fallecen 19 personas con diabetes por cada 100 000 peruanos (5).

En la región de Huánuco durante el periodo enero-diciembre 2016 a nivel de establecimientos MINSA se registraron 252 casos de diabetes haciendo un 2,2% del total de casos. Según el ASIS 2016; para el año 2015, la diabetes mellitus se encuentra como la séptima causa de mortalidad en la provincia de Huánuco, con una frecuencia de 27 casos, haciendo un 3,6% del total de defunciones (6).

La OMS en el 2003, observó que “el incremento de las intervenciones para mejorar la adherencia tenía un gran impacto en la salud de la población que cualquier otro tratamiento médico específico”. Así mismo informó que el 50% de las personas con enfermedad crónica (cardiovasculares, diabetes y cáncer) no son adherentes a su tratamiento en los países

desarrollados, situación que se agrava en los subdesarrollados por la falta de acceso a los medicamentos (7).

La OMS adopta la definición de la adherencia terapéutica como “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Esta definición no considera la palabra: instrucciones, que implicaría que el paciente solo acata, y pone de relieve que “la relación entre el paciente y el prestador de la asistencia sanitaria debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno” (7)

Reconocer la falta de adherencia y su relación con el nivel de conocimientos sobre diabetes tipo 2, funcionalidad y depresión en personas diagnosticadas con diabetes tipo II en Huánuco es fundamental para poder actuar y mejorar los resultados del tratamiento y su calidad de vida.

Método

La población estuvo formada por los 498 pacientes que acuden al programa de diabetes del CAP-UNHEVAL del Hospital NIVEL II EsSalud Huánuco. Los criterios de inclusión: Paciente con Diabetes Tipo 2 en tratamiento actual con antidiabético oral, Pacientes que acepten participar en el estudio voluntariamente y firmen el consentimiento informado, tiempo de enfermedad mayor o igual a 1 año y pacientes a quienes se les pueda entender o escuchar correctamente sus respuestas.

El Tamaño de Muestra es 172 pacientes que fueron atendidos en el programa de diabetes de la CAP-UNHEVAL del Hospital NIVEL II EsSalud Huánuco $p = (76.5\%)$. El tipo de muestreo fue conveniencia. Para determinar el nivel de adherencia terapéutica se utilizó el Cuestionario de Adherencia a La Medicación de Morisky de 8 Items.

Para determinar el nivel de conocimientos se utilizó el Cuestionario De Conocimiento Sobre Diabetes (Dkq-24), para evaluar la funcionalidad familiar fue el Test De Apgar Familiar y para determinar el grado de depresión fue el cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)

El procesamiento y análisis de datos se llevó a cabo con el uso del programa SPSS versión 21. Estos datos procesados y los resultados fueron expuestos en tablas de doble entrada y gráficos de acuerdo a necesidad; considerando los objetivos específicos. Se dividió en:

El análisis descriptivo, se efectuó en cada una de las variables determinando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables nominales o categóricas.

Análisis Inferencial, se realizó a través de la prueba estadística Chi cuadrada o χ^2 , con el cual se evaluará la hipótesis acerca de la relación entre las variables categóricas como son: el nivel de conocimientos sobre diabetes tipo 2, funcionalidad familiar y depresión en pacientes con diabetes tipo 2 con la Adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2. El nivel de confianza que se considerará será del 95% y el análisis estadístico se realizará a través del paquete SPSS versión 19 para Windows.

Resultados

Se incluyeron en la investigación un total de 172 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento farmacológico oral, que acudieron al programa de diabetes del CAP-UNHEVAL del Hospital II Essalud. Respecto al conocimiento sobre la DM Tipo 2, alcanzaron un conocimiento inadecuado un 83.1%. Así mismo, también encontramos que la familia disfuncional obtuvo un 57% y la presencia de depresión obtuvo un 53.5% (Tabla N° 01).

Respecto a las variables sociodemográficas, en el género femenino hay un predominio por el sexo femenino (68%); la mayoría eran casados (76.2%); sobre su ocupación, ser ama de casa fue la más frecuente con un 41.9%; así mismo el grado de instrucción que se encontró, el 34.3% culminó estudios superiores, seguido de un 32.1% que culminó la secundaria y un 31.4% que culminó la primaria (Tabla N° 02).

Las enfermedades más frecuentes en orden descendente de los pacientes diabéticos tipo 2 del Hospital Militar Central, fueron: HTA (43.6%), Dislipidemia (23.8%), osteoartritis (15.7%), retinopatía (21.5%), nefropatías (10.5%), y neuropatía (13.4%). (Tabla N° 03).

Tabla N° 01. Características de la adherencia al tratamiento, conocimiento sobre la DM Tipo 2, funcionalidad familiar y depresión en los pacientes Diabéticos Tipo 2 en el Hospital II Essalud.

| Características | frecuencia | porcentaje |
|---------------------------------|------------|------------|
| Adherencia farmacológica | | |
| ADECUADO | 43 | 25.00% |
| INADECUADO | 129 | 75.00% |
| Nivel de conocimiento | | |
| ADECUADO | 29 | 16.90% |
| INADECUADO | 143 | 83.10% |
| Ocupación | | |
| FUNCIONAL | 74 | 43.00% |
| DISFUNCIONAL | 98 | 57.00% |
| Depresión | | |
| AUSENCIA | 80 | 46.50% |
| PRESENCIA | 92 | 53.50% |

Tabla N° 02. Características demográficas de los pacientes Diabéticos Tipo 2 en el Hospital II Essalud

| Características | frecuencia | porcentaje |
|-----------------------------|-----------------|---------------|
| Sexo | femenino | 117 68.00% |
| | masculino | 55 32.00% |
| Grado de instrucción | sin instrucción | 3 1.70% |
| | primaria | 54 31.40% |
| | secundaria | 56 32.60% |
| | superior | 59 34.30% |
| Ocupación | ama de casa | 72 41.90% |
| | comerciante | 12 7.00% |
| | empleado | 32 18.60% |
| | no trabaja | 43 25.00% |
| | otro | 13 7.60% |
| Estado civil | soltero | 5 2.90% |
| | casado | 131 76.20% |
| | conviviente | 7 4.10% |
| | divorciado | 3 1.70% |
| | separado | 4 2.30% |
| viudo | 22 12.80% | |

Los medicamentos prescritos a los pacientes tipo 2 de nuestro estudio fueron: glibenclamida (47.7%), metformina (91.9%) y otros (5.8%) (Tabla N° 04).

Tabla N° 03. Antecedentes patológicos y Complicaciones Derivadas De La Diabetes de los pacientes Diabéticos Tipo 2 en el Hospital II Essalud

| Características | frecuencia | porcentaje | | |
|---------------------------------|--|-----------------|------------------|------------------|
| Antecedentes patológicos | HTA | no 97 si 75 | 56.40% 43.60% | |
| | Obesidad | no 158 si 14 | 91.90% 8.10% | |
| | Dislipidemia | no 131 si 41 | 76.20% 23.80% | |
| | osteoporosis | no 159 si 13 | 92.40% 7.60% | |
| | Osteoartritis | no 145 si 27 | 84.30% 15.70% | |
| | otros | no 162 si 10 | 94.20% 5.80% | |
| | Complicaciones Derivadas De La Diabetes | Retinopatía | no 135 si 37 | 78.50% 21.50% |
| | | Nefropatía | no 154 si 18 | 89.50% 10.50% |
| | | Neuropatía | no 149 si 23 | 86.60% 13.40% |
| | | otros | no 172 si 0 | 100% 0 |

Tabla N° 04. Medicamentos prescritos que consumen los pacientes Diabéticos Tipo 2 en el Hospital II Essalud

| Características | frecuencia | porcentaje | |
|-------------------------------|---------------|-----------------|------------------|
| Medicamento que recibe | glibenclamida | no 90 si 82 | 52.30% 47.70% |
| | metformina | no 14 si 158 | 8.10% 91.90% |
| | otros | no 162 si 10 | 94.20% 5.80% |

La edad promedio en los pacientes con diabetes tipo fue 61.95 años, el tiempo aproximado que fueron diagnosticados de DM Tipo 2 fue de 9.12 años, tenían un IMC de 27.85 kg/m², con un ingreso económico familiar de 1084 nuevos soles, tomaban su medicamento aproximadamente 2.17 veces al día (Tabla N° 05).

Aquellos pacientes con conocimiento Inadecuado sobre la DM Tipo 2 presentan 23.5 veces la probabilidad de tener Mala Adherencia en comparación a quienes tienen un Nivel de Conocimiento Aceptable [p=0,00; OR=23,5: IC 95% (8,54 – 65,06)].

En el análisis bivariado, encontramos que aquellos pacientes con Disfunción Familiar tienen casi 26.1 veces la probabilidad de presentar Mala Adherencia al tratamiento en comparación con aquellos que presentan una Buena Función Familiar [p=0,00; OR=26.18: IC 95% (8,71 – 78,64)].

Tabla 5. Características clínicas de los pacientes Diabéticos Tipo 2 en el Hospital II Essalud

| característica | Media | Mediana | Moda | Desv. típ. | Varianza |
|----------------------------------|---------|---------|----------|------------|----------|
| Edad | 61.95 | 62.5 | 60 | 9.681 | 93.729 |
| N° veces que toma su medicamento | 2.17 | 2 | 3 | 0.812 | 2.17 |
| Tiempo de diagnóstico (años) | 9.12 | 7.5 | 10 | 6.763 | 45.738 |
| Tiempo de tratamiento (años) | 8.66 | 7 | 2(a) | 6.751 | 45.581 |
| talla | 1.5637 | 1.56 | 1.57 | 0.08795 | 0.008 |
| Peso | 68.178 | 67 | 60 | 12.4729 | 155.57 |
| IMC | 27.8591 | 27.8631 | 28.76(a) | 4.44294 | 19.74 |
| Ingreso económico | 1084.37 | 1000 | 1000 | 676.081 | 457085.3 |

En el análisis bivariado, encontramos que aquellos pacientes con Depresión tienen casi 6.81 veces la probabilidad de presentar Mala

Adherencia al tratamiento en comparación con aquellos que no presentan Depreión [$p=0,00$; OR=6.81: IC 95% (3,00 – 15,45)]

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre la DM T2, funcionalidad familiar, depresión y adherencia al tratamiento en los pacientes Diabéticos Tipo 2 en el Hospital II Essalud

| | Adherencia farmacológica | | | | p | RP | IC 95% |
|-------------------------------|--------------------------|--------|------------|--------|---|------|------------|
| | adecuado | % | inadecuado | % | | | |
| Nivel de conocimientos | | | | | | | |
| adecuado | 23 | 79.30% | 6 | 20.70% | 0 | 2.03 | 1.48-2.83 |
| inadecuado | 20 | 14.00% | 123 | 86.00% | | | |
| Funcionalidad familiar | | | | | | | |
| funcional | 39 | 52.7 | 35 | 47.30% | 0 | 7.83 | 3.06-20.03 |
| disfuncional | 4 | 4.10% | 94 | 95.90% | | | |
| Depresión | | | | | | | |
| ausencia | 34 | 42.50% | 46 | 57.50% | 0 | 3.07 | 1.69-5.57 |
| presencia | 9 | 9.80% | 83 | 90.20% | | | |

Discusión

El presente estudio se desarrolló en la población del programa de diabetes del CAP-UNHEVAL del hospital II Essalud, ubicado en el departamento de Huánuco en la parte Central Andina del país.

Respecto a nivel de conocimiento sobre la DM Tipo 2, en nuestro estudio, al asociarla a la adherencia al tratamiento nos demuestra que aquellos pacientes con un nivel de conocimiento no aceptable presentan 23.5 veces la probabilidad de presentar mala adherencia al tratamiento con respecto a quienes presentan un conocimiento aceptable. Un estudio con similar resultado mala adherencia del tratamiento está asociado significativamente con el conocimiento no

aceptable sobre DM2 (8). Así, esta alta significancia se muestra en otro estudio, donde se reportaron un nivel alto de conocimiento con una mayor adherencia terapéutica (9). Así mismo otra investigación muestra que predomina una adherencia al tratamiento farmacológico, con una mejor calidad de vida correspondiente a un buen Control de la Diabetes que en está definido por el impacto de seguir su plan de tratamiento prescrito por los médicos (10).

En contraposición a lo anteriormente descrito, podemos encontrar investigaciones que muestran más énfasis los valores de glucosa y no en la adherencia, así mencionan que el 50% tenían un mayor conocimiento con respecto a los valores de glucemia en sangre y el 57,6% (11,12). Por otro lado, al hacer un análisis entre los pacientes con Mala Adherencia,

encontramos pacientes con un Conocimiento Aceptable, sin embargo, cuando analizamos porcentajes vemos comparativamente que en el grupo de Buena Adherencia encontramos solo un 18% de pacientes con Conocimiento No Aceptable y en el grupo de pacientes con Mala Adherencia existen 42% de pacientes con Conocimiento No Aceptable (13).

En nuestros resultados con Disfunción Familiar, los pacientes tienen casi 26.1 veces la probabilidad de presentar Mala Adherencia al tratamiento [$p=0,00$; $OR=26.18$: IC 95% (8,71 – 78,64)]. Por lo que la funcionalidad familiar está asociada significativamente con la mala adherencia, así como otros estudios demuestran esta significancia (14-16).

Por tanto, el apoyo familiar hacia al paciente significará unos de los pilares para que el paciente se pueda adherir al tratamiento, ya que al recibir afecto y apoyo de la familia experimentará una alta motivación para cuidar de su salud y las responsabilidades que ello implica.

En relación a la depresión se muestra una mayor evidencia de dicha variable en los pacientes diabéticos tipo 2 sin adherencia al tratamiento en comparación con los pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia al tratamiento, aceptando lo propuesto en la hipótesis, lo cual, si tomamos en cuenta una investigación se reporta un análisis similar donde los pacientes crónicos y diabéticos presentan niveles más altos de sintomatología depresiva. (17). Así mismo, en otro estudio encontramos una asociación entre la falta de apego al tratamiento con depresión y la proporción donde se tuvo algún grado de depresión, 87% de pacientes no fue adherente a tratamiento. (18). Y en un estudio se demuestra que la depresión si es un factor asociado a la adherencia al tratamiento en los pacientes. Así, la depresión influye en cierta forma en los controles de glicemia y hemoglobina glucosilada y con ello no ir a sus controles ni tomar sus medicamentos. (19).

Conclusiones

Se encontró que el Conocimiento No Aceptable, respecto a la DM tipo 2, influyó en la adopción de una mala adherencia al tratamiento oral. Menos de la mitad de los pacientes con DM tipo 2, tienen un Conocimiento No Aceptable respecto a su

enfermedad.

Se encontró que el tener una Familia Disfuncional, influye en la adopción de una Mala Adherencia al tratamiento oral. Menos de la mitad de los pacientes con DM tipo 2, presentan Disfunción Familiar.

Se encontró que la depresión influyó en la adopción de una mala adherencia al tratamiento oral.

Referencias bibliográficas

1. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. En: Sexagésimo sexto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas; 2011.
2. Informe Mundial Sobre La Diabetes. Organización Mundial De La Salud. Ginebra. 2016.
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4*4 million participants. *Lancet*. 2016 Apr 9;387(10027):1513-1530.
4. Seuring T, Archangelidi O, Suhrcke M. The economic costs of type 2 diabetes: A global systematic review. *PharmacoEconomics*. 2015; 33(8): 811–31.
5. Seclén S, Rosas M, Arias A. PERUDIAB. Cohorte Peruana de Diabetes, Obesidad y Estilos de Vida en el Perú. Laboratorio Farmacéutico SANOFI. 2011-2012.
6. Análisis De Situación De Salud. Dirección Regional de Salud. Huánuco; 2016.
7. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Ginebra: WHO; 2003.
8. Iglay K, Cartier SE, Rosen VM, et al. Meta-analysis of studies examining medication adherence, persistence, and discontinuation of oral antihyperglycemic agents in type 2 diabetes. *Curr Med Res Opin*. 2015;31(7):1283-1296.
9. Egede LE, Gebregziabher M, Echols C, et al. Longitudinal effects of medication nonadherence on glycemic control. *Ann Pharmacother*. 2014;48(5):562-570
10. Domingo Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, et al. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones.

- Documento De Consenso. Aten Primaria. 2016; 48(6):406-420.
11. Connor P, Schmittiel J, Pathak R, Harris R, Newton K, Ohnsorg K, et al. Randomized Trial of Telephone Outreach to Improve Medication Adherence and Metabolic Control in Adults with Diabetes. *Diabetes Care*. 2014; 37 (12): 3317-24.
 12. Ostini R y Kairuz T. Investigating the association between health literacy and non-adherence. *Int J Clin Pharm*. 2014; 36(1):36-44
 13. Antoine L, Pieper D, Mathes T, Eikermann M. Improving the adherence of type 2 diabetes mellitus patients with pharmacy care: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Endocr Disord*. 2014;7(14):53-61.
 14. Troncoso C, Delgado D, Rubilar C. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Costarr Salud Pública*. 2013; 22(1): 9- 13.
 15. Gigoux J, Moya P, Silva J. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. *Rev Chil Salud Pública*. 2010; 14 (2-3): 238-70.
 16. De Oliveira-Filho A, Morisky D, Neves S, Costa F, de Lyra D. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm*. 2014 May-Jun;10(3):554-61.
 17. Guamuro J, Vásquez G, Barrera H, Cruz L, Caceres, V. Nivel De Adherencia Al Tratamiento Farmacológico Y Dietético En Pacientes Del Programa De Diabetes Del Policlínico Chiclayo Oeste - Essalud En Diciembre Del 2015. *Rev Exp Med* 2016; 2(1):23-28.
 18. Pérez Rodríguez A, Berenguer Gouarnaluses M. Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus y su control en el nivel primario de salud. *MEDISAN* .2014 [citado 20 mar 2015]; 19(3):374-389. Disponible en: http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/83/html_50
 19. Golberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR ,et al. Exercise and type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2010[citado 20 mar 2015]; 33(12):2692-2696. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/33/12/2692.full.pdf+html>

Depresión en adolescentes asociados a migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco 2018

Depression in adolescents associated with family migration, dysfunctional family and bullying in Huánuco 2018

Clariza Calero¹, Katyria L. Palomino-Vásquez^{1,*}, Luis Moro²

Abstract

Objectives: Determine if family migration, dysfunctional family and bullying are associated with teenagers depression inside the I.E. Pedro Sánchez Gavidia of Huánuco. **Materials and methods:** transverse correlation study since it tries to evaluate the relationship between the variables at the same period of time. The population was 400 teenagers, we selected a non-probabilistic random sampling by social stratum with a 95% ($\alpha < 0.05$) reliable level, absolute precision of 5%. **Results:** of those 165 teenager students, 16.4% present depressive symptomatology, 54.5% were female, the average of age was 14.53 years old. In addition, 26.1% came from other regions, 47.9% had suffered some type of bullying, 21.8% had family dysfunctionality and 39.40% had low self-esteem. Bullying (95% CI, $p = 0.003$) and self-esteem (95% CI, $p = 0.00$) presented a significant relationship with depression. **Conclusions:** An important percentage of depression was determined in teenager which were higher to females. Likewise, a significant relationship was obtained between depression - bullying and depression - self-esteem (intervening variable); no association was found with family migration or family dysfunction.

Keywords: adolescents, bullying, depression, students, personality disorders.

Resumen

Objetivos: Determinar si la migración familiar, la familia disfuncional y el bullying están asociados a la depresión en adolescentes en la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco. **Materiales y métodos:** estudio transversal correlacional ya que trata de evaluar la relación existente entre las variables en un mismo periodo de tiempo. La población fue de 400 adolescentes de los cuales se seleccionó con un muestreo aleatorio no probabilístico por estratos con un nivel de confianza del 95% ($\alpha < 0,05$), una precisión absoluta de 5%. **Resultados:** De los 165 estudiantes adolescentes, el 16,4% presentaron sintomatología depresiva, el 54,5% fueron de sexo femenino, la media de las edades fue 14,53 años. Además, el 26,1 % provenían de otras regiones, 47,9% había sufrido algún tipo de bullying, el 21,8% presentaban disfuncionalidad familiar y el 39,40% presentaron una baja autoestima. El bullying (IC 95%; $p=0,003$) y autoestima (IC 95%; $p=0,00$) presentaron una relación significativa con la depresión. **Conclusiones:** Se determinó un porcentaje importante de depresión en los adolescentes, que fue mayor en el sexo femenino. Así mismo, se obtuvo relación significativa entre depresión - bullying y depresión - autoestima (variable interviniente); no se encontró asociación con migración familiar, ni disfunción familiar.

Palabras clave: adolescentes, bullying, depresión, estudiantes, trastornos de la personalidad.

¹Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco, Perú.

²Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco, Perú.

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-5072-503X>

Correspondencia a:

Katyria L. Palomino Vásquez
Dirección: Malecón Walker Gustavo Soberon S/N Píllcomarca - Huánuco.
Email: katyria89@hotmail.com

Fecha de recepción: 22 de mayo de 2019

Fecha de aprobación: 15 de setiembre de 2019

Citar como: Calero C, Palomino-Vásquez K, Moro L. Depresión en adolescentes asociados a migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco 2018. Rev Peru Investig Salud [Internet]. 2019; 3(4). 180-187

2616-6097/©2018. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.



Introducción

La depresión es una enfermedad discapacitante que ocasiona sufrimiento (1). Se trata de un trastorno del estado de ánimo crónico o recurrente que afecta la habilidad para enfrentarse a la vida cotidiana y es una de las principales causas de discapacidad laboral. Los síntomas van desde sensación de tristeza, pérdida de placer, sentimientos de culpa y baja autovaloración; hasta cambios en el sueño, el apetito, disminución de la energía y de la concentración (2); puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales (3). Considerada una enfermedad que ocasiona dolor, sufrimiento, la depresión debe ser estudiada y diagnosticada oportunamente.

La depresión se asocia a pensamientos suicida, homicida, comportamiento agresivo e incluso está relacionado al consumo de estupefacientes (2). A nivel mundial, la depresión cuesta cerca de 50 billones de dólares, solo superada por el cáncer y el SIDA (110 y 70 billones de dólares respectivamente) y con iguales indicadores que la diabetes y las enfermedades coronarias, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente 121 millones de personas padecen depresión y se estima que para el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en los países desarrollados (1). Los trastornos psiquiátricos ocupan el segundo lugar por especialidad en cuanto días/hombres perdidos y jubilaciones por certificados médicos y peritajes, respectivamente, por ello se encuentra dentro de las cinco primeras causas de deserción laboral. (4) Siendo la depresión una enfermedad prevalente a nivel mundial, que puede conllevar a situaciones límite a la

persona que la padece poniendo en riesgo sus vidas.

La depresión en adolescentes es una condición común, crónica, recurrente y de tendencia familiar que usualmente persiste en la adultez. Se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno (5); Debido a ello, las personas que se encuentran en este periodo se convierten en uno de los sectores poblacionales con mayor propensión y vulnerabilidad a experimentar esta enfermedad mental (6). Estos cambios son desarrollados y favorecidos gracias a la buena comunicación y cohesión familiar, la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, estableciendo y manteniendo un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital. (7) Los adolescentes se encuentran dentro del grupo vulnerable para esta patología.

La edad promedio de la depresión varía dentro de este grupo etario. En Colombia un estudio encontró que la edad promedio de estudiantes con depresión fue de $14,31 \pm 2,1$ años, y según las variables analizadas fueron factores de riesgo personales, académicos, escolares y familiares asociadas a la depresión; los estudiantes que trabajan presentan un 32,1% de depresión en relación a los que no trabajan con un 21,4%; las familias incompletas presentan mayor porcentaje de depresión 23,5% que los estudiantes con familias completas 22,1% (7). En el Perú, los jóvenes entre los 15 y 29 años representan el 26,89% de la población total. En Lima, habitan alrededor de 9 millones personas y en el departamento de Huánuco 860 mil aproximadamente; en ambos departamentos, los jóvenes representan el 26,91% y el 25,85% respectivamente, y se reporta problemas a nivel mental en este grupo etario siendo las mujeres las que padecen de depresión en un mayor porcentaje que los varones. (8) La depresión en adolescentes se ajusta a una edad promedio.

A nivel mundial la depresión en adolescentes toma importancia debido a una significativa prevalencia, como un estudio en Estados Unidos, en donde los trastornos depresivos de la etapa prepuberal presentan una prevalencia de 1% a 2% y en la adolescencia presentan un 3% a 8%, y perpetuando en muchos casos en

la edad adulta; estos datos se aproximan a los valores encontrados en diferentes estudios (4). Los cambios que se producen en el cuerpo y mente durante la adolescencia provienen no solamente del individuo mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos se producen con una buena salud mental a la edad adulta (9). La depresión en escolares puede estar determinada por ciertos factores como el acoso, en cual los grupos de víctimas y perpetradores fueron los menos estables. Estos hallazgos sugieren inestabilidad en la perpetración y victimización a lo largo del tiempo, durante los años de transición escolar (10).

El objetivo de esta investigación es identificar los factores asociados con la sintomatología depresiva en los adolescentes a partir de sus recursos psicológicos individuales, sociales y familiares; considerando la migración familiar, el bullying, la familia disfuncional como causas posibles de depresión.

Metodología

Tipo de estudio: estudio no experimental, Analítico transversal. Se realizó sin manipular deliberadamente variables y la recolección de datos se hizo en un solo momento.

Población: La población estuvo conformada por 400 estudiantes del primer al quinto año de nivel secundaria, matriculados en el año académico 2018 según registro del SIAGIE (Sistema de apoyo a la gestión institucional educativa) de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia de la ciudad de Huánuco en el año 2018. La muestra fue de 165 adolescentes, obtenida por muestreo aleatorio no probabilístico por cuotas, con un nivel de confianza del 95% ($\alpha < 0,05$), una precisión absoluta de 5%, y se sabe por estudios previos que la proporción de depresión en adolescentes es del 45% (11). Los participantes fueron de ambos sexos (54,5% mujeres y 45,5% varones), cuyas edades fluctuaron entre 11 y 18 años con una media de $14,53\% \pm 1,74$.

Criterios de inclusión y exclusión: Se incluyó a los alumnos varones y mujeres entre los 11 y 18 años, procedentes de otros lugares, pero actualmente residentes en la ciudad de Huánuco, de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia del nivel secundario y que aceptaron ser parte del proyecto de investigación a través de la firma de un consentimiento informado. Se excluyeron a los alumnos que presentaban

problemas de comprensión del idioma o con otras deficiencias mentales y a mayores de 18 años.

VARIABLES: se consideró a la depresión como variable dependiente, siendo un trastorno del estado de ánimo crónico o recurrente que ocasiona sufrimiento y afecta la habilidad para enfrentarse a la vida cotidiana. Es una variable cualitativa ordinal, evaluada a través del cuestionario de Depresión Infantil CDI, que considera como depresión un puntaje mayor de 19 y se clasifican como depresión leve, moderada y severa.

Como variables independientes se encuentran la migración familiar, definida como el desplazamiento geográfico de individuos o grupos (familias) para cubrir necesidades económicas y sociales, clasificadas como migrantes o no migrantes; así como la disfunción familiar, que es un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente unos o varios de sus miembros familiares, medida por el Apgar Familiar, cuya puntuación máxima de normalidad va de 17 a 20 puntos, y menos de 17 puntos significa disfunción, clasificándose por puntuación como leve, moderada y severa; y el bullying, que es el acoso o intimidación generado en un entorno social, medido a través del cuestionario de Autotest Cisneros de acoso escolar, clasificado como muy bajo, casi bajo, medio, casi alto, alto y muy alto por sumatoria de puntos.

Como variable interviniente, se encuentra la autoestima, que es el aprecio que tenemos por nosotros mismos; medido por la escala de autoestima de Rosenberg, cuya puntuación define una autoestima elevada, media y baja. El nivel socioeconómico es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, medida por el cuestionario para nivel socioeconómico de la asociación peruana de empresas de investigación de mercados (APEIM), clasificando por medio de puntos, como, alto, medio, bajo superior, bajo inferior y marginal.

Instrumentos: El instrumento que consta de cuatro cuestionarios estructurados han sido modificados para su aplicación en nuestro país en diversas investigaciones. Para la aplicarlo a la región Huánuco, se validó el instrumento, a través del juicio de expertos; que fue realizado

por dos Médicos especialistas en Psiquiatría, dos Psicólogos y un especialista en metodología con una validez de contenido de 86,9 y confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,033.

Para la variable dependiente Depresión se utilizó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) que consta de 27 preguntas con puntuación, en donde 19 a más puntos indican síntomas depresivos claros. Para las variables independientes, en el caso de Migración Familiar, se recolectó la información por medio de la pregunta: Lugar de procedencia; para Bullying se usó el Autotest de Cisneros, que consta de 50 preguntas, medido a través de puntuaciones, que van desde un, dos y tres puntos que sumados se interpretan y clasifican a través de Baremos. Para medir la Disfunción Familiar se usó el Apgar Familiar, que se basa en 5 ítems, para marcar de acuerdo a la percepción del encuestado, como Nunca (0), Casi nunca (1), Algunas veces (2), Casi siempre (3) y siempre (5) interpretándose como disfunción familiar un puntaje menor de 16. Para el medir el nivel de Autoestima, que actúa como una variable interviniente en el estudio; se usó la Escala de Rosenberg que consta de 10 preguntas para marcar según la satisfacción que la persona tiene de sí misma y de acuerdo al puntaje obtenido, se clasificará como autoestima alta, media y baja; y para el Nivel Socioeconómico se usó el Cuestionario APEIM que consta de 6 preguntas que divide por niveles de acuerdo a un puntaje el aspecto socioeconómico, como: alto, medio, bajo superior, bajo inferior y marginal.

Procedimientos: Se coordinó previamente con las autoridades de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia y con los docentes responsables para la realización de los cuestionarios. El proceso de recolección de datos se realizó mediante un cuestionario, con una duración aproximada de 20 minutos en las aulas de la institución educativa en horas del receso del día pactado con antelación.

Análisis Estadístico: Se realizó el análisis descriptivo de las variables demográficas consideradas: edad, género, año de estudio, lugar de procedencia y nivel socioeconómico, mediante el uso de media y desviación estándar para edad, variable cuantitativa; mientras que para las variables categóricas se usaron las frecuencias absolutas y porcentajes respectivos. En los cuestionarios para depresión, bullying, autoestima y disfunción

familiar, los resultados se clasificaron en diversas categorías por la puntuación obtenida; pero en este estudio se decidió recategorizar y dicotomizar cada variable, usándose las frecuencias absolutas y sus porcentajes para su análisis descriptivo.

El análisis bivariado se realizó usando la prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas: depresión, familia disfuncional, bullying, migración familiar, autoestima, nivel socioeconómico y sexo, y para la variable cuantitativa (edad) se analizó con la H de Kruskal Wallis al ser una prueba no paramétrica, ya que la variable dependiente tiene una distribución asimétrica definida por la prueba de Kolmogorov – Smirnov para la muestra que dio como resultado 0,000.

Aspectos Éticos: Toda la intervención se efectuó después de que los alumnos reciban la información de la finalidad y naturaleza del estudio y que firmen el consentimiento informado. Este estudio se clasifica como investigación sin riesgo para los participantes. Se respetaron los principios éticos de Helsinki 2016, así mismo se cumple con la ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud la Ley 29414 artículo 24 respecto a la firma del consentimiento informado, como también se cumple con la ley N° 29733 que garantiza el derecho fundamental a la protección de datos personales. Este estudio fue evaluado y autorizado por la comisión de ética de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de la ciudad de Huánuco.

Resultados

De los 165 estudiantes adolescentes, el 54,50% (90) eran de sexo femenino, la media de las edades fue 14,53 años. Los encuestados pertenecían a un colegio público mixto, siendo el 73,90% (122) residentes de Huánuco, el 26,10% (43) provenían de otras regiones y el 80,60% (133) tenían un nivel socioeconómico bajo (Tabla 1).

El 16,40% (27) tenían sintomatología depresiva, además, el 47,90% (79) había sufrido algún tipo de bullying, el 21,80% (36) de los adolescentes presentaban disfuncionalidad familiar y el 39,40% (65) presentaban una baja autoestima (Tabla 2).

Tabla 1. Características demográficas / epidemiológicas / sociodemográficas de los adolescentes del nivel secundario de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia.

| Característica / Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|--------------|------------|
| Sexo | | |
| Femenino | 90 | 54,50 |
| Masculino | 75 | 45,50 |
| Edad (X + DS) | 14,53 / 1,74 | |
| PROCEDENCIA | | |
| Migrante | 43 | 26,10 |
| No migrante | 122 | 73,90 |
| GRADO | | |
| Primero | 33 | 20,00 |
| Segundo | 34 | 20,60 |
| Tercero | 35 | 21,20 |
| Cuarto | 30 | 18,20 |
| Quinto | 33 | 20,00 |
| NSE | | |
| Nivel | | |
| Socioeconómico | 133 | 80,60 |
| Bajo | | |
| Nivel | | |
| Socioeconómico | 32 | 19,40 |
| Alto | | |

Tabla 2. Características clínicas de los adolescentes del nivel secundario de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia

| Característica / Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| DEPRESIÓN | | |
| Presente | 27 | 16,40 |
| Ausente | 138 | 83,60 |
| BULLYING | | |
| Presente | 79 | 47,90 |
| Ausente | 86 | 52,10 |
| DISFUNCION FAMILIAR | | |
| No Disfuncional | 129 | 78,20 |
| Disfuncional | 36 | 21,80 |
| AUTOESTIMA | | |
| A. Baja | 65 | 39,40 |
| A. Alta | 100 | 60,60 |

Al realizar el análisis bivariado, se obtuvo que la depresión estuvo asociada a el bullying

(0,003) y al autoestima (0,000); no se encontró asociación con lugar de procedencia,

disfunción familiar, nivel socioeconómico, ni género. (Tabla 3)

Tabla 3. Análisis inferencial bivariado de los factores asociados a la depresión en los adolescentes del nivel secundario de la I.E. Pedro Sánchez Gavidia

| Característica / Variable | DEPRESIÓN | | | | p | RP | IC 95% OR / RR / RP | |
|----------------------------|--------------|-------|-------------|-------|-------|------|---------------------|-------|
| | PRESENTE (0) | | AUSENTE (1) | | | | Sup | ; Inf |
| | Número | % | Número | % | | | | |
| BULLYING | | | | | | | | |
| Presente | 20 | 74,10 | 7 | 25,90 | 0,003 | 1,70 | 1,52 | 9,64 |
| Ausente | 59 | 42,80 | 79 | 57,20 | | | | |
| PROCEDENCIA | | | | | | | | |
| No Migrante | 18 | 66,70 | 104 | 75,40 | 0,347 | 2,00 | 0,27 | 1,59 |
| Migrante | 9 | 33,30 | 34 | 24,60 | | | | |
| AUTOESTIMA | | | | | | | | |
| Autoestima Baja | 20 | 30,80 | 45 | 69,20 | 0,000 | 4,40 | 1,97 | 9,80 |
| Autoestima Alta | 7 | 7,00 | 93 | 93,00 | | | | |
| DISFUNCION FAMILIAR | | | | | | | | |
| Disfuncional | 8 | 22,20 | 28 | 77,80 | 0,311 | 1,50 | 0,72 | 3,16 |
| No Disfuncional | 19 | 14,70 | 110 | 85,30 | | | | |
| NSE | | | | | | | | |
| Nivel Socioeconómico bajo | 23 | 17,30 | 110 | 82,70 | 0,605 | 1,40 | 0,51 | 3,72 |
| Nivel Socioeconómico alto | 4 | 12,50 | 28 | 87,50 | | | | |
| GÉNERO | | | | | | | | |
| Femenino | 17 | 18,90 | 73 | 81,10 | 0,401 | 1,40 | 0,65 | 3,54 |
| Masculino | 10 | 13,30 | 65 | 86,70 | | | | |

Discusión

La Institución educativa Pedro Sánchez Gavidia se encuentra en la ciudad de Huánuco, provincia de Huánuco, tal institución compete a la UGEL (Unidad de Gestión Educativa Local) HUÁNUCO, y esta última pertenece a la DRE (dirección regional de educación) HUÁNUCO. La Institución educativa, es un colegio mixto con un contexto de familia, un grupo de profesionales altamente capaces que cuidan a fin de que los estudiantes se incorporen adecuadamente, tanto en su vida personal como también social y escolar. La Institución Escuela Pedro Sánchez Gavidia tiene como visión buscar prosperar personas aptas con una elevada autoestima, razón, competencias sociales y una sólida enseñanza académica, moral y emocional para que puedan lograr el éxito personal y profesional dentro de una sociedad coetáneo y cambiante (12).

La relación entre depresión y migración familia no alcanzó significancia estadística. Guzmán y cols en su estudio, encontró que los niños con familiares migrantes presentaron mayor desarrollo de sus recursos afectivos, debido a que les fue más fácil hablar de sus emociones

y sentimientos ante la migración de algún familiar.(13) No obstante, la mayoría de estudios como Amavizca refiere que cuando la familia no está completa (por la migración principalmente) son inseguros y presentan calificaciones bajas, se sienten solos, por lo que hay sentimientos de abandono (14); así mismo, en Bolivia, Valencia en su estudio sobre efectos de la migración rural-urbana dice que los jóvenes que recibieron educación básica decente tiene por objetivo migrar a la ciudad mayor para mejorar su educación pero a menudo no se encuentran bien preparados para la transición de un estilo de vida rural a uno urbano (15). Mora en su tesis (2016) no encontró asociación estadística entre tiempo de emigración de los padres asociados a depresión, consumo de alcohol y abandono de los estudios; la emigración es un factor que elevó las conductas de riesgo entre los adolescentes (16); existen textos que afianzan nuestro resultado, donde no existe asociación significativa entre depresión y migración familiar.

La relación entre depresión y disfunción familiar tampoco resultó significativa. Loján en su tesis demostró la ausencia de asociación entre nivel de funcionalidad familiar y depresión en adolescentes ecuatorianos (17). De forma concordante, la investigación de

Saavedra no halló relación entre funcionalidad familiar y grado de depresión en adultos mayores de Tamaulipas, México (18), sin embargo, la mayoría de los estudios como Rawatlal en su estudio encontraron que la comunicación familiar, cohesión y el apoyo predicen una relación de apego entre padres y adolescentes reduciendo el riesgo de síntomas depresivos (19), Cristobal en Huánuco, afirma que el adolescente con conflictos familiares está más propenso a presentar síntomas depresivos y que los evaluados que presenta una mejor funcionalidad familiar tienden a mostrar menor grado de depresión (20); en esta investigación no existe asociación entre depresión y familia disfuncional en los adolescentes evaluados.

Mientras que entre bullying y depresión en adolescentes se encontró relación significativa; de igual manera Betancourt y cols señalan que se encontró una relación significativa entre la sintomatología depresiva y el bullying con bajo rendimiento académico (21); así mismo en un estudio realizado en nuestro país, en Piura, obtuvo una asociación significativa el tener un puntaje del tercio superior para bullying incrementó la frecuencia de riesgo suicida (22). En Ecuador, ante la presencia de signos como distimia, ansiedad, depresión, bajo rendimiento académico, fracaso escolar, ausentismo escolar y autoestima negativa en un adolescente, se debería sospechar en bullying (23). Sin embargo, en Huánuco, Bustillos no encontró relación significativa con el bullying (24); posiblemente, estas diferencias se deban a los diversos criterios psicométricos adoptados para determinar la presencia de bullying. Otras publicaciones como la de Robalino en su estudio, reporta un nivel acumulado de bullying en edad escolar es mínimo y menor al reportado por otros países sudamericanos (25), encontrándose significancia entre depresión y bullying en los adolescentes.

Dentro de las variables intervinientes como la autoestima, se encontró relación significativa con la depresión; así en Colombia, se encontró asociación entre la depresión y la baja autoestima como también relación entre la ideación suicida y baja autoestima (26), así como en Croacia encontrándose estadística significativa entre la baja autoestima y la depresión siendo mayor en las niñas que en los niños (27). Un estudio en Argentina sobre el Bullying y autoestima expuso un mayor nivel de victimización recibida por parte de los

adolescentes, cuando menor es el nivel de autoestima de los mismos (28), sin embargo, existen diferencias como las que se encontraron en España donde una carencia de retroalimentación afectiva positiva y un exceso de retroalimentación negativa, lo que resulta perjudicial para su autoestima (29), sin embargo, Pinheiro destaca que la autoestima se encuentra negativamente correlacionada con la sintomatología depresiva (30). La relación entre depresión y autoestima fue significativa en los adolescentes de la I.E Pedro Sánchez Gavidia de Huánuco.

Se concluye que, de la muestra de 164 adolescentes escolares evaluados, 27 alumnos presentan depresión; la depresión fue mayor en el sexo femenino. Así mismo, se obtuvo relación significativa entre depresión y bullying y depresión y autoestima; no se encontró asociación entre depresión con migración familiar ni disfunción familiar.

Agradecimientos

A la Institución Educativa Pedro Sánchez Gavidia, por permitirnos trabajar con los alumnos.

Referencias bibliográficas

1. Vázquez A. Depresión. Diferencias de género. *Multimed Multimed* 2013; 17(3):193-217. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319>
2. Rivera M, Martínez L, Obregón N. Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud Mental*, 36 (2) (2013), pp. 115-122 Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58226224004>
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). *Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06* <https://semap.org/docs/GPC.pdf>
4. González C, Hermosillo A, Vacio M, Peralta R, Wagner F. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la

- práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2015;72(2):149-155. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166511462015000200149&lng=es&nrm=iso. ISSN 1665-1146
5. Vargas, H., Tovar, H. y Valverde, J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003.. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 73 (3): 84-94, 2010. [Fecha de consulta: 20 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036931005>
 6. Navarro J, Moscoso M y Calderón G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>.
 7. Benavides JA, Labachuco A, López N, Salazar J. Prevalencia de depresión en estudiantes con bullying de una institución educativa distrital de Bogotá. *Rev.salud.hist.sanid.on-line* 2015;10(2):23-33. Disponible en <http://revistas.uptc.edu.co/revistas/index.php/shs>
 8. Torrel M, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013. *revista Ciencia y Desarrollo*. 2013;17 (1): 47-54. <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/viewFile/1102/1080>
 9. Chau C, Vilela P. Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. Perú. *Revista de Psicología*.2013;35 (2): 387-422. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/18789>
 10. Ryoo JH, Wang C, Swearer SM. Examen del cambio en los estados latentes en los comportamientos de acoso escolar a través del tiempo. *Psicología escolar trimestral*, 30 (1), 105-122. <http://dx.doi.org/10.1037/spq0000082>
 11. Cachay P. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares del 3er, 4to, y 5to año de secundaria de instituciones educativas en Lima Metropolitana. Perú [tesis para optar título profesional] repositorio UNMSM:2-57. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3214/Cachay_lp.pdf?sequence=1
 12. Ministerio de educación. MINEDU [internet]. Perú: Perú 2018 [citado el 21 de diciembre del 2018] Institución educativa info. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/normatividad/resoluciones.php>
 13. Guzmán-Carrillo KY, González-Verduzco BS, Rivera-Heredia ME. Recursos psicológicos y percepción de la migración en menores con familiares migrantes. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv* 13 (2): 701-714, 2015. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v13n2/v13n2a11.pdf>
 14. Amavizca Ruiz JR, Regalado López J, Méndez Espinoza JA, Álvarez Gaxiola F, Mendoza Robles R, Galvanoskis Kasparane A, Díaz Puente JM. La problemática Familiar y la migración de los Adolescentes. *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2249-2261. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358945983002>
 15. Valencia E. Efectos de la migración (rural-urbana). Caso: educación trabajo. *Rev Cient Cepies investigativa*. 1(1);143-153. [citado 21 de diciembre del 2018] Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rcc/epies/v1n1/v1n1_a12.pdf
 16. Mora C. Relación entre migración de progenitores y conductas de riesgo en adolescentes, comunidad El Salto, mayo 2015-mayo 2016. [tesis para especialidad]. Ecuador. 2016. Repositorio de la universidad Azuay:1-50. [citado 21 de diciembre del 2018] Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6446>
 17. Lojan M. Funcionalidad familiar asociada a depresión en los adolescentes del colegio nacional mixto 8 de diciembre de la parroquia San Pedro DE LA Bendita – LOJA. ABRIL – AGOSTO 2015. Repositorio de la universidad nacional de loja área de salud humana .[tesis para título profesional] 2016:1-86. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16325/1/TESIS%20BIBLIOTECA.pdf>
 18. Saavedra-González AG, García-de León Á, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A, et al. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam*. 2016; 23(1): 24-28. Disponible en: <https://acels-cdn.com/S1405887116300736/1-s2.0->

- S 1 4 0 5 8 8 7 1 1 6 3 0 0 7 3 6 -
main.pdf?_tid=6f8f57f7-2846-4ee1-8c3d
19. Rawatlal N, Kliewer W, Pillay B. Adolescent attachment, family functioning and depressive symptoms. *South African Journal of Psychiatry*, 21(3), 80. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/sajpsyc/article/viewFile/125059/114592>
20. Cristobal E. Funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la institución educativa heroes de Jactay, Huánuco – 2016 [Tesis Magistral]. Huánuco. Repositorio Universidad Nacional Hermilio Valdizan. 2017 [citado 21 de diciembre del 2018]: 1-98. Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/1707>
21. Ocampo DB, Serrano PA, Archundia MA, Valdez DD. La sintomatología depresiva y el desempeño académico como factores asociados al bullying en niños. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(2), 63-76. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80247939004>
22. Sandoval R, Vilela M, Mejia C, Caballero J. Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. Chile. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(2):208-215. Disponible en: <http://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/92>
23. Paredes P. et al. Bullying entre adolescentes, una realidad ignorada. Ecuador. *Revista científica INSPILIP*. : [Fecha de consulta: 21 de diciembre de 2018] 2018; 2(2): 1-15. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6742/1/T-UCE-0013-Ab-293.pdf>
24. Bustillos-Cotrado A, Laguna-León E. Depresión y factores asociados en adolescentes de un colegio de la ciudad de Huánuco, Perú. *Rev Peru Investig Salud*. 2(2):10-5. Disponible en: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/219>
25. Robalino G. Factores que influyen en la prevalencia de bullying en estudiantes de los colegios rurales del CANTÓN CUENCA, AZUAY, 2014. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*. 2015. 33(2): 37-47. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25077>
26. Ceballos-Ospino GA. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*. 2015;12(1):15-22. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394>
27. Tripković I, Roje R, Krnić S, Nazor M, Karin Ž, Capkun V. (2015). Depression and self-esteem in early adolescence. *Centr Eur J Public Health*. 23:166–9. Disponible en: https://cejph.szu.cz/artkey/cjp-201502-0013_Depression-and-Self-Esteem-in-Early-Adolescence.php
28. Gerenni F, Fridman L. El Bullying y su vínculo con la personalidad, el rendimiento académico y la autoestima de los adolescentes. *Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires* [consultado: 21/12/2018] Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/1479>
29. Naranjo, CR, González AC. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Int J Psychol Psychol Ther* 2012; 12 (3): 389-403. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56024657005>
30. Pinheiro, C. Relación parental, autoestima y sintomatología depresiva en jóvenes adultos. Implicaciones de los conflictos interparentales, coalición y triangulación. *Universitas Psychologica*, 13 (3), 15-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13'3.rpas>

Dermatitis alérgica de contacto periumbilical

Allergic contact periumbilical dermatitis

Andrei Kochubei-Hurtado^{1,a,*}



Imagen 1



Imagen 2

¹Hospital II EsSalud Huánuco, Perú

^aDermatólogo

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0001-6466-3311>

Correspondencia a:

Andrei Kochubei Hurtado

Email: pielyanexos@hotmail.com

Fecha de recepción: 05 de setiembre de 2019

Fecha de aprobación: 29 de setiembre de 2019

Citar como: Kochubei-Hurtado A. Dermatitis alérgica de contacto periumbilical. Rev Peru Investig Salud [Internet]. 2019; 3(4): 188-9

2616-6097/©2018. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.



Caso 1: Paciente varón de 35 años, acude a consulta por lesión periumbilical de 8 meses de evolución que causa prurito intenso. Fue tratado con cremas antifúngicas y antimicóticos orales sin éxito; además el paciente manifiesta que cuando usa cremas trivalentes nota cierta mejoría. Al examen: se evidencia en hipogastrio costras puntiformes con liquenificación y huellas de rascado (Imagen 1). Además, se nota uso de hebilla de metal con botón de metal. Se indica al paciente la suspensión de hebilla de metal y cambio de botones de metal por plástico más corticoide de media potencia con antihistámico con buena respuesta. Concluyendo que el paciente sufre de Dermatitis alérgica de contacto al metal probablemente al níquel.

Caso 2: Paciente varón de 24 años, acude a consulta por lesión periumbilical de 1 año de evolución que causa prurito intenso. Al examen: se evidencia en mesogastrio lesión liquenificada con fisuras y costras (Imagen 2). Adicionalmente, se nota uso de hebilla de metal con botón de metal. Se indica al paciente la suspensión de hebilla de metal y cambio de botones de metal por plástico más corticoide

de alta potencia con antihistámico con buena respuesta. Concluyendo que el paciente sufre de Dermatitis alérgica de contacto al metal probablemente al níquel.

Las dermatitis por contacto son un conjunto de patrones de respuesta inflamatoria de la piel, que ocurren como resultado del contacto de la misma con factores externos como haptenos e irritantes. Existen más de 85.000 químicos en nuestro ambiente y si bien cualquier sustancia puede ser irritante, cerca de 4.000 han sido identificadas como alérgenos por contacto (1). Las alergias cutáneas por contacto corresponden a una manifestación de hipersensibilidad retardada o reacción tipo IV, siendo su manifestación clásica la aparición de reacciones ecematosas o dermatitis en el sitio de exposición, que se pueden extender más allá si el contacto es prolongado o la reactividad del paciente es alta (2). Los metales son los haptenos más comúnmente encontrados como agentes causales de alergias de contacto, siendo el níquel el metal más común; le siguen el cobalto y cromo (3). Los factores ambientales también juegan un papel muy importante, para la expresión de

esta dermatosis, ya que la obesidad, la sudoración y la fricción favorecen un aumento en la frecuencia de presentación del problema (4).

El cuadro clínico es variable y puede manifestarse en forma local, con lesiones agudas o crónicas localizadas al sitio de apoyo del objeto metálico; nos orienta al diagnóstico, la presencia de una placa ecematososa inicial, en el sitio de contacto con el metal, generalmente en región periumbilical, en el sitio de apoyo de la hebilla del cinturón o el botón metálico de los pantalones. El diagnóstico consiste en reproducir la lesión con la sustancia sospechosa a través de las pruebas epicutáneas (5). El tratamiento consiste en corticoide tópico, hidratación y la suspensión del uso del agente causal.

Referencias

1. Bourke J, Coulson I, English J. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. *Br J Dermatol* 2009; 160:946-954.
2. Valdés R. Hipersensibilidad a metales y reacciones adversas en cirugías con implantes metálicos. *Contacto Científico*. 2017; 7(1);20-23. Disponible en: <http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/437>
3. Warshaw E, Maibach H, Taylor J, et al. North American Contact Dermatitis Group Patch Test Results: 2011-2012. *Contact Dermatitis* 2015; 26: 49.
4. Fleming CJ, Burden AD, Forsyth A. The genetics of allergic contact hypersensitivity to nickel. *Contact Dermatitis* 1999; 41: 251-253.
5. Alonzo RPL y col. Dermatitis de contacto alérgica al níquel. *Rev Cent Dermatol Pascua*. Vol. 15, Núm. 2. May-Ago 2006.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

I. INFORMACIÓN GENERAL

A. POLÍTICAS EDITORIALES

La Revista Peruana de Investigación en Salud (REPIS) es el órgano oficial de expresión de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

La REPIS es publicada de manera trimestral, se encuentra arbitrada por pares, y tiene como objetivo primordial difundir trabajos originales realizados en el ámbito nacional y mundial, que contribuyan al conocimiento en ciencias de la salud y especialidades médicas, con énfasis en salud pública.

La REPIS publica investigaciones originales preferentemente en idioma español, sin embargo, acepta contribuciones en inglés y portugués, siempre y cuando sea el idioma materno de los autores, o el investigador principal.

B. DERECHOS DE PROPIEDAD

La REPIS es difundida únicamente en versión electrónica, siendo de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido está disponible de forma gratuita sin cargo para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar o vincular los textos completos de los artículos, o utilizarlos para cualquier otro propósito legal, sin pedir permiso previo del editor o del autor, todo bajo la licencia de creative commons, CC-BY.

C. ALCANCE

Las instrucciones para la presentación de artículos a la REPIS siguen las recomendaciones de los "requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se presentan a las revistas biomédicas" publicadas por el "Comité Internacional de

Editores de Revistas Médicas" (ICMJE).

II. PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

A. SECCIONES DE LA REVISTA

La REPIS publica manuscritos producto de trabajos de investigación, en las siguientes secciones:

- **EDITORIAL.** Se presentan a solicitud del director de la REPIS, su contenido se referirá a los artículos publicados en el mismo número de la revista, o tratarán de un tema de interés según la política editorial. Se aceptará una extensión máxima de 1500 palabras y 10 referencias.
- **ARTÍCULOS ORIGINALES.** Se admitirán trabajos de tipo observacional, de investigación clínica, farmacología o microbiología, y las contribuciones originales sobre etiología, fisiopatología, anatomía patológica, epidemiología, diagnóstico, prevención y tratamiento, además de trabajos de experimentación o de campo en todas las áreas de la salud. La extensión máxima del texto será de 3.000 palabras. Se aceptará un máximo de 30 referencias bibliográficas y hasta 6 figuras y/o tablas.

La estructura de los trabajos será la siguiente:

Página inicial (ver Preparación del manuscrito)

Resumen: La extensión no será superior a 250 palabras. El contenido del resumen se estructurará en cuatro secciones: Introducción, Métodos, Resultados y Conclusión. En cada uno de ellos ha de exponerse, respectivamente, el problema motivo de la investigación, la manera de llevarla a cabo, los resultados más destacados y las conclusiones que se derivan de estos. Para las características del idioma

ver Preparación del manuscrito.

Palabras clave: Se incluirán un mínimo de 3 y hasta un máximo de 6 palabras clave empleadas en el Index Medicus (Medical Subject Headings) o DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud).

Texto: Debe estar dividido en las siguientes secciones: Introducción, Métodos, Resultados y Discusión. Los artículos especialmente complejos pueden incluir sub-apartados en algunas secciones que ayuden a comprender su contenido:

Introducción. Será lo más breve posible y debe proporcionar únicamente la explicación necesaria para comprender el texto que sigue a continuación. No debe ser una revisión del tema ni una discusión adelantada. Debe incluir un último párrafo en el que se expongan de forma clara los objetivos del trabajo.

Métodos. Debe describir la selección de sujetos o experimentos, identificar los métodos y aparatos empleados (nombre y dirección del fabricante entre paréntesis) y procedimientos con detalle suficiente para permitir a otros investigadores reproducir las investigaciones con facilidad. Si se trata de métodos o procedimientos muy utilizados y conocidos, debe proporcionarse su referencia y evitar su descripción detallada. Deben exponerse adecuadamente los métodos estadísticos utilizados. Los fármacos y productos utilizados deben citarse con nombres genéricos. No deben utilizarse los nombres de pacientes, ni sus iniciales ni el número de historia ni cualquier otro dato que pudiese permitir su identificación.

Resultados. Se relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas. Deben presentarse en una secuencia lógica con la ayuda de tablas y figuras. Deben evitarse repeticiones innecesarias de aquellos resultados que ya figuren en las tablas y limitarse a resaltar los datos más relevantes.

Discusión. Debe poner énfasis en los aspectos más importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de él. No deben repetirse datos ya proporcionados en los resultados, sino solo en la medida que sea preciso para contrastarlos con los de los autores. Es necesario delimitar con claridad los interrogantes que abre la investigación realizada que puedan estimular a otros

autores a resolverlos. Tan importante como aclarar las aportaciones de un trabajo es que los propios autores precisen sus limitaciones.

Agradecimientos: (ver Preparación del manuscrito).

Bibliografía: (ver Preparación del manuscrito).

- **ORIGINALES BREVES.** En esta sección se considerarán los trabajos de investigación que por sus características especiales (series con número reducido de observaciones, trabajos de investigación con objetivos y resultados muy concretos, estudios epidemiológicos descriptivos, entre otros) pueden ser publicados en forma más abreviada y rápida. Estos trabajos deberán tener una extensión máxima de 1.500 palabras. Se aceptará un máximo de 15 referencias bibliográficas y hasta 3 figuras y/o tablas. El número máximo de autores es de seis. Cada trabajo deberá estructurarse como un artículo original.
- **ARTÍCULO DE REVISIÓN.** Los artículos de revisión serán solicitados por el comité editorial o editor general a investigadores con amplia experiencia en el área. Las personas que deseen someter un manuscrito de revisión no solicitados por el comité editorial o editor general, deben enviar un resumen del manuscrito propuesto que incluya el título, índice detallado. Adicionalmente, se debe anexar el resumen de la hoja de vida de los autores que soporte su experiencia en este campo y una carta adjunta indicando la necesidad de actualización del tema. El comité editorial revisará la relevancia de cada propuesta y comunicará su decisión a los autores proponentes. La extensión máxima será de 6000 palabras y 50 referencias bibliográficas, además de 10 tablas y/o figuras.
- **CASOS CLÍNICOS.** En esta sección se considerarán la publicación de reportes de casos clínicos de cualquier patología, siempre y cuando contengan un enfoque pedagógico y respete el anonimato y pudor del paciente. Los manuscritos sobre casos clínicos y series clínicas deben acompañarse de una carta

con la autorización escrita del (los) paciente(s) o de su(s) tutor(es) para publicar los datos clínicos y/o imágenes correspondientes al artículo. En caso de estar imposibilitada la obtención de esta documentación, podrá ser reemplazada por una carta emitida por la Dirección del establecimiento hospitalario donde fuera atendido el (los) paciente(s), especificando que la institución apoya la publicación del caso/serie clínica por motivos científicos.

Tiene la siguiente estructura: resumen no estructurado, palabras clave, introducción, reporte de caso, discusión (donde se resalta el aporte o enseñanza del artículo) y referencias bibliográficas. La extensión máxima es de 150 palabras en el resumen, 1500 palabras en el contenido, tres figuras o tablas y quince referencias bibliográficas.

- **IMÁGENES EN MEDICINA.** En esta sección se publicarán imágenes relevantes en relación a todos los aspectos de la medicina y la salud en general (clínicas, endoscópicas, radiografías, microbiológicas, anatomo-patológicas, etc). Es conveniente utilizar recursos gráficos (flechas, asteriscos, etc.) para las observaciones visuales. Deben tener un máximo de 300 palabras, hasta 4 referencias y el número de autores no debe exceder a tres.
- **HISTORIA DE LA MEDICINA.** En esta sección se publicarán artículos referidos a la historia de la salud, incluyendo notas biográficas de personajes que han contribuido en forma destacada a todas las áreas de la medicina y la salud. Tiene la siguiente estructura: resumen no estructurado, palabras clave, cuerpo del artículo y referencias bibliográficas. La extensión máxima es de 100 palabras en el resumen, 2500 palabras en el contenido, tres figuras o tablas y treinta referencias bibliográficas.
- **IDEAS Y OPINIONES.** En esta sección se publican ensayos que representan opiniones o hipótesis de expertos, acerca de un determinado tema de la salud o de las áreas asociadas a la salud. La extensión máxima será de 1000 palabras, y se aceptará un máximo de 10 referencias

bibliográficas. El número de autores no debe exceder de tres.

- **ÉTICA Y MEDICINA.** En esta sección se publican ensayos y artículos de revisión sobre temas bioéticos, es decir, problemas y dilemas éticos derivados de la irrupción tecnocientífica en la sociedad contemporánea, en todas las áreas de la salud y la medicina, así como su interrelación con el área del derecho.
- **CARTAS AL EDITOR.** En esta sección se publican la discusión de trabajos publicados en los últimos dos números de la revista y/o la aportación de opiniones, observaciones o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto. La extensión máxima será de 700 palabras. Se aceptará un máximo de 10 referencias bibliográficas, y se admitirá una figura o una tabla. El número de autores no debe exceder de cuatro. Debe incluirse el título y hasta 3 palabras clave en español e inglés.

B. PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

IDIOMA

Los manuscritos son aceptados en español, portugués o inglés. Los artículos en portugués y español deben ser acompañados de un resumen en el idioma original del artículo, además del respectivo "abstract" en inglés. Los artículos en inglés además del "abstract" en el idioma original del artículo, deben ser acompañados de un resumen en español.

ESTILO

El archivo debe presentar el siguiente orden: Pagina inicial, Resumen, "Abstract", Introducción, Metodología, Resultados, Discusión, Conclusión, Agradecimientos, Referencias Bibliográficas y tablas y/o Ilustraciones. El archivo final completo debe ser enviado solamente en el formato DOC (Microsoft Word), debiendo respetar el siguiente formato:

Márgenes con configuración "Normal" en todo el texto (superior e inferior=2,5 cm; izquierda y derecha=3 cm);
Espaciamiento doble en todo el texto;
Fuente Times New Roman, tamaño 12, en todo el texto;

CARTA DE PRESENTACIÓN

El manuscrito debe ser acompañado de una carta al editor, presentando el trabajo al editor y justificando la importancia de la investigación para una posible publicación, además de mencionar si el artículo forma parte de una tesis académica.

PÁGINA INICIAL

Título: Los autores deben proveer los títulos del manuscrito en español e inglés (máximo 15 palabras). El título debe ser conciso, reflejar el diseño del estudio o tipo de artículo (p. Ej., Ensayo controlado aleatorio, revisión sistemática) y contener términos que ayuden a identificar el artículo en la búsqueda electrónica.

Título de encabezado: Deben tener también un título resumido en el idioma original del manuscrito (máximo de 8 palabras).

Autores: Enumere los datos de los autores, datos del autor de correspondencia (nombre completo, dirección y e-mail), número de identificación/aprobación del Comité de Ética en Investigación, si corresponde. Debe ser especificada, también, la colaboración individual de cada autor en la elaboración del manuscrito.

El financiamiento debe ser informado obligatoriamente en la página inicial. En caso de que el estudio no tenga contacto con recursos institucionales y/o privados, los autores deben informar que el estudio no contó con financiamiento.

RESUMEN Y ABSTRACT

Los resúmenes deben seguir las recomendaciones según la sección a la que está enviando el manuscrito. El "abstract" sigue las mismas consideraciones.

Los autores deberán presentar como mínimo 3 y como máximo 6 palabras clave, así como las respectivas "Keywords", que consideren como descriptores del contenido de sus trabajos, en el idioma en que el artículo fue presentado y en inglés. Esos descriptores deben estar estandarizados según los DeCS (<http://decs.bvs.br/>) y MeSH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).

TEXTO

La REPIS recomienda encarecidamente a los autores que sigan las recomendaciones de informes de los consensos internacionales para

tipos específicos de artículo como las guías STROBE para estudios observacionales; CONSORT para ensayos clínicos; STARD para estudios de pruebas diagnósticas, PRISMA para metaanálisis, etc.

AGRADECIMIENTO

Reconozca solo a las personas que hayan contribuido al contenido científico o brindado soporte técnico. Los autores deben obtener un permiso por escrito firmado por todos los que figuran en la sección de agradecimientos. El autor corresponsal también debe afirmar que ha enumerado a todos los que contribuyeron significativamente al trabajo en la sección agradecimientos.

ILUSTRACIONES

Las tablas y figuras (gráficos y dibujos) deberán ser incluidas al final del manuscrito, no siendo permitido el envío en páginas separadas. Deben ser suficientemente claras para permitir su reproducción de forma reducida, cuando sea necesario. Presentarlas después de las Referencias, al final del manuscrito (en archivo único).

REFERENCIAS

Las referencias deben seguir los estándares resumidos en "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" publicado por "International Committee of Medical Journal Editors" en <http://www.icmje.org/>.

Deben insertarse en el texto, enumerarse según su orden de aparición y especificar:

Apellido de los autores seguido de inicial del nombre, separándolos con una coma, hasta un máximo de seis; si son más de seis se citan sólo los seis primeros y se añade la expresión et al. Punto.

Título del trabajo. Punto.

Nombre abreviado de la revista según convenciones publicadas en: List of Journals Indexed in Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Año de publicación. Punto y coma.

Volumen. Dos puntos.

Página inicial y final del texto. Punto.

Ejemplos:

- Rodríguez L, Alva A, Coronel J, Caviedes L, Mendoza-Ticona A, Gilman R, et al. Implementación de un sistema de telediagnóstico de tuberculosis y determinación de multidrogorresistencia basada en el método Mods en Trujillo, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(3):445-53.
- Garcia-Pinzas J, Wong JE, Fernández MA, Rojas-Espinoza MA. Fibrodysplasia ossificans progresiva: diagnosis in primary care. Rev Paul Pediatr. 2013;31(1):124-8.

Aquellas referencias bibliográficas aceptadas, pero aún no publicadas pueden ser citadas agregando la frase: en prensa.

Las referencias obtenidas de Internet y que no corresponden a versiones electrónicas de publicaciones periódicas indizadas en Index Medicus/Medline deben formularse con: nombre de capítulo o encabezamiento del texto, dirección electrónica completa, fecha de acceso a la información.

Para citar capítulos de libros debe respetarse el siguiente orden: autor(es) del capítulo, nombre del capítulo, nombre del (los) autor(es) del libro, título del libro, edición, ciudad de publicación, editorial, año, páginas inicial y final del capítulo.

- Musher DM. Chapter 200: Streptococcus pneumoniae. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2010, p. 2623-2642.

TABLAS

Numere las tablas con números arábigos en el orden en que aparecen en el texto. Las tablas deben tener títulos que describan concisamente el contenido de la tabla para que el lector pueda entender la tabla sin consultar el texto. Las tablas pueden contener abreviaturas, pero deben contener una nota al pie que explique la abreviatura. Proporcione las unidades de medida para todos los datos numéricos en una columna o fila. Coloque las

unidades de medida bajo un encabezado de columna o al final de un encabezado lateral solo si esas unidades se aplican a todos los datos numéricos en la columna o fila.

IMÁGENES

Numerar figuras con números arábigos en el orden en que aparecen en el texto. Cada figura debe tener una leyenda de figura que comienza con un título corto. Reduzca la duración de las leyendas usando frases en lugar de oraciones. Explique todas las abreviaturas y símbolos en la figura, incluso si aparece una explicación en el texto. Para imágenes de portaobjetos histológicos, brinde datos de tinción y aumento al final de la leyenda para cada parte de la figura. Si no aparece un marcador de escala en la figura, proporcione la ampliación original utilizada durante la observación, no la de la impresión fotográfica.

ABREVIATURAS

Cuando sean citadas por primera vez, deben acompañar el término por extenso. No deben ser utilizadas abreviaturas en el título y en el resumen.

C. CONSIDERACIONES ESPECIALES

Los manuscritos enviados deben presentarse exclusivamente a la REPIS, no siendo permitida su presentación simultánea a otra revista. Juntamente con el manuscrito presentado, los autores deberán firmar y presentar la "Declaración de Exclusividad, de Derechos Autorales y de Conflictos de Intereses", de acuerdo al modelo provisto por la REPIS. Las opiniones y conceptos emitidos en cualquiera de las secciones de la REPIS son de entera responsabilidad de sus autores.

La presentación de un manuscrito implica que el trabajo descrito no se ha publicado previamente, excepto en forma de resumen o una tesis académica, siendo necesario mencionar esto último en la carta de presentación.

AUTORÍA

Todos los autores deben haber hecho contribuciones sustanciales en cada uno de los siguientes aspectos: (1) la concepción y el diseño del estudio, o la adquisición de datos, o el análisis y la interpretación de los datos, (2) el borrador del artículo o la revisión crítica del

contenido intelectual, (3) la aprobación definitiva de la versión que se presenta.

Se recomienda a los autores que revisen cuidadosamente el listado y el orden de los autores antes de enviar su manuscrito por primera vez. No está permitido en ningún modo cualquier incorporación, supresión o reordenación de los nombres de los autores posterior al ingreso a la evaluación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores deben informar de cualquier relación financiera y personal con otras personas u organizaciones que pudieran influenciar (hacer parcial) su trabajo de manera inadecuada, así como si la investigación ha recibido financiamiento de cualquier tipo.

ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Los artículos que conlleven resultados de investigaciones involucrando seres humanos deben seguir los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial; así como, cumplir las legislaciones específicas (cuando hubiera) del país en el que la investigación fue realizada.

Los artículos que presenten resultados de investigaciones que involucren seres humanos han de contener una clara afirmación de este cumplimiento en el cuerpo del artículo, además de haber sido aprobadas por un comité de ética en investigación debidamente establecido para tal fin.

Los editores de la REPIS, se reservan el derecho de solicitar información adicional sobre los procedimientos éticos ejecutados en la investigación.

PLAGIO

La REPIS usa el método de búsqueda de plagio mediante software libre Desktop Plagiarism Checker V 1.22, por lo que todos los artículos que superen el 20% de plagio serán devueltos a sus autores sin iniciar el proceso de revisión.

REVISORES

Es necesario que, dentro de la carta de presentación, los autores propongan dos o tres revisores potenciales para su artículo, indicando su nombre y dirección de correo electrónico. Tenga en cuenta que el editor es

quien decide en última instancia si utiliza o no los revisores propuestos.

III. PRESENTACIÓN Y ENVÍO DE MANUSCRITOS

A. ENVÍO

Aceptamos colaboraciones mediante el sistema de envío de manuscritos, para lo cual tiene que registrarse previamente en la página web de la REPIS; adicionalmente y por un tiempo definido aceptamos el envío mediante correo electrónico: repisunheval@gmail.com.

B. CORRESPONDENCIA

El correo electrónico es la principal forma de correspondencia entre los autores y la revista. Es responsabilidad del autor corresponsal coordinar las respuestas a las solicitudes de revisión y preguntas sobre el trabajo en revisión, incluidas, entre otras, preguntas sobre la integridad del trabajo, solicitudes de protocolos de estudio o información de registro de prueba, datos de estudios y documentación de revisión institucional. aprobación del comité de ética, etc.

C. ACUSE DE RECIBO

Reconocemos todos los manuscritos y asignamos a cada uno un número único y confidencial de manuscrito. Proporcionamos a todos los autores instrucciones para verificar el estado del manuscrito mediante correo electrónico y mediante nuestro sistema de gestión de manuscritos.

D. REVISIÓN INTERNA Y REVISIÓN EXTERNA

Una vez enviado el manuscrito, la asistente editorial verifica si todas las instrucciones establecidas fueron realizadas, de no ser así, son devueltas al autor sin ingresar al proceso de evaluación. Si todo ha sido cumplido, el manuscrito es enviado para la apreciación de los editores.

Cada manuscrito es evaluado por como mínimo dos árbitros, seleccionados por uno de los editores. Los manuscritos enviados para su revisión son comunicaciones privilegiadas y son propiedad privada de los autores. Por lo tanto, los revisores (como los miembros del equipo editorial) no deben discutir públicamente el trabajo de los autores ni

apropiarse de sus ideas antes de publicar el manuscrito. Los revisores no deben guardar copias de manuscritos revisados en sus archivos personales y tienen prohibido compartir copias del manuscrito con otros. Los revisores deben destruir las copias de los manuscritos después de enviar las revisiones. El revisor recibirá una copia de nuestra carta de decisión al autor con los comentarios de los demás revisores. Estos también son confidenciales.

No existe comunicación directa entre los autores y los revisores. La REPIS se maneja bajo el sistema de revisión por pares de doble ciego, donde ni los autores ni los revisores conocen la identidad del otro grupo.

E. DECISIÓN FINAL

Una vez recibido el informe de los revisores, el editor general juntamente con miembros del comité editorial, se reúnen y basándose en los informes de los revisores por pares, toman la decisión de aceptar el manuscrito en su totalidad, aceptarlo después de cambios menores, condicionar su aceptación a si se realizan cambios mayores o rechazar la contribución.

De haber controversia en cuanto a la decisión, el editor en jefe tomará la decisión final de aceptar o rechazar el manuscrito, la cual será avalada por el comité editorial.

Cualquiera de las decisiones tomadas por el comité editorial serán informadas al autor corresponsal mediante correo electrónico.

F. APELACIÓN

Los autores que piensan que sus manuscritos fueron erróneamente rechazados pueden enviar por correo electrónico una carta de apelación al editor que manejó el manuscrito. La carta debe detallar la preocupación del autor y establecer cómo se puede revisar o aclarar el manuscrito para abordar los problemas clave mencionados por los editores y los revisores. Los editores rara vez revierten sus decisiones originales. Muchos rechazos implican juicios de prioridad de los editores que los autores generalmente no pueden abordar a través de una apelación. Una vez recibida la apelación,

los editores pueden confirmar su decisión de rechazar el manuscrito, invitar a un manuscrito revisado o buscar una revisión adicional por pares o una revisión estadística del manuscrito original.

G. COBROS Y PAGOS

La REPIS no cobra cargos por conceptos de envío de manuscritos, o para la evaluación o publicación de artículos.

IV. MANUSCRITOS ACEPTADOS

PRUEBA DE IMPRENTA

Se enviará una prueba de imprenta del artículo al autor corresponsal. La prueba se revisará y se marcarán los posibles errores, devolviendo las pruebas revisadas en un plazo de 48 horas. Estas pruebas de impresión tienen por objeto detectar errores tipográficos, ortográficos o de forma. Igualmente, será responsable de la revisión del texto en inglés. No se aceptarán correcciones que afecten al contenido o que modifiquen el artículo en su sentido original. De no recibir estas pruebas en el plazo fijado, el Comité de Redacción no se hará responsable de cualquier error u omisión que pudiera publicarse.

El Comité Editorial se reserva el derecho de admitir o no las correcciones efectuadas por el autor en la prueba de impresión.

AUDIOWEB

La REPIS anima al autor a crear un audio en formato MP3 acerca de su artículo publicado. Estas son presentaciones breves, que se muestran junto al artículo online en la página web de la REPIS. Ofrecen a los autores la oportunidad de resumir su trabajo de investigación en sus propias palabras para ayudar a los lectores a entender el contenido del mismo.

V. COMUNICACIÓN GENERAL

El autor corresponsal del artículo puede consultar en cualquier momento sobre los avances de la revisión de su artículo o ante cualquier duda que surja mediante correo electrónico: repisunheval@gmail.com.

DECLARACIÓN DE EXCLUSIVIDAD, DE DERECHOS AUTORALES Y DE CONFLICTOS DE INTERESES

Sr. Editor Mediante la presente y en nombre de todos los autores solicito la publicación del manuscrito titulado:

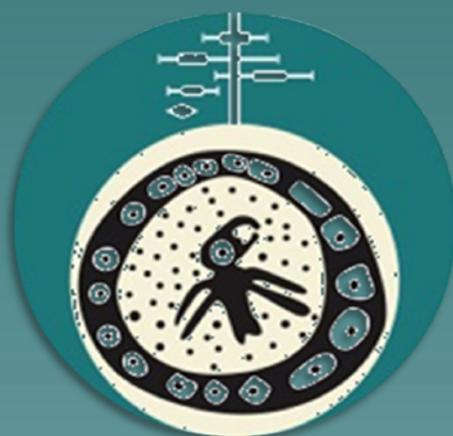
El cual deseamos publicar en la sección de:

Los autores tenemos los siguientes conflictos de intereses:

Acerca del manuscrito remitido para su publicación a la revista, DECLARO:

- Que es un trabajo original.
-
- Que no ha sido previamente publicado ni enviado simultáneamente a otra publicación.
-
- Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración.
-
- Que todos ellos han leído y aprobado el manuscrito remitido.
-
- Que se han obtenido todos los permisos necesarios para la reproducción o citas de otros trabajos.
-
- Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor a la Revista.
-
- Que convienen que la editorial no comparte necesariamente las afirmaciones que manifiestan los autores en el artículo.

A través de este documento, la Revista Peruana de Investigación en Salud, asume los derechos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales o bases de datos.



REEJS

REVISTA PERUANA DE
INVESTIGACIÓN EN
SALUD

PERUVIAN JOURNAL OF HEALTH RESEARCH