Verano 2025

Anáhuac México

COLOQUIO DE INVESTIGACIÓN

Facultad de Bioética

Líderes de Acción Positiva

Índice

Elizabeth Jenny Reyes Chávez 4

Historia y evolución de la infertilidad y sus tratamientos: Una revisión Histórico cultural

Fernando Ignacio Licona Cervantes 7

Bioética y migración: evaluando el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible en la casa del migrante el samaritano en Atitalaquia, Hidalgo

Claudio Roberto Hernández Millán 12

Asociación entre barreras percibidas por optometristas en las recomendaciones del autocuidado en diabetes y el cumplimiento del principio de beneficencia en CDMX

Edgar Moctezuma Leyva 17

El respeto a la autonomía en el proceso psicoterapéutico

Carlos Ledesma Alonso 21

Análisis bioético del uso de modelos murinos en la investigación y los límites de su aplicabilidad clínica

Miguel Ángel Vaca Ruiz 25

Hospitalización Infantil: Estrés y Bioética

Xareni Janet Paz Nieto 31

Historia del desarrollo de dilemas bioéticos en trasplante renal

Ana Paula Kennedy Martin 37

Factores Legales del “Right to Try”

Lizbeth Hernández Alcántara 40

Bioética en la vivienda

José Alberto Castilla Barajas 44

Traducción y validación cultural del instrumento “Swedish fertility awareness questionnaire” para evaluar la prevalencia y los factores asociados con la intención de tener hijos en estudiantes universitarias mexicanas

01

Elizabeth Jenny Reyes Chávez

ORCID: https://orcid.org/0009-0002-5635-1822
Afiliación: Universidad Anáhuac México Campus Norte
Correo electrónico: elizabeth.rchavez@anahuac.mx

HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA INFERTILIDAD Y SUS TRATAMIENTOS: UNA REVISIÓN HISTÓRICO CULTURAL

OBJETIVOS

Objetivo general: revisión histórica, médica y sociocultural de la esterilidad y sus tratamientos a lo largo del tiempo, desde la antigüedad hasta la actualidad.

Objetivos específicos:

1. Evidenciar cómo distintas culturas y épocas han comprendido, abordado y tratado la infertilidad humana, incluyendo no sólo las prácticas médicas, sino también creencias religiosas, enfoques sociales y avances tecnológicos.
2. Examinar el impacto emocional, legal y ético de la infertilidad, con énfasis en las mujeres, aunque sin omitir la responsabilidad masculina.
3. Destacar los desafíos actuales de las tecnologías de reproducción asistida, incluyendo sus implicaciones éticas y regulatorias.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión histórica y documental de fuentes académicas, antropológicas y médicas, que incluyen tratados médicos antiguos,

códices, investigaciones históricas, artículos científicos contemporáneos y análisis éticos. Se han revisado distintas culturas: Mesopotamia, Egipto, Grecia, y diferentes épocas: Edad Media, Renacimiento, época moderna y Mesoamérica. Se han mencionado los diferentes enfoques mediante un análisis descriptivo y comparativo.

DESARROLLO

Antigüedad

Mesopotamia: El tener descendencia permitía la continuidad familiar, lo que conllevaba la estabilidad social es por esto que la fertilidad es vista como una bendición divina y la infertilidad como castigo. Dentro de los tratamientos estaban el uso de rituales, hierbas y oraciones.

Egipto: En el papiro de Ebers se encuentran algunos conocimientos ginecológicos y anatómicos limitados. Existe un reconocimiento a la infertilidad masculina. Hubo una mezcla de medicina empírica y mágica. (Morice, 1995).

Grecia: En la compilación de textos hipocráticos “Corpus hipocráticos" de 60 textos 10 son sobre enfermedades femeninas y la generación humana. Aristóteles y otros autores buscaron causas de la infertilidad. Mezcla de ciencia y religión (Flemming, 2015).

Edad Media

Hay variaciones dependiendo de la región y la cultura predominante, aunque, la principal Influencia fue la religiosa. El valor de la mujer estaba asociado a su capacidad de procrear. Importancia de dieta y ejercicio según Avicena (Abbasnejad et al., 2013). El tratamiento era a base de oraciones y peregrinaciones junto con remedios herbales.

Renacimiento

Recuperación de textos clásicos predominando la teoría de los humores. Giovanni Marinello y otros autores escriben sobre la salud de la mujer y la infertilidad Se reconocía el papel masculino, pero persistía el estigma social recaía en las mujeres (Evans, 2011).

Época moderna

Ilustración y revolución científica. Se realiza investigación científica descubriendo las hormonas involucradas en el ciclo menstrual, a la par de avances técnicos como la laparoscopía y la FIV (Kohil et al., 2022).
Las tecnologías actuales incluyen vitrificación, ICSI, GIFT. Persistiendo los desafíos éticos y la desigualdad en el acceso (Massarotti et al., 2023).

Culturas mesoamericanas

La infertilidad es vista como un desequilibrio espiritual, o un castigo divino. El tratamiento era a través de remedios herbales y rituales. Durante la colonia se da una fusión entre estas creencias y las creencias europeas resultando en un sincretismo que persiste hasta nuestros días

CONCLUSIONES

La infertilidad ha sido un fenómeno complejo atravesado por perspectivas médicas, sociales, religiosas y culturales. Las explicaciones han transitado de lo místico a lo científico, pero el estigma social, especialmente hacia las mujeres, ha persistido. Hoy, las tecnologías de reproducción asistida permiten superar muchas barreras, pero enfrentan desafíos éticos, legales y de equidad. La investigación en este campo continuará por lo que debe de estar guiada por una reflexión ética que permita guiar la implementación de estas tecnologías en un marco de justicia, transparencia y respeto a la dignidad humana, remarcando un enfoque centrado en la persona, que armonice innovación con respeto a la dignidad humana.

REFERENCIAS:

1. Morice, P. et al. (1995). History of infertility. Human Reproduction Update, 1(5), 497-504
2. Flemming, R. (2013). The invention of infertility in the classical Greek world. Bulletin of the History of Medicine, 87(4), 565-590.
3. Nam, J. (2016). Social Perception of Infertility in Late Medieval Italy. Korean Journal of Medical History, 25(3), 519–556.
4. Peirats, A. (2024). Exploring Women's Health and Medical Treatment in Renaissance Italy.
5. Massarotti, C. et al. (2023). Challenges in fertilization and implantation success. Frontiers in Cell and Developmental Biology, 11, 1268635.

02

Fernando Ignacio Licona Cervantes

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1285-222XU
Afiliación: Universidad La Salle, Campus Pachuca
Correo electrónico: filideuus@hotmail.com

BIOÉTICA Y MIGRACIÓN: EVALUANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN LA CASA DEL MIGRANTE EL SAMARITANO EN ATITALAQUIA, HIDALGO

RESUMEN

La migración desde Centroamérica hacia los Estados Unidos presenta un reto ético y bioético a nivel mundial, donde organizaciones como la Casa del Migrante El Samaritano (Atitalaquia, Hidalgo) funcionan como ejemplos de justicia social. La presente investigación aborda la encrucijada entre la bioética y el acceso a la salud en el primer nivel de atención médica de los migrantes internacionales que se encuentran en suelo mexicano, se analizan tres aspectos, el primero sobre las políticas pública con los referentes de salud, el segundo las barreras que encuentran los migrantes para poder tener atención a la salud en su camino en el territorio mexicano y por último los dilemas éticos que transcurre en este proceso. Como señala la Corte IDH (2014), "la movilidad humana no es excepción, sino nueva norma civilizatoria que demanda éticas innovadoras".

Palabras claves: Migrantes, bioética, vulnerabilidad, acceso a la salud

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en la atención a migrantes en la Casa del Migrante El Samaritano en Atitalaquia, Hidalgo, desde una perspectiva bioética.

