

PERCEPCIONES BIOÉTICAS EN ADOLESCENTES DE LAS COMUNIDADES DE GENERAL MANSILLA

MIGUEL Ricardo , ZEMEL Martín , COCCO Laura , SAPIENZA María Elena , CATINO Magalí , DI GIROLAMO Germán , POLVORA Beatriz , IANTOSCA Alicia

Instituto de Investigaciones en Educación Superior - Facultad de Odontología – Universidad Nacional de La Plata. 50 e/ 1 y 115 La Plata (1900)

Director | Prof. Dr. Miguel Ricardo - olfolp@yahoo.com

“Sin conflicto de interés”

Resumen

El ciclo de vida de la Adolescencia ofrece una importante perspectiva para la adopción de medidas de salud pública. No obstante, determinados contextos de vulnerabilidad en que se encuentran algunos grupos de adolescentes actúan como una barrera de accesibilidad a la promoción y prevención odontológica, como también al ejercicio efectivo de sus derechos sanitarios.

OBJETIVO | Examinar aspectos vinculados con el ejercicio efectivo de los derechos sanitarios en escolares del Partido de Magdalena, Provincia de Buenos Aires.

MÉTODOS | Se realizó un estudio descriptivo sobre las variables “derechos sanitarios” y “grupo etario”. Se registró una encuesta cerrada, voluntaria, anónima y por autorreporte a una muestra azarosa de 240 escolares de General Mansilla, Partido de Magdalena, Provincia de Buenos Aires. El muestreo comprendió 120 estudiantes de primer ciclo (Grupo A) y 120 estudiantes de segundo ciclo (Grupo B), ambos de la Escuela Secundaria local. El tratamiento estadístico fue realizado con SPSS 15.

RESULTADOS | El grupo A tuvo una edad media de 13.2 años, modo y mediana 13; DS 1.8; siendo 64 mujeres (53.3%); mientras que la media del grupo B fue 17.1 años, modo y mediana 17, DS 0.9 y 68

varones (56,7%). Respecto a los derechos sanitarios se evaluaron los siguientes indicadores: accesibilidad geográfica a la atención odontológica, siendo su distribución: Grupo A = Alta 40 (33.3%), Mediana 26 (21.6%), Baja 54 (45.0%); Grupo B = Alta 35 (29.1%), Mediana 27 (22.5%), Baja 58 (48.3%), $p>0.05$. Al evaluar el indicador “última consulta odontológica”, la distribución fue para “más de un año”: Grupo A= 93 (77.5%); Grupo B = 108 (90.0%), $p>0.05$. Respecto de la “recepción de información clínica”, la distribución para la categoría “nunca recibió información” fue: Grupo A = 72 (60.0%), Grupo B = 48 (40.0%), $p<0.05$. Finalmente, la evaluación del indicador “explicación del carácter confidencial de la información suministrada”, la distribución de la respuesta afirmativa fue: Grupo A = 18 (15.0%); Grupo B = 75 (62.5%).

CONCLUSIÓN | Si bien en ambos grupos prevaleció una baja accesibilidad y atención odontológica, se observó un escaso ejercicio del derecho sanitario en el grupo de adolescentes que concurría al primer ciclo escolar ($p<0.05$). Financiada por UNLP

Keywords: Evolutionary stages - eruption - dental age - panoramic radiographs.

Abstract

Adolescence offers an important perspective for the adoption of public health measures. However, certain contexts of vulnerability in which some groups of adolescents find themselves act as a barrier to the accessibility and prevention of dentistry, as well as to the effective exercise of their health rights.

OBJECTIVE | To examine aspects related to the effective exercise of health rights in schoolchildren of the Party of Magdalena, Province of Buenos Aires.

METHODS | A descriptive study was carried out on the variables "health rights" and "age group". A closed, voluntary, anonymous and self-reported survey was recorded on a random sample of 240 students from General Mansilla, Magdalena Party, Province of Buenos Aires. The sample comprised 120 first cycle students (Group A) and 120 second cycle students (Group B), both from the local High School. Statistical treatment was performed with SPSS 15.

RESULTS | Group A had a mean age of 13.2 years, mode and median 13; DS 1.8; 64 women (53.3%); While the mean of group B was 17.1 years, mode and median 17, DS 0.9 and 68 males (56.7%). Regarding health rights, the following indicators were evaluated:

geographic accessibility to dental care, with its distribution: Group A = High 40 (33.3%), Medium 26 (21.6%), Low 54 (45.0%); Group B = High 35 (29.1%), Medium 27 (22.5%), Low 58 (48.3%), $p > 0.05$. When the "last dental consultation" indicator was evaluated, the distribution was for "more than one year": Group A = 93 (77.5%); Group B = 108 (90.0%), $p > 0.05$. Regarding the "reception of clinical information", the distribution for the category "never received information" was: Group A = 72 (60.0%), Group B = 54 (41.9%), $p < 0.05$. Finally, the evaluation of the indicator "explanation of the confidential nature of the information provided", the distribution of the affirmative answer was: Group A = 18 (15.0%); Group B = 75 (62.5%).

CONCLUSION | Although low accessibility and dental care prevailed in both groups, there was little exercise of the right to health in the group of adolescents attending the first school year ($p < 0.05$). Funded by UNLP

KEYWORDS: Dentistry - health rights - adolescents - Bioethics Investigation financed by U.N.L.P.

Introducción

La Bioética ha generado un nuevo paradigma de atención clínica odontológica en las últimas tres décadas. Entre una de sus mayores incorporaciones ha sido el desarrollo de la autonomía de los pacientes. Esto ha llevado a configurar las prácticas desde una nueva perspectiva, dedicando especial atención a los distintos grupos etarios.

El principio de autonomía del paciente ha sido incorporado a la práctica sanitaria a través de la obligación moral profesional de brindar explicaciones previas a los tratamientos ofrecidos derivando en la implementación legal del consentimiento informado. El mismo ha tenido un significativo desarrollo en el área disciplinar odontológica donde se ha observado que los pacientes buscan una mayor respuesta sobre las distintas alternativas en el cuidado de su salud, aumentando así la demanda por la información de alta calidad sobre opciones clínicas. (Sogi et al, 2010; Amarilla Guirland, 2011; Zemel y col, 2012)

El proceso de consentimiento informado (PCI) se ha constituido como el espacio donde a una persona se le proporciona información suficiente para tomar una decisión razonada acerca del diagnóstico realizado y la terapéutica sugerida (Miguel y col, 2006). Este último es otorgado por el paciente sin ninguna coacción, fundado en su entendimiento razonable de lo que sucederá, la

necesidad de realizar el tratamiento, los beneficios y riesgos del mismo, la existencia de cualquier procedimiento alternativo disponible y los riesgos de su no-aceptación. (Miguel et al, 2006)

Se ha convenido que, entre los requisitos necesarios para la validez del consentimiento, se debe facilitar al paciente una información clara, exhaustiva y adecuada. Su práctica constituye así una relación comunicativa en la que el paciente puede expresar dudas, perplejidades y solicitudes de aclaración al odontólogo. Además, el tratamiento odontológico tiene peculiaridades específicas: la relación entre la odontología y la estética, la presencia concomitante de patologías que requieren tratamientos diferentes, el proceso de atención de largo plazo y el establecimiento de una relación de confianza y familiaridad con el paciente representan aspectos importantes en la configuración de la relación clínica, y también en el proceso de obtener el consentimiento informado. (Conti et al, 2013) El odontólogo debe ofrecer la información correcta sobre el diagnóstico, el pronóstico, el punto de vista terapéutico y las posibles consecuencias de la terapia, la terapia alternativa y la negativa de la terapia, así como los compromisos eventuales en el período después del tratamiento. Especial atención debe darse a los menores de edad, particularmente al grupo de los adolescentes: el enfoque del profesional para estos pacientes debe ser claro y

adecuado a la edad, comprensión y capacidad del paciente, particularmente si el poder de decisión para el tratamiento sanitario puede estar en manos de una tercera persona.

El adolescente toma conciencia de sus capacidades y limitaciones, responsabilidades y derechos, y percibe cuál es su situación en el mundo y en el medio social. Se convierte en protagonista y multiplicador de conocimientos en su núcleo familiar y social. Esta situación podría resultar beneficiosa en aquellos que conviven en contextos de vulnerabilidad.

El estudio de los procesos desarrollados para la promoción de los principios bioéticos, como también de los derechos sanitarios emergentes en determinados contextos rurales, ha resultado sumamente escaso.

El presente trabajo de investigación se propuso examinar aspectos vinculados con el ejercicio efectivo de los derechos sanitarios en estudiantes secundarios del Partido de Magdalena, Provincia de Buenos Aires.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo sobre variables: a) "derechos sanitarios"; b) "grupo etario".

El tamaño de muestra fue calculado mediante EpiInfo Versión 3.3.2, considerando un Nivel de Confianza de 95% y realizando un posterior ajuste al tamaño de la población.

Se registró una encuesta cerrada, voluntaria, anónima y por autorreporte a una muestra por sorteo de 240 escolares de General Mansilla, Partido de Magdalena, Provincia de Buenos Aires. El muestreo comprendió 120 estudiantes del primer ciclo (Grupo A) y 120 estudiantes del segundo ciclo del nivel secundario (Grupo B). Se excluyó previamente a los alumnos que no desearan participar voluntariamente del estudio reemplazándose los mismos.

La encuesta estuvo dividida en dos secciones. La primera tenía como objeto examinar su representación sobre el estado de la salud bucal, mientras que la segunda evaluaba diferentes dimensiones de los derechos de los pacientes emergentes del andamiaje legal vigente. El proceso de construcción y validación del instrumento se realizó mediante un juicio de expertos que verificó la validez del contenido y constructo aplicando la V de Aiken (0,97), luego se evaluó la confiabilidad obteniendo resultados del Alfa de Crombach (0,84).

La encuesta fue instrumentada bajo condiciones controladas. Los

datos obtenidos se estandarizaron para su procesamiento y tratamiento estadístico utilizando el programa SPSS 15, tomando un intervalo de confianza (IC) del 95%. Se aplicaron pruebas de hipótesis para la evaluación de diferencias significativas entre los grupos considerando diferencias significativas para $p < 0.05$.

Para llevar a cabo el estudio se seguirán los lineamientos éticos establecidos en Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA) como también la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). En este sentido, el protocolo fue evaluado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Además, la información obtenida fue de carácter confidencial, hecho probado en la condición anónima de las encuestas realizadas. Asimismo, se resaltó en todo momento el carácter voluntario y libre en el llenado de los autorreportes. En este sentido, se proporcionó información a los participantes explicándoles los objetivos y metodología del estudio. Luego, se les solicitó firmar un documento de consentimiento informado (DCI), junto con la firma de sus respectivos adultos responsables, que dejó constancia del carácter voluntario y anónimo de su participación.

Resultados

El grupo A tuvo una edad media de 13,2 años, modo y mediana 13; DS 1,3; siendo 64 mujeres (53.3%); mientras que la media del grupo B fue 17,1 años, modo y mediana 17, DS 1,12 y 68 varones (56,7%). En el grupo A la edad mínima 12, máxima 15; media 13.2, mediana y moda 13 años, DS 1.8; correspondiendo el 53.3% (64/120) de los estudiantes al género femenino. En el grupo B la edad mínima registrada fue 16 y máxima 18 años; media 17.1, mediana y moda 17 años, DS 0.9; correspondiendo el 56.7% (68/120) de los estudiantes al género masculino.

En relación con la dimensión social de la primer variable se evaluó, en primer término, el indicador "representación del propio estado de salud bucal" hallándose entre los valores "Buena y Muy buena": Grupo A = 87, 72.5%; Grupo B = 86, 71.7%; $p > 0.05$.

Discusión

En la relación clínica contemporánea los enfermos y sus familias se relacionan de una manera distinta y particular con el profesional tratante y su personal de colaboración. Esta situación se complejiza en el ciclo de vida de la adolescencia donde los cambios comportamentales adquieren un singular significado. En este mismo contexto, cabe señalar que desde hace algunos años, los pacientes, han dejado de ser sujetos pasivos para ser actualmente agentes activos, informados y dispuestos a tomar sus decisiones en todo lo referente a sus atenciones de salud (Simon Loda, 2002).

En la clásica relación clínica, primó siempre la perspectiva del profesional: el "deber" del profesional de hacer el bien ("beneficencia") que se traducía en el objetivo de la curación sobre otras consideraciones. Esta concepción ponía un énfasis excesivo en la autoridad que tenía el sanitario como experto. Esta autoridad podía acabar fácilmente en autoritarismo proteccionista.

Se describió esas relaciones como "paternalistas" en un sentido peyorativo. El profesional sabía lo que convenía al paciente, este debía limitarse a cumplir las órdenes que se le daban. El progreso sociocultural derivó en la consideración que el paciente debía participar activamente en las decisiones sobre su propio bien, llegando a un modelo de relación donde el respeto por la autonomía del paciente es un eje central. Esto además fue contemplado en el andamiaje legal argentino de los últimos años. Por tanto, la relación que entablaron los estudiantes respecto a las consideraciones previas sobre sus tratamientos, como también respecto a la confidencialidad en la consulta odontológica invitan a reflexionar sobre la posible vigencia del pasado paradigma de atención clínica

Tabla 1 | Identificación del propio estado de salud bucal

	Grupo A	Grupo B	p
Pésima	2 (1.7%)	3 (2.5%)	>0.05
Mala	2 (1.7%)	3 (2.5%)	>0.05
Regular	18 (15.0%)	23 (19.2%)	>0.05
Buena (B)	65 (54.2%)	60 (50.0%)	>0.05
Muy Buena (MB)	22 (18.3%)	26 (21.7%)	>0.05
NS/NC	11 (9.2%)	5 (4.2%)	>0.05

Respecto a la dimensión sanitaria de la primer variable se midió el "nivel de accesibilidad geográfica a la consulta odontológica" siendo su distribución para el nivel "Bajo": Grupo A = 54, 45.0%, Grupo B = 58, 48.3%, $p > 0.05$.

Tabla 2 | Nivel de accesibilidad geográfica a la consulta odontológica

	Grupo A	Grupo B	p
Alta	40 (33.3%)	35 (29.2%)	>0.05
Media	26 (21.7%)	27 (22.5%)	>0.05
Baja	54 (45.0%)	58 (48.3%)	>0.05

Al evaluar el indicador "última consulta", la distribución fue para "más de doce meses": Grupo A = 93 (77.5%), Grupo B = 108 (90.0%) $p < 0.05$.

Tabla 3 | Última consulta odontológica efectuada recordada por los escolares.

	Grupo A	Grupo B	p
12 meses	93 (77.5%)	108 (90.0%)	>0.05
6-12 meses	14 (11.7%)	7 (5.8%)	>0.05
1-6 meses	4 (3.3%)	3 (2.5%)	<0.05
<1 mes	6 (5.0%)	1 (0.8%)	>0.05
NS/NC	3 (2.5%)	1 (0.8%)	<0.05

Respecto a la dimensión bioética, se evaluó el indicador "recepción de explicaciones previas al tratamiento odontológico", registrándose negativamente: Grupo A = 72, 60,0%, Grupo B = 48, 40,0%; $p < 0.05$.

en algunos sectores. En esta misma dirección se dirigen los contextos donde pudieran aparecer signos de discriminación donde se deberá profundizar en sus características y alcances, particularmente en los distintos grupos etarios del ciclo de vida de la adolescencia.

Por tanto, se deberá proponer involucrar a toda la comunidad: adolescentes, familiares, docentes y personal de las respectivas instituciones – en la promoción de la salud a partir de sus propios saberes, significaciones y ejercicio de los derechos sanitarios. De este modo, las prácticas deberán tender a la recomposición del tejido social, contemplando a la vez el desarrollo de la participación social y el acompañamiento de la actividad Universitaria.

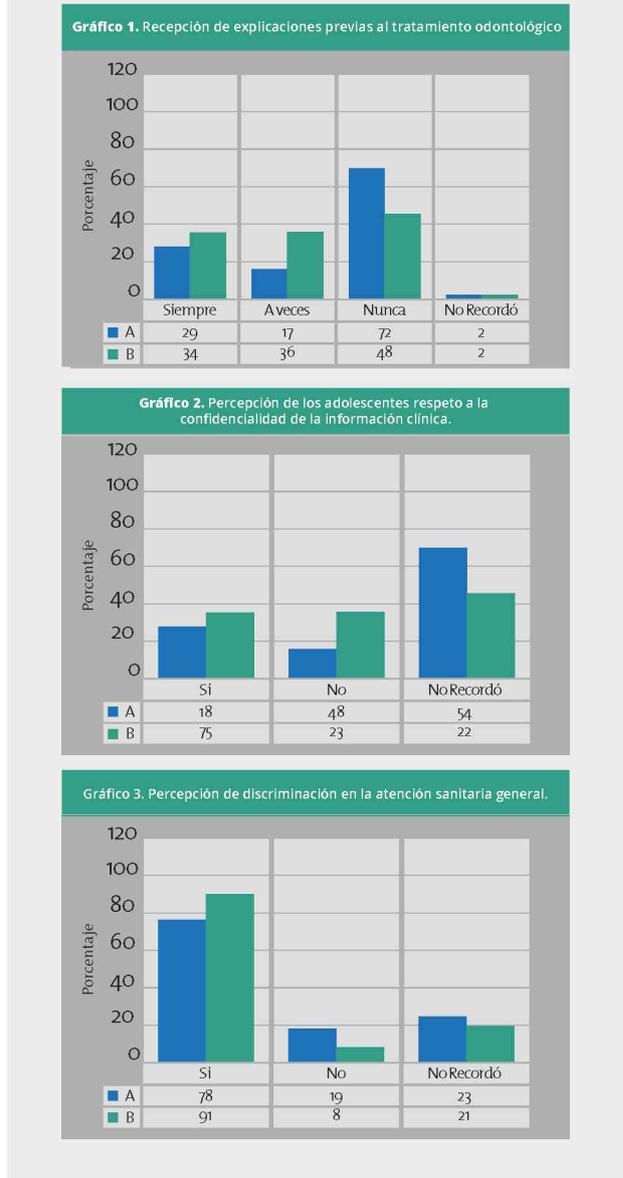
Conclusión

A partir de la muestra procesada se pudo concluir que: a) en ambos grupos se presentó una baja atención clínica asociada a una baja accesibilidad geográfica, b) no hubo diferencias significativas en ambos grupos etarios respecto de las dimensiones sociales; c) si bien hubo diferencias significativas en la evaluación de la dimensión bioética ($p < 0.05$), todavía resta profundizar los motivos por los cuales surgieron.

No obstante cabe plantear la necesidad de generar talleres y espacios educativos no formales que promuevan el desarrollo pleno del ejercicio efectivo de los derechos sanitarios.

Referencias Bibliográficas

- Aguilera-Guzmán R. M., Mondragón Barrios L., Medina-Mora Icaza Ma. E. Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado. *Salud Mental* 2008; 31:129-138
- Alfaro Carballido LD, Gardá Ruyaya CR. Percepción del proceso de consentimiento informado en pacientes de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Rev Estomatol Heredia*. 2011; 21(1):5-12
- Amarilla Guirland A. Percepción y comprensión del consentimiento informado en pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología en el año 2010. *Mem. Inst. Invest. Cienc. Salud*. 2011; 7(2):43-49
- Anguiano Molina A. M., Hernández Lara Y., Plascencia Vázquez C., Jiménez S. E. La Bioética y el trabajo social. Una experiencia profesional, reflexiones. *Revista Margen. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición digital* 2005; 39
- Boletín Oficial de la República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. Decreto 1089/2012. Reglamentación de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 5/7/2012
- Comisión sobre Determinantes de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión sobre Determinantes de la Salud. *Edit. Journal.SA*; 2009: 97
- Conti A, Delbon P, Laffranchi L, Paganelli C. Consent in dentistry: ethical and deontological issues. *J Med Ethics* 2013; 39: 59-61
- Espinosa C.V. Menoret V, Puchulu M.B, Sellos M.J, Witriwa. Bioética en la relación equipo de salud-paciente. *DIAETA* 2009; 27 (128): 31-36



- Fernández Barrera J., De Vicente Zuera I., Paladín Bartrólí C., Alegre R. M., Boixados A., Chagas E., Parra B., Torralba J. M., Tabueña M. Bioética y trabajo social: los trabajadores sociales ante la autodeterminación de los colectivos más vulnerables y sus familias. *Revista de Bioética y Derecho*. 2012; 24:44-60
- Gonçalves E., Verdi M.J. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12 (3):755-764
- Gracia D., Júdez J., editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Edit. Triacastela; 2004
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley N° 26.529 de los Derechos de los Pacientes en su relación con los profesionales e Instituciones de la Salud. Ley N° 26.742 modificando determinados artículos de la Ley N° 26.529 de los Derechos de los Pacientes y decretos reglamentarios.
- Miguel R., Zemel M. El Consentimiento Informado en Odontólogos Residentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. *Acta Bioethica. OPS/OMS*. 2006; 12:81-90
- Simon Loda P. El Consentimiento Informado: abriendo nuevas brechas. *Cuadernos de la Fundación Grifols* N° 5; 2002: 11-62.
- Sogí C., Zavala S., Cárdenas M., Delgado A. Autonomía del paciente y toma de decisiones en salud: conocimiento en internos de medicina – 2010. *An Fac. med.* 2012; 73(1):19-26
- Zemel M., Miguel R. Aportes de la formación en bioética en odontólogos de un Hospital Odontológico Universitario. *Revista Redbioética/UNESCO*. 2012; 1 (5): 94-106