OBJETIVOS PARTICULARES

Analizar las condiciones de vida y bienestar de los migrantes atendidos en la Casa del Migrante.
Resultado Esperado: Un informe detallado sobre las condiciones de salud, acceso a servicios y calidad de vida de los migrantes.

Examinar la aplicación de los principios bioéticos en la atención brindada a los migrantes.
Resultado Esperado: Un documento que evalúe cómo se implementan los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia en la práctica diaria.

Identificar el impacto de la Casa del Migrante en el cumplimiento del ODS
Resultado Esperado: Un análisis que muestre cómo las acciones de la Casa del Migrante contribuyen a la inclusión social y económica de los migrantes.

Detectar barreras en el acceso a servicios de salud y bienestar y proponer soluciones.
Resultado Esperado: Un conjunto de recomendaciones para mejorar el acceso a servicios de salud y bienestar para los migrantes.

Documentar y difundir prácticas exitosas implementadas en la Casa del Migrante.
Resultado Esperado: Un manual o guía que compile las buenas prácticas que pueden ser replicadas en otras instituciones que atienden a migrantes.

JUSTIFICACIÓN

La Universidad La Salle campus Pachuca forma estudiantes con sentido humano, crítico y con valores cristianos según nuestro Santo Patrono, y parte fundamental es la pastoral universitaria que busca acercar

al estudiante Lasallista a que conozca de primera mano la vida real de las personas en sus diferentes comunidades, para que desde ahí haga una transformación social en la carrera que está estudiando, la Pastoral Universitaria tiene como misión en acompañar, en aprender a ser compañeros, caminantes, escuchas, hermanos y hermanas, en especial nuestros hermanos migrantes que llegan de paso a la casa del migrante para poder comer y sentir el cariño que muchas de las veces no encuentran en su andar, por ello es importante investigar desde la misma universidad como se ven los migrantes en un pueblo ajeno y como nosotros los podemos ayudar a sentirse acogidos cálidamente, dando nosotros algo de lo que tenemos.

CONTEXTO ACTUAL

1. Creciente Migración en México: Según datos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), México ha experimentado un aumento significativo en el número de migrantes, esta situación ha generado una necesidad urgente de atención adecuada y humanitaria para estos grupos vulnerables.
2. Desigualdades Sociales y Económicas: Los migrantes a menudo enfrentan condiciones precarias, incluyendo la falta de acceso a servicios de salud, educación y empleo. La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) ha señalado que los migrantes son uno de los grupos más afectados por la desigualdad, lo que resalta la importancia de abordar estas disparidades.

APORTE TEÓRICO

1. Contribución a la Bioética: La investigación pretende enriquecer el campo de la bioética al aplicar sus principios en un contexto de migración. Esto permitirá desarrollar un marco teórico que integre la bioética con la atención a migrantes, proporcionando herramientas para la práctica ética en este ámbito.
2. Vinculación con los ODS: Al evaluar cómo la Casa del Migrante contribuye al cumplimiento de los ODS, especialmente el ODS, se generará un conocimiento valioso sobre la intersección entre la bioética y el desarrollo sostenible, aportando a la literatura existente sobre estos temas.
3. Fortalecimiento de la Comunidad: Al identificar y difundir buenas

prácticas en la atención a migrantes, la investigación contribuirá al fortalecimiento de la comunidad.

METODOLOGÍA

1. Diseño de la Investigación
Tipo de Estudio: Descriptivo y analítico.
Enfoque: Mixto (cualitativo y cuantitativo).

2. Población y Muestra
Población: Migrantes atendidos en la Casa del Migrante El Samaritano.
Muestra: Se seleccionará una muestra representativa de migrantes, utilizando un muestreo intencionado. Se buscará incluir a migrantes de diferentes nacionalidades, edades y géneros.

3. Instrumentos de Recolección de Datos (Está en proceso)
Encuestas Cuantitativas
Entrevistas Cualitativas local, fomentando un entorno más inclusivo y solidario

DESARROLLO

Los migrantes centroamericanos en tránsito por Hidalgo enfrentan condiciones extremas de vulnerabilidad física y psicosocial. Como destaca la Secretaría de Salud de México, "la migración es un fenómeno mundial… la movilidad no sólo repercute en la vulnerabilidad física de la persona, sino en su bienestar mental y social". Muchos viajeros llegan con signos evidentes de trauma por violencia o persecución, y suelen carecer de alimentación y condiciones básicas de higiene en la ruta hacia Estados Unidos. En este contexto, la Casa del Migrante El Samaritano ofrece apoyo humanitario integral: brinda alimentos nutritivos, duchas y lavandería para cambio de ropa, y un lugar para descansar brevemente. Además, dispone de asistencia primaria de salud (primeros auxilios, atención a heridas) y un programa de llamadas gratuitas con apoyo del CICR para que los migrantes se comuniquen con sus familias. De hecho, se estima que el albergue atiende alrededor de 6,000 personas al año, mayoritariamente varones jóvenes, junto con algunas mujeres y menores. Según relatos de la coordinadora, la mayoría pasa sólo una noche corta para reponer energías y retomar el tren; así, incluso actos

mínimos como bañarse y comer producen cambios muy positivos en el ánimo ("después de pasar cierto tiempo sin bañarse… las personas migrantes sonríen y manifiestan alegría"). En suma, la Casa contrarresta parte de las carencias básicas de los migrantes al ofrecer los servicios esenciales: alimentación, higiene, reposo y primeros auxilios, en un ambiente de acogida que busca dignificar su tránsito.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que las condiciones de los migrantes atendidos son precarias e inseguras, pero la intervención de la Casa mejora sustantivamente su bienestar inmediato. Los migrantes encuestados valoran positivamente recibir comida caliente, ducha e incluso apoyo médico elementos que en la ruta serían inaccesibles. Así, la Casa del Samaritano cumple su función humanitaria: cada año brinda atención integral (alimentos, aseo, atención sanitaria básica) a miles de personas en tránsito. Este apoyo satisface necesidades fundamentales (ODS 3 de salud y ODS 2 de hambre cero) y mitiga de forma tangible el impacto negativo de la migración forzada, confirmando que la meta general de la investigación (evaluar la contribución a los ODS) tiene un cumplimiento real en el terreno de las condiciones de vida y bienestar.

REFERENCIAS

1. Alvarado-Ramírez, A. (2023). La relación entre migración y derecho a la salud desde la perspectiva bioética.Una revisión sistemática de literatura. Revista de Bioética y Derecho, 59. https://doi.org/10.1344/rbd2023.59.42367
2. Congregación de los Sagrados Corazones de Jesús y María (2021). Casa del Migrante "El Samaritano" (Bojay, Atitalaquia, Hidalgo). Proyecto de ayuda humanitaria. Fundación Aymer.
3. Consejo Pontificio para la Pastoral de los Migrantes y los Refugiados (2022). Informe sobre la pastoral migratoria en México, Centroamérica y el Caribe frente a la crisis pandémica. Ciudad del Vaticano.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2024). Migración y salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de https://www.paho.org/es/migracion-salud-americas
5. Red Acoge (2021). El Pacto Mundial para la Migración y la meta 10.7 de la Agenda 2030. Recuperado de https://redacoge.org
6. Secretaría de Salud (2019, 9 de junio). Diálogo con secretarios de Salud de la frontera norte [Comunicado de prensa]. Gobierno de México. Recuperado de https://www.gob.mx/salud/prensa/198-dialogo-consecretarios-de-salud-de-la-frontera-norte

03

Claudio Roberto Hernández Millán

ORCID: https://orcid.org/0009-0009-1462-8679
Afiliación: Universidad Anáhuac México Campus Norte
Correo electrónico: claudio.hernandezmi@anahuac.mx

ASOCIACIÓN ENTRE BARRERAS PERCIBIDAS POR OPTOMETRISTAS EN LAS RECOMENDACIONES DEL AUTOCUIDADO EN DIABETES Y EL CUMPLIMIENTO DEL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA EN CDMX

RESUMEN

La Diabetes mellitus. Es un problema de salud pública que condicionará peligros para la autonomía, integridad, libertad y el autocuidado de la vida del paciente. La retinopatía diabética (RD) es una de las complicaciones de la diabetes, con una prevalencia superior al 31% y con una incidencia anual de entre el 2.2% al 12.3% que puede generar ceguera. Constituye un gran problema de salud que le concierne a la Bioética en su vocación fundamental de la disciplina, que cuida la vida y la salud a la luz de los principios y valores morales (1).

En la consulta de pacientes con diabetes, el optometrista evalúa los signos y síntomas de enfermedades oculares, como la retinopatía diabética (RD) y debe proporcionar recomendaciones de autocuidado en diabetes, así como derivar al paciente con el especialista correspondiente para que reciba el tratamiento adecuado (2). Sin embargo, estas recomendaciones no siempre se llevan a cabo debido a diversas barreras como la falta de comunicación, falta de equipo de diagnóstico, del tiempo suficiente durante la consulta o de falta de un instrumento establecido en las guías clínicas que permita abordarlas y superarlas (3). Estas barreras

percibidas por el optometrista podrían comprometer el principio bioético de beneficencia en el paciente. El principio de beneficencia se refiere a proporcionar al paciente los medios más favorables para el cuidado de su salud, priorizando siempre el mayor beneficio en los procedimientos y acciones del actuar médico (4). Por ello se plantea desarrollar un instrumento que permita identificar las barreras que dificultan la emisión de recomendaciones de autocuidado de diabetes.

ANTECEDENTES

La diabetes es una enfermedad tipo crónica degenerativa y endocrino-metabólica, no es infecciosa, ni contagiosa en donde se presenta una hiperglucemia constante que afecta a toda la red vascular del organismo originando múltiples consecuencias y afecciones en varios órganos del cuerpo.

El 10.5% de la población mundial (536 millones) padece diabetes y en México 16.8%, además es la segunda causa de muerte y es la primera en generar invalidez (5).

Causa severas complicaciones en la salud, origina problemas renales, cardíacos, vasculares y microvasculares. A nivel ocular genera complicaciones como retinopatía diabética, (RD) que puede originar ceguera.

RD. La complicación de un mal cuidado en la atención de la diabetes y una continua hiperglucemia, conducen a un estrés oxidativo que genera afectación en la red vascular, en los pequeños vasos, o microangiopatías, a nivel de la retina lo cual origina la RD, la cual puede producir pérdida de la visión o ceguera en los pacientes con esta enfermedad.

La RD tiene una prevalencia a nivel internacional del 43.6% y en México del 31.5% (11) y en los países industrializados es la principal causa de ceguera en adultos (6) La incidencia varía mucho a causa de múltiples factores como acceso a la atención médica oportuna, diagnóstico y tratamiento. Se estima una incidencia anual de entre 2.2% y 12.7% con una proyección a complicaciones que provocan pérdida de la visión del 3.4% al 12.3% (7). Además, los pacientes que padecen diabetes de más de 10 años de evolución tienen una incidencia del 90% de padecer RD, por la relación “años de evolución de diabetes y presencia de retinopatía”

se contempla hasta el 35% de RD así lo indica el Dr. Josafat E. Camacho Arellano presidente médico de la Federación Mexicana de Diabetes (8).

El autocuidado es definido por la O.M.S como la capacidad y acciones que realizan las personas, familias o la comunidad para promover, conservar la salud y prevenir enfermedades con o sin el apoyo de personal de salud (9). Promover el autocuidado significa que las personas adquieran y desarrollen estrategias para mejorar su salud con actividades deportivas, control alimenticio y el uso de medicamentos necesarios para controlar una enfermedad. Para el autocuidado de la diabetes, es necesario, además del monitoreo, controlar los niveles de glucosa y de la presión arterial, evitar el consumo de tabaco y atención médica regular (10).

OBJETIVO

Diseñar y validar un instrumento que permita evaluar la asociación entre las barreras percibidas por los optometristas para brindar las recomendaciones de autocuidado en diabetes y el cumplimiento del principio de beneficencia en CDMX.

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio prospectivo, descriptivo, transversal y observacional. Se desarrollará y se aplicará un instrumento de encuesta a optometristas, donde se determinarán las barreras para proporcionar las recomendaciones de autocuidado en diabetes.

PLAN DE ANÁLISIS

Las variables numéricas se describirán con media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil y se compararán mediante prueba t de StudentOR o prueba U de Mann Whitney según su distribución y las variables nominales se compararán con pruebas chi-cuadrada o prueba exacta de Fisher. Se efectuará un análisis de regresión logística para cuantificar la probabilidad para varios desenlaces clínicos de interés.

CONCLUSIONES

En conclusión, la retinopatía diabética representa una de las complicaciones más graves y prevalentes de la diabetes mellitus, impactando directamente la autonomía y calidad de vida de los pacientes al poder llevar a la ceguera. Esta situación no solo constituye un problema médico, sino también ético, ya que pone en riesgo el principio de beneficencia que debe regir el actuar en salud. El papel del optometrista en la identificación temprana de signos de retinopatía y en la promoción del autocuidado resulta fundamental. Sin embargo, diversas barreras como la falta de recursos, tiempo o comunicación efectiva limitan la capacidad de brindar recomendaciones adecuadas, lo que compromete tanto la salud visual del paciente como el cumplimiento de los valores bioéticos.

Frente a este panorama, el desarrollo de un instrumento que permita identificar y evaluar las barreras percibidas por los optometristas en la Ciudad de México es una iniciativa necesaria y pertinente. Esta herramienta no solo permitirá generar datos concretos para orientar mejoras en la práctica clínica, sino que también abrirá la posibilidad de fortalecer el enfoque bioético en la atención al paciente diabético. Al promover el autocuidado y facilitar la toma de decisiones clínicas fundamentadas, se favorece la prevención de complicaciones severas como la retinopatía diabética, contribuyendo así a una atención más integral, humana y ética.

REFERENCIAS:

1. Reich WT. Encyclopedia of Bioethics Volume 3. New York: The Free Press; 1978.
2. Valera Mota MM, Barrios Roldán MI, García Hernández JA, Luna Casillas MI, Bernal Rojano D. Congruencia entre los requisitos del empleador y la experiencia laboral de los optometristas egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular. 2018;16(1):33-41.
3. Oviedo-Cáceres M. Barreras para acceder a los servicios de rehabilitación de la baja visión: Una revisión de tema. UstaSalud. 2020;18.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Eighth edition. ed. New York: Oxford University Press; 2019.
5. Basto-Abreu A, López-Olmedo N, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Moreno-Banda GL, Carnalla M, et al. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. Salud Pública de México. 2023:1-6.
6. Lucero LR. La Federación Mexicana de Diabetes lanza campaña de detección de retinopatía diabética. El Heraldo de México. 2023.
7. México CdV. Retinopatía diabética: Principal causa de ceguera en México. 2021 Available from: https://www.condemedico.org/retinopatia-diabetica-principal-causa-de-ceguera-en-mexico/.
8. De Oftalmología ELE. Grado de severidad y prevalencia de la retinopatía diabética en pacientes diabéticos que acuden por primera vez al hospital de oftalmología de centro

médico nacional siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2022.
9. Hernández Roa LK. Actividades de autocuidado en personas con diabetes tipo 2 [Tesis de pregrado.]. Ciudad San Pedro Garza García: Universidad de Monterrey.; 2019.
10. Delgado Velásquez EA. Estilo de vida, autocuidado y adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos del Centro de Salud Ciudad Nueva, Región de Salud Tacna. [Tesis de Pregrado.]: Universidad Privada de Tacna.; 2023.

04

Edgar Moctezuma Leyva

ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7325-8059
Afiliación: Universidad Anáhuac México Campus Norte

EL RESPETO A LA AUTONOMÍA EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

ANTECEDENTES

Historia de la Psicología

La psicología acarrea consigo un gran bagaje histórico desde su génesis filosófica hasta su consolidación científica. Esto no implica que hubo algún punto en el cual la raza humana no haya intentado responder a las incógnitas básicas en torno a la mente. Si bien las preguntas fundamentales no han cambiado, lo que sí se ha visto modificado son las bases sobre las que se han construido las respuestas que se les dan. Los diferentes momentos por los que ha pasado esta rama estructuran la perspectiva desde donde se han hecho los análisis realizados a lo largo de su evolución. Esto es importante ya que, en esencia, las múltiples etapas han buscado siempre el mismo objetivo. Cualquiera que sea el punto o persona histórica sobre el cual se focaliza, se estaba intentando llegar ultimadamente al mismo núcleo de conocimiento, basándose para esto en distintos ángulos de análisis. Esta exploración se ha realizado con anterioridad bajo la mano de múltiples autores (Jones & Elcock, 2001; Greenwood, 2009; Norcross, VandenBos, & Freedheim, 2011). Ya sea desde la filosofía, el método científico o la perspectiva humanista post-positivista, la tarea central siempre fue poder explicar la mente.

OBJETIVOS

- Analizar el cambio histórico en la relación sujeto–objeto dentro del ámbito psicoterapéutico.
- Explorar cómo el respeto a la autonomía se ha transformado a lo largo de tres etapas del pensamiento psicológico.
- Reflexionar sobre el rol actual del terapeuta desde una óptica bioética.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva centrada en el análisis histórico-filosófico de la psicología, con especial énfasis en la resignificación de corte bioético. Se identificaron tres etapas clave para comprender el respeto a la autonomía del paciente.

DESARROLLO

Primera etapa: En el primer momento podemos ubicar a todos los actores influyentes en el desarrollo de la teoría psicológica que se encuentran antes de haberse establecido un modelo de tratamiento alusivo a lo que es la cura del habla. Lo que caracteriza a la primera de las tres etapas es el hecho que todo avance se da sobre un ámbito teórico sin haberse materializado aún en la creación de la psicoterapia. En esta etapa, cuando el conocimiento llega a ser práctico lo hace sin que tenga una sistematización materializada en la búsqueda de bienestar de una persona receptora. Por ahora no existen esfuerzos intervencionistas sino una exploración del tema que atañe a lo que es la mente.

Segunda etapa: El punto diferenciador entre estas dos etapas, que refiere a la prioridad que se le da al respeto a la autonomía del paciente durante el proceso terapéutico, ha sido un constante debate a lo largo de los años; por lo que ni siquiera se puede hablar de una resolución tajante en la actualidad de una sobre otra. Es solo bajo un análisis retrospectivo en comparación del auge bioético que busca priorizar la práctica médica actual, que los modelos o corrientes psicoterapéuticas correspondientes a la segunda etapa de la psicología se pintan de tonos notoriamente retrógrados. Mostrando nuevamente una cara notoriamente paternalista ante la tarea terapéutica. Lo que se logra así es trascender el ordenamiento

temporal con el que se suele organizar los diferentes modelos terapéuticos; lo que resulta ser fuertemente limitante respecto a su elaboración por estar directamente atados al año en que se da su publicación principal, ignorando la construcción generada por los desacuerdos precedentes. Igualmente, recordamos que el objetivo del actual trabajo no es enlistar a todas las personas influyentes en la historia de la psicología, sino ser puntuales al mencionar un número reducido de momentos y personas altamente relevantes con quienes podemos claramente reconocer el distinto trato que se tiene hacia el paciente entre la segunda y tercera etapa de la psicología.

Jaques Lacan, psicoanalista francés de los años setenta, desarrolla esta idea en lo que él aboga como una necesidad por retornar a la teoría de Freud; designando al terapeuta como el "sujeto supuesto saber" (1987). Como se explica esto de forma concisa es la idea que el terapeuta es quien sabe lo que él es mejor para la vida del paciente y es su tarea fundamental hacerle caer en cuenta de lo equivocado que está.

Tercera etapa: Más allá de entrar en detalle sobre los postulados de cada una de las diferentes teorías es importante mencionar que todas comparten lo que Orange (2011) llama como una "hermenéutica de la confianza". Este enfoque compartido altera la forma como se aborda el proceso terapéutico radicalmente. Parte ahora desde una interpretación del mundo compartido, en el que se asume que ambos viven, sufren, experimentan y buscan el significado de la experiencia juntos, como semejantes. El fundamento filosófico del momento terapéutico lo plantea Orange (2011) como "hospitalidad terapéutica", el cual describe como una dimensión psicológica en el que se da la bienvenida a la presencia del otro, manifestada por una disposición total para reconocer el rango completo de emociones, experiencias y aspectos psicológicos que pudiera entregar la otra persona, sin nulificar o acallar ningún aspecto que el paciente decida compartir.

CONCLUSIÓN

Como hemos visto, asegurarse que la mirada del terapeuta esté centrada sobre el respeto a la autonomía del paciente, no es algo que se da por sí solo. De hecho, la psicología ha tenido que recorrer un largo camino para que pudiera llegar la práctica a ser equiparada bajo los principios bioéticos. Es claro que sigue habiendo un gran espacio de mejoría para

que la teoría psicológica salga de sí misma con el fin de volver su mirada hacia el paciente, buscando ultimadamente trascender el sufrimiento del otro. Esto nunca será posible si no se le considera como un ser capaz por sí mismo, ni se reconoce el valor de sus decisiones.

REFERENCIAS:

1. Greenwood, J. D. (2009). A conceptual history of psychology. McGraw-Hill.
2. Jones, D., & Elcock, J. (2001). History and theories of psychology: A critical perspective. Arnold.
3. Lacan, J. (1987). Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Paidós. Bs. As.
4. Norcross, J. C., VandenBos, G. R., & Freedheim, D. K. (Eds.). (2011). History of psychotherapy: Continuity and change (2nd ed.). American Psychological Association
5. Orange, D. M. (2011). The suffering stranger: Hermeneutics for everyday clinical practice. Routledge.

05

Carlos Ledesma Alonso

ORCID: https://orcid.org/0009-0005-3744-6422
Afiliación: Universidad Anáhuac México Campus Norte
Correo electrónico: carlos_ledesma@anahuac.mx

ANÁLISIS BIOÉTICO DEL USO DE MODELOS MURINOS EN LA INVESTIGACIÓN Y LOS LÍMITES DE SU APLICABILIDAD CLÍNICA

RESUMEN

El estudio de la neuropatía humana en modelos murinos presenta retos bioéticos y metodológicos que dificultan su escalabilidad a humanos; esto no sólo ralentiza la investigación, también genera sufrimiento innecesario. La ética detrás de los experimentos muchas veces es soslayada y queda en evidencia por la literatura especializada, que los protocolos de anestesia y analgesia, las metodologías utilizadas, y la precisión de los datos al trasladarlas y darles una aplicación clínica para el ser humano, son obstáculos de peso que ayudan a determinar si en verdad tienen validez ética y científica, al intentar comprender la enfermedad que pretenden aliviar. Los principios de las 4 erres, a saber, reducción, reemplazo, refinamiento y responsabilidad, no son de índole obligatorio y todas las investigaciones que tengan que ver con animales, deberían incluir estos principios en los comités de bioética como factores que determinen el curso de la investigación. Es por ello por lo que el presente trabajo analizará la validez ética y legal del estudio de la neuropatía humana en modelos murinos y a su vez, busca argumentar en contra de la escalabilidad con el objetivo de restringir este tipo de estudios.

OBJETIVOS

- Analizar la validez ética del uso de modelos murinos en la investigación sobre neuropatía humana.
- Evaluar si los resultados obtenidos a partir de la investigación de neuropatía humana en roedores es clínicamente aplicable a seres humanos.
- Proponer criterios bioéticos y jurídicos para regular o restringir el uso de roedores en estudios de neuropatía.

METODOLOGÍA

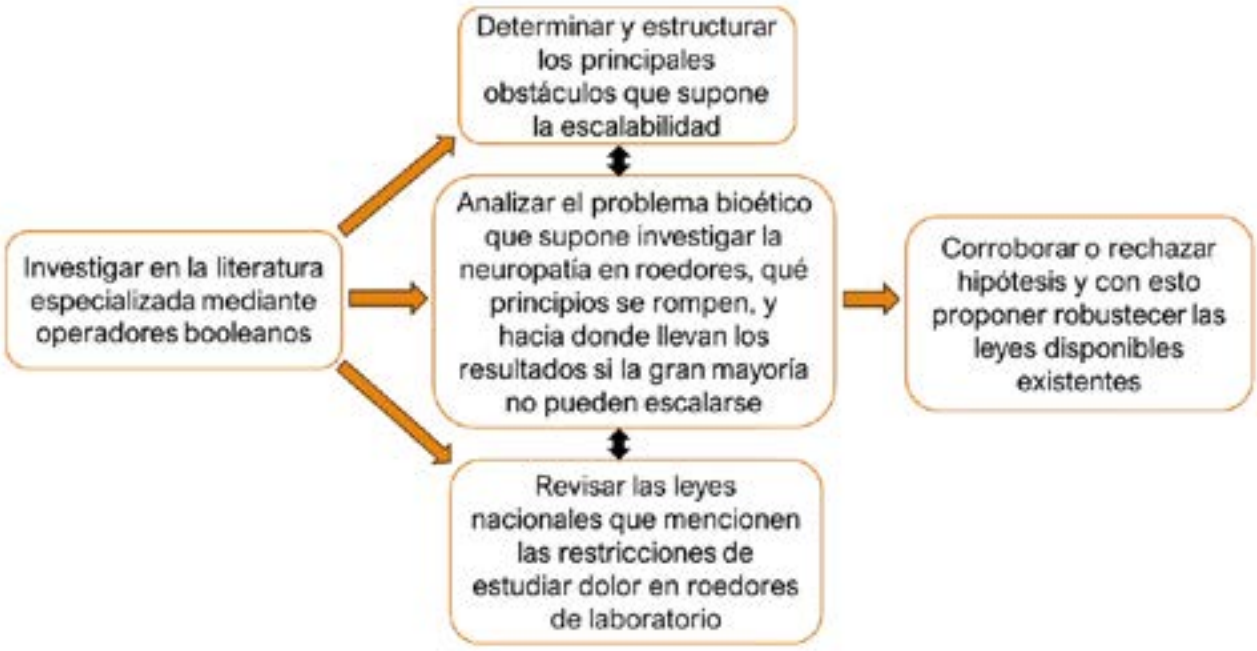

Fig.1. Metodología de análisis documental epistemológica del presente trabajo.

DESARROLLO

El uso de animales para la investigación en diversos campos y su posterior aplicación en humanos supone varios problemas. En el caso del uso de roedores para la investigación de la neuropatía periférica, inducida por diabetes, quimioterapia o infecciones, plantea una serie de problemas éticos y metodológicos debido a su naturaleza de estudio.

El primero de ellos es el de la escalabilidad; por qué suelen fracasar cuando se traducen a humanos; el segundo, supone el dolor y el sufrimiento innecesarios, muchas veces sin protocolos adecuados de anestesia; y finalmente, el respaldo legal que se les otorga es laxo, y muchas veces está desconectado de evidencias científicas que les conferiría más exactitud y con ello, más restricciones. Por lo tanto, un análisis adecuado y bien argumentado en este campo, podría restringir o incluso prohibir este tipo de estudios, al menos en la ciencia mexicana.

Con base en estos planteamientos del problema, se generará una hipótesis de trabajo[1], la cual presumiblemente se demostrará tomando en cuenta la metodología de la figura 1.

CONCLUSIONES

Debido al poco o nulo desarrollo de esta investigación la cual no ha generado ningún resultado, por definición no existe ninguna conclusión. Sin embargo, las perspectivas o expectativas del trabajo pueden ser las siguientes:

Servir de base para la legislación que rige la investigación biomédica enfocada en el estudio de la neuropatía, y cuyos modelos animales sean roedores, principalmente ratas y ratones, esto con el objetivo de restringir o incluso prohibir el uso de estos animales al menos en el marco legal nacional mediante la incorporación obligatoria del principio de las 4 erres en la investigación.

Otra perspectiva pudiera ser el incentivar el análisis bioético de la investigación científica realizada en animales, principalmente aves y mamíferos (aunque deberían considerarse anfibios, peces y reptiles), ya sea identificando si es ciencia básica o aplicada, esto para determinar si está éticamente justificado utilizar seres sintientes para beneficio humano, protegiendo así sus derechos e intereses.

[1] El uso de modelos murinos en la investigación sobre neuropatía humana presenta límites éticos y clínicos que restringen su aplicabilidad directa en seres humanos.

REFERENCIAS:

1. Franco NH. Animal Experiments in Biomedical Research: A Historical Perspective. Anim Open Access J MDPI. 19 de marzo de 2013;3(1):238-73. https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/067677b55195de76cba28fbb7c9ec2216ef259ee.pdf
2. Chen J (Steven), Kandle PF, Murray IV, Fitzgerald LA, Sehdev JS. Physiology, Pain. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 31 de marzo de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539789/
3. d'Isa R. The first rodent behavioral study (1822) and the diffusion of human-bred albino rats and mice in the 19th century. Front Psychol [Internet]. 3 de febrero de 2025 [citado 27 de marzo de 2025];15. Disponible en: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1532975/full
4. Mogil JS. The history of pain measurement in humans and animals. Front Pain Res [Internet]. 15 de septiembre de 2022 [citado 21 de marzo de 2025];3. Disponible en: https://www.frontiersin.org/journals/pain-research/articles/10.3389/fpain.2022.1031058/full
5. Hammi C, Yeung B. Neuropathy. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 28 de marzo de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542220/
6. Höke A. Animal Models of Peripheral Neuropathies. Neurotherapeutics. abril de 2012;9(2):262-9.
7. Rodríguez-Palma EJ, Ramos-Rodríguez II, Huerta de la Cruz S, Granados-Soto V, Sancho M. Chapter Four - Spinal nerve ligation: An experimental model to study neuropathic pain in rats and mice. En: Bravo-San Pedro JM, Aranda F, Buqué A, Galluzzi L, editores. Methods in Cell Biology [Internet]. Academic Press; 2024 [citado 10 de abril de 2025]. p. 73-88. (Animal Models of Disease - Part B; vol. 188). Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091679X24000967
8. Austin CP. Opportunities and challenges in translational science. Clin Transl Sci. 2021 Sep;14(5):1629-1647. doi: 10.1111/cts.13055. Epub 2021 Jul 8. PMID: 33982407; PMCID: PMC8504824.
9. Wall RJ, Shani M. Are animal models as good as we think? Theriogenology. 2008 Jan 1;69(1):2-9. doi: 10.1016/j.theriogenology.2007.09.030. Epub 2007 Nov 7. PMID: 17988725.
10. Garner JP. The Significance of Meaning: Why Do Over 90% of Behavioral Neuroscience Results Fail to Translate to Humans, and What Can We Do to Fix It? ILAR J. 2014;55(3):438-56.
11. Bailey J. It's Time to Review the Three Rs, to Make them More Fit for Purpose in the 21st Century. Altern Lab Anim. 1 de mayo de 2024;52(3):155-65.
12. ang M, Long T, Chang C, Meng T, Ma H, Li Z, et al. A Review of the Ethical Use of Animals in Functional Experimental Research in China Based on the "Four R" Principles of Reduction, Replacement, Refinement, and Responsibility. Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res. 28 de diciembre de 2022;28:e938807-1-e938807-6.
13. Carbone L, Austin J. Pain and Laboratory Animals: Publication Practices for Better Data Reproducibility and Better Animal Welfare. PLoS ONE. 12 de mayo de 2016;11(5):e0155001.
14. Beauchamp TL. Opposing views on animal experimentation: do animals have rights? Ethics Behav. 1997;7(2):113-21.

06

Miguel Ángel Vaca Ruiz

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0906-955x
Afiliación: Universidad Anáhuac México Campus Norte
Alumno de Doctorado en Bioética Aplicada
Correo electrónico: miguel_vaca@anahuac.mx

HOSPITALIZACIÓN INFANTIL: ESTRÉS Y BIOÉTICA

RESUMEN

La hospitalización en el paciente pediátrico es una experiencia estresante, no solo para el pequeño paciente, sino para la familia. Esto es por el dolor, la separación de los padres, el desconocimiento del ambiente hospitalario. El estrés puede tener consecuencias a largo y corto plazo, como entorpecer la recuperación o afectar el desarrollo emocional. Desde el punto de vista bioético presenta dilemas en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, sobre todo cuando los deseos del paciente y los padres o del personal médico entran en conflicto. La dignidad del niño requiere el uso de estrategias que se centren en la reducción del sufrimiento por medio de acompañamiento familiar, ludoterapia y comunicación efectiva que se adapte al nivel de comprensión del niño.

OBJETIVOS: Presentar un panorama del desarrollo de la atención hospitalaria del niño enfermo y los dilemas bioéticos que puede presentar.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica

DESARROLLO

Importancia del estudio del estrés en niños hospitalizados

El estrés prolongado en el paciente pediátrico puede llevar a trastornos del desarrollo psicológico, el desarrollo físico, altera la respuesta inmune, dificulta la recuperación. La separación del padre o cuidador y el dolor que causan los procedimientos médicos causan ansiedad, depresión y en ocasiones desarrollo de estrés postraumático. Por lo que es esencial el uso de estrategias para minimizar las experiencias que originan estos trastornos tales como llevar a cabo hospitalización acompañada por un familiar, ludoterapia y proveer de intervención emocional por parte del equipo médico. El uso de estas herramientas mejora la calidad y calidez de la atención y promueven la hospitalización humana.

Historia del tratamiento médico pediátrico

El desarrollo del tratamiento pediátrico se ha presentado desde el antiguo Egipto, pasando por Grecia y Roma, de donde hay registros mencionando enfermedades infantiles, sin embargo, la Pediatría no existía como especialidad. En el medioevo el conocimiento se pudo resguardar en monasterios y se vio enriquecido por la medicina árabe. Durante el Renacimiento Thomas Phaer y otros autores abordaron la salud infantil de forma específica.

Durante el siglo XIX se vio el origen de la pediatría como disciplina y la creación de hospitales especializados pediátricos como el Hôpital des Enfants Malades en París. Abraham Jacobi impulsó la profesionalización de la pediatría. Durante el Siglo XX la vacunación universal, mejoras en la nutrición, el descubrimiento de los antibióticos y el surgimiento de la neonatología representaron grandes avances en la atención pediátrica. En lo que va del siglo XXI la pediatría se ha vuelto integral incorporando la salud mental, la medicina preventiva y la tecnología médica innovadora.

Historia de la atención pediátrica en México

La atención pediátrica durante la época prehispánica representada por la cultura maya y posteriormente la azteca se basaba principalmente en herbolaria y rituales específicos para los niños. La época colonial fusionó

las prácticas de los indígenas con la medicina europea lo que dio origen a un método mixto de atención. Durante esta época se fundó por Hernán Cortés el Hospital de Jesús, el primero en América.

En el siglo XIX se presentaron los primeros intentos de atención pediátrica especializada. El Hospital de Maternidad e Infancia se fundó en 1866 en México. En el siglo XX se fundaron instituciones mexicanas como el IMSS y el ISSSTE que incorporan la atención pediátrica y la fundación del Hospital Infantil de México por el Dr. Federico Gómez representó la consolidación en México de la Pediatría como una especialidad formal. Se han implementado campañas universales de vacunación, y ha habido una gran mejoría en los cuidados neonatales. Persisten actualmente grandes desafíos, por ejemplo el desigual acceso a la atención pediátrica, principalmente en zonas indígenas y rurales.

Historia del concepto de estrés

El término "estrés" se usó originalmente en la física, y su uso en medicina inició en el siglo XX por Hans Sayle como concepto.

Desde la época de apogeo griego en la antigüedad Hipócrates y posteriormente Galeno en Roma reconocieron la conexión de las emociones con la salud física. Claude Bernard (s. XIX) introdujo el término Homeostasis y Walter Cannon presentó la idea de "lucha o huida" en la que describió las tres fases del estrés: alarma, resistencia y agotamiento. Richard Lazarus introdujo la perspectiva psicológica con la explicación de que la respuesta depende de la interpretación que el individuo de a la situación. Actualmente la OMS reconoce al estrés como un problema de salud pública y está reconocido en la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) junto al Burnout.

Aspectos psicológicos del estrés infantil

Las reacciones emocionales del niño están influenciadas de manera profunda por factores biológicos, sociales y ambientales. Desde el momento del nacimiento el niño presenta las emociones básicas: alegría, miedo e ira. A medida que crece el niño, se van desarrollando emociones cada vez más complejas como la culpa y el orgullo, esto dado por el desarrollo neurológico y las influencias de la interacción en la familia y la sociedad.

Este desarrollo intelectual-neurológico conlleva a un control emocional progresivo, de manera que en la primera infancia se basa en el cuidador primario, su guía y su influencia. En la infancia media el niño va adquiriendo estrategias autónomas de afrontamiento emocional. El apego, principalmente su calidad, el entorno y las rutinas (predictibilidad) influyen de manera directa en la capacidad del niño para lograr la gestión de las emociones.

La regulación adecuada de las emociones se asocia a una mayor resiliencia y un desarrollo psicosocial mejor, y la ausencia de la habilidad (o su deficiencia) se ha relacionado a un riesgo incrementado de ansiedad y depresión.

Impacto fisiológico del estrés

La presencia de estrés activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal lo que activa liberación de hormonas, entre ellas cortisol y adrenalina, lo que provoca inmunosupresión, taquicardia, ansiedad y trastornos del sueño. A corto plazo el estrés puede causar insomnio y regresión conductual en los niños, a largo plazo se ha asociado con problemas conductuales, cognitivos y trastornos de la salud mental. La oxitocina cuando existe apego seguro ayuda a la disminución del estrés.

Fundamentos bioéticos en la atención pediátrica

Desde el punto de vista bioético, el niño debe ser considerado un individuo con adquisición de la autonomía de manera progresiva. Legalmente los padres deben de otorgar el consentimiento informado, pero el niño debe expresar el asentimiento cuando su madurez le permite, regularmente a partir de los siete años.

La atención pediátrica debe de ser guiada por los principios de beneficencia y no malevolencia al minimizar el dolor y el sufrimiento. El niño debe ser considerado un ser vulnerable, lo que exige protección especial, no solo en el aspecto médico, sino también en el emocional.

Estrategias para mitigar el estrés hospitalario

Hay varias estrategias farmacológicas y no farmacológicas para disminuir el estrés en los niños. Se ha visto que el diazepam puede disminuir la ansiedad preoperatoria, pero otras estrategias como musicoterapia puede reducir la ansiedad sin que se hayan demostrado efectos adversos. Otros programas como "mi escuelita" ayudan a humanizar la amarga experiencia de la hospitalización al incluir juegos, el acompañamiento familiar y recompensas afectivas posterior a los procedimientos médicos. Se han probado tecnologías como la realidad virtual y los robots terapéuticos en su uso como apoyo emocional. Se evalúa el cortisol salival como marcador del estrés en tiempo real.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El estrés hospitalario en la atención pediátrica es un fenómeno complejo y puede tener consecuencias importantes en el desarrollo del paciente. Por lo que su manejo debe contemplar aspectos biológicos y psicológicos, así como sociales y éticos. Es imperativo la incorporación de protocolos humanizados en la atención, capacitación del personal en la comunicación en pediatría, y el uso de otras herramientas que ayuden a mejorar la experiencia hospitalaria de los niños.

Desde el punto de vista bioético se hace énfasis en la necesidad de reforzar el abordaje reconociendo la autonomía progresiva del paciente pediátrico, reconociendo su derecho a ser escuchado y el deber de todo el grupo médico de brindarle atención basada en la dignidad, el respeto y la empatía.

REFERENCIAS:

1. Fernández-Castillo, A., & López-Naranjo, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. International Journal of Clinical and Health Psychology, 6(3), 631-645.
2. Contro, N., Davies, B., Larson, J., & Sourkes, B. (2010). Away from Home: Experiences of Mexican American Families in Pediatric Palliative Care. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 6(3–4), 185–204. https://doi.org/10.1080/15524256.2010.529020
3. Ardiyanti, Y., Purwani, F. S., Listiana, E., & Aminah, S. (2025). Parental Roles In Preschool Children on the level Hospitalization Stress. HealthCare Nursing Journal, 7(1), 83-89.
4. Marshall, A. (2024). Motherhood and early childhood in ancient Egypt: culture, religion, and medicine. American University in Cairo Press.
5. Bagley, A. M. (2017). Roman children in the early empire: a distinct epidemiological and therapeutic category? (Doctoral dissertation, University of Birmingham).
6. Demaitre, L. (1977). The idea of childhood and child care in medical writings of the Middle Ages. The journal of Psychohistory, 4(4), 461.
7. Beecher, D. A. (2001). Thomas Phaer and" The Boke of Chyldren"(1544) ed. by Rick Bowers. ESC: English Studies in Canada, 27(1), 208-211.
8. Frutos, L. G., Gregorich, E. R., de la Rosa Santana, J. D., Palanco, J. V., & Gutiérrez, G. V. (2020). Historia de la Pediatría. Revista científica estudiantil 2 de Diciembre, 3(1 (2020)), 40.
9. Quin, G. (2009). A Professor of Gymnastics in Hospital. Napoléon Laisné (1810-1896) introduce Gymnastics at the «Hôpital des Enfants malades». Staps, 86(4), 79-91.
10. Cisneros, Á., PUYOU, F., Frenk, S., & Pinto, R. (1997). Historia de la pediatría en México.
11. Santos-Preciado, J. I. (2008). El Hospital Infantil de México y su Boletín Médico: un hito en la historia de la pediatría mexicana. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 65(2), 81-82.
12. Baeza Bacab, M. A. (2017). Orígenes de la pediatría institucional: el Hospital de Maternidad e Infancia de la Ciudad de México en el siglo XIX. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 74(1), 70-78.
13. Naranjo-García, J. E., Reyes-Pérez, V., & de la Roca Chiapas, J. M. (2025). Relación entre las habilidades sociales y la regulación emocional en niños (as) mexicanos. Wimb Lu, 20(1), 1-18.

07

Xareni Janet Paz Nieto

ORCID: https://orcid.org/0009-0002-0247-4122
Afiliación: Universidad Anáhuac México Campus Norte
Alumno de Doctorado en Bioética Aplicada
Correo electrónico: xare.paz@yahoo.com

HISTORIA DEL DESARROLLO DE DILEMAS BIOÉTICOS EN TRASPLANTE RENAL

OBJETIVO

Conocer los dilemas bioéticos que se han ido presentando desde los inicios del trasplante renal, hasta la actualidad.

METODOLOGÍA: Exploratorio, descriptivo

DESARROLLO

La bioética y los trasplantes surgen casi de manera simultánea y paralela, por lo que los dilemas que se han ido planteando en tema de trasplante, coincide con la propia evolución de los dilemas bioéticos.

Durante el siglo XIX y principios del siglo XX, existía la premisa de que lo científico y técnico medicamente no podía ser malo, por lo que estaba en manos de los especialistas y médicos, siendo también el gran moralista, siendo el lema del positivismo y dando origen al paternalismo médico; pero por la utilización bélica de la energía atómica y la experimentación médica en los campos de concentración durante el periodo nazi, llevaron a un cuestionamiento de las practicas médica, cuestionando incluso a los

médicos que el saber y el poder no tenían que ser buenos intrínsicamente, ya que los conocimientos se pueden usar para bien o para mal y es ahí cuando surge la bioética porque no todo lo que se puede hacer, se debe hacer.

De acuerdo al desarrollo y descubrimientos en tema de trasplante se fueron desarrollando diferentes dilemas bioéticos, como en los años cincuenta el gran debate fue “la mutilación", que se logró llegar a este avance gracias al descubrimiento de cirugía de cavidades, pero a la vez surgió la premisa de la extracción de un órgano de una persona sana y viva, al inicio se trataba únicamente de familiares, que llevo a ser necesario por la necesidad de identidad inmunológica, pero en ese momento la extracción de un órgano funcionante y sano de una persona viva, era delito por ser considerado mutilación, tomando referencia de Aristóteles “el fin no justifica los medios" haciendo la reflexión que no pueden permitirse fines en si malos para la obtención de fines buenos, por lo que en ese momento era injustificable por la teoría del doble efecto, posterior parten a otro texto de Tomas de Aquino haciendo la reflexión si una persona puede elegir el respeto a su propio cuerpo, en vez de la vida de otra persona, pero la decisión no puede ser considerada desde la obligación perfecta o de justicia, sino solo por beneficencia, un acto de caridad y de aquí comienza a surgir la definición de “donación", en la cual tiene que ser altruista, gratuita y por absoluta voluntariedad.

Hoy en día la mutilación, está permitida, ética y legalmente, si la persona mutilada obtendrá una ganancia, que se puede traducir como un bien. Previo realizar un análisis sobre el riesgo/beneficio y coste/ efectividad.

En los años sesenta surge la bioética en tema de experimentación, ya que aparecen los primeros trasplantes exitosos de órganos, como Rene Kuss realizo en 1960 el primer trasplante de riñón exitoso, por James Daniel Hardy en 1963 se da el primer trasplante de pulmón exitoso, en 1966 por Thomas Earl Starzl realiza el primer trasplante de hígado, en el mismo año Richard Carlton Lillehei realiza el primer trasplante de páncreas y en 1967 Chirstiaan Neethling realiza el primer trasplante de corazón, previo en 1964 James Daniel Hardy realizando un trasplante de corazón a humano proveniente de Chimpancé; en ese momento con la interrogante de que se estaba usando a los humanos como conejillos de indias para experimentos, llegando el recuerdo de los experimentos en los campos alemanes de concentración durante la segunda guerra mundial, es ahí como respuesta a este dilema surge los Comités de Ensayos Clínicos,

siendo prioridad el derecho y el bienestar de los sujetos, la pertinencia de los métodos utilizados para la obtención de consentimiento informado y la proporción riesgo/beneficio, dicha publicación dando lugar a la publicación en 1971 al llamado "Yelow Book"; por lo que un trasplante no podía considerar terapéutico hasta no comprobar su eficacia y seguridad, aunque en esa etapa no hay duda que estaban en una fase experimental.

En los años setenta, surge la bioética de la donación, en donde el precepto es que fuera entre parientes para evitar el comercio, pero también planteaba un dilema ético, ya que en el interior de la familia es más sencillo entender las actitudes altruistas, pero también un deber de sentirse obligado y se puede la familia convertirse en una escuela de coacción y violencia, en ocasiones físicas y otras moral, por lo cual sale la definición y toma de acción de "salida airosa o salida honrosa" en el interior de su grupo familiar, no revelando la causa real que pudiera ser miedo, pero atribuyéndole otra factor como falta de histocompatibilidad.

Se planteó de acuerdo a la bioética que la donación debía ser voluntaria, sin sentimientos de culpa, sin manipulación, por lo que debía ser recibido como un don o regalo por el receptor y no como algo que posterior deba una retribución, por lo que a partir de este concepto se recomendó estar atentos a que se pretenda cambiar la relación; pero desde este fundamento se puede entender que no se puede hablar de un derecho al trasplante porque la donación es voluntaria y nadie tiene el deber de hacerlo, por lo que el desarrollo y experimentación exitosa de los trasplantes renales llevó a un aporte y búsqueda de fundamentación a la ética.

Todo ello llevó a buscar otra fuente de órganos distinta del sujeto vivo y sano, como la donación cadavérica y en 1968 Harvard publica criterios, siendo principalmente el objetivo en ese momento resolver problemas en unidades de cuidados intensivos, posterior comenzaron a publicarse criterios de muerte cerebral. Llevando dichos avances a que la donación de cadáver era más adecuada porque se evitaba los problemas de coacción psicológica y la venta de órganos, surgiendo el "consentimiento presunto", pero llegando a nuevos dilemas bioéticos como se planteaba en los años ochenta, el dilema bioético de la distribución de órganos, ya que estaba claro que la disponibilidad iba a ser menor que las personas que estaban esperando o se encontraban en hemodiálisis. Para la distribución usar el "Triage" caía en discriminación por rango social, profesión, etc. Por lo que se comenzaron a definir criterios para la distribución como el pronóstico, indicación, histocompatibilidad, tiempo de espera, gravedad o urgencia

del caso y diligencia de procurar órganos.

Con los avances como donadores vivos no relacionados, se plantean nuevos dilemas bioéticos a resolver como el tráfico de órganos, por primera vez, se comienza a reconocer el tráfico de órganos en 1990, en donde los receptores viajaban a clínicas para obtener un riñón de donantes con escasos recursos y mal pagados; la OMS estima que dicha práctica ilegal suponía el 10% de los órganos trasplantados en el mundo.

El tráfico de órganos, es un delito, pero bioéticamente es de los mayores atentados contra la dignidad del ser humano, violan la libertad del donante, compromete la salud e incluso su propia vida, la Unidad Especializada en Investigación de trafico de menores, personas y órganos, en el 2015 la define como "el tráfico de órganos consiste en la venta, donación y transporte de órganos con el fin de obtener un beneficio económico, ya sea que el pago sea realizado por la persona a quien se lo realizara el trasplante o el beneficio que se obtenga por parte de miembros de las organizaciones delictivas que estén bien estructuradas para la obtención ilegal de los órganos que serán vendidos a hospitales que realizan los trasplantes clandestinamente".

Desde los dilemas bioéticos mencionados previamente, se han establecido aspectos éticos en la donación renal de donante vivo buscando garantizar la seguridad, el acceso a la información, que sea una motivación solidaria, el consentimiento informado y la ausencia de lucro.

Hoy en día se busca el aumento de la disponibilidad, el acceso ético al trasplante de órganos y tejidos, ya que es una alternativa terapéutica preferente aunque no la única para tratar a las personas con enfermedad orgánica en fase terminal, pero depende de la donación altruista de células, tejidos y órganos; pero con el aumento de los trasplantes se lograría cumplir con los objetivos del desarrollo sostenible de las Naciones Unidas, siendo la meta 3.4 reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y 3.8 acceso universal a la atención de salud.

La insta de la OMS es asegurar estrategias de prevención para reducir la carga de enfermedades no transmisibles, integrar los trasplantes promoviendo la donación de cadáver, proteger a los donantes cumpliendo con un consentimiento informado previo con una adecuada

valoración médica y psicosocial, promover cooperación internacional para el intercambio de células, tejidos o órganos basado en principio de reciprocidad y solidaridad para facilitar el acceso universal, crear normativas coherentes con los principios rectores de la OMS sobre Trasplante de células, tejidos y órganos humanos cuidando que la donación sea acto altruista, voluntaria y no remunerado y promoviendo un acceso equitativo, tener autoridades que vigilen el cumplimiento respecto a labores de donación y trasplante, garantizar que los trasplantes se lleven a cabo en centros especializados que cumplan con todas las médicas y acreditaciones, promover la investigación para optimizar resultados y posibilidad de tratamientos alternativos.

CONCLUSIÓN

Los trasplantes y la bioética surgen al mismo tiempo, lo cual permite el desarrollo dentro de un marco bioético.

En los años cincuenta, comienza a cuestionarse el dilema bioético de la mutilación dando la base a lo que es hoy en día la donación, la cual tiene que ser voluntaria, altruista, gratuita y en la cual la donación experimentara una ganancia secundaria psicológica al ayudar a otro. Posterior en los años sesenta, se comienza a cuestionar cómo regularla respetando la autonomía por medio del consentimiento informado porque para esos años se podía ver como experimentación. Para lo años setenta y poder aumentar la disponibilidad, los donadores eran vivos relacionados, pero se habla que tiene que estar libre de coerción; pero tomando en cuenta el principio de no maleficencia se pasa a buscar mayor disponibilidad sin poner en riesgo a una persona viva y sana por lo que para los ochenta y a la par con la publicación de la muerte cerebral, se pasa a la donación cadavérica, criterios de disponibilidad, pero con ello el responder dilemas de justicia, autonomía, respeto a la autonomía, voluntad anticipada, etc.

Para los años noventa se reconoce el tráfico de órganos, por lo que a nivel nacional e internacional se busca dar soluciones.

Hoy en día se busca aumentar la disponibilidad, pero a la vez buscando una protección al donante y continuar colocando el trasplante renal como un tratamiento óptimo, pero con un sustento ético y legal.

REFERENCIAS:

1. García, Y. M. G., & Cárdenas, Á. M. (2011). Bioética, trasplante de órganos y derecho penal en Colombia. Prolegómenos, 14(28), 45-59. https://doi.org/10.18359/prole.2378
2. OMS (2024). Aumento de la disponibilidad, el acceso ético y la supervisión del trasplante de células, tejidos y órganos humanos. Asamblea Mundial de la salud.
3. Peña, J. (2005). Historia del trasplante renal en el INCMNSZ. Revista de investigación clínica. 57(2). 120-123.
4. Robles, J. (1986) Historia del trasplante renal. Revista de medicina de la Universidad de Navarra. 3. 29-25
5. Gracia, D. (2001). Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética. Nefrología. 21 (4). 13- 29
6. Casares, M (2010). Aspectos éticos de la donación renal de vivo. Nefrología. 30 (2). 14-22.
7. Baquero, A. Alberú, J (2011). Desafíos éticos en la practica de trasplantes en América Latina: Documento de Aguascalientes. Nefrología. 31 (3): 275-285.
8. Domínguez, B. Valentín, M. Escobar, E. (2010). Situación actual del trasplante renal de donante vivo en España y otros países: pasado, presente y futuro de una excelente opción terapéutica. Nefrología. 30 (2). 3-13.
9. Sellares, V. López J. (2024). La pequeña- gran historia del trasplante renal en España. Nefrología.
10. Perea, M. Vilardell, J. (2005). Aspectos éticos y legales del trasplante renal de donante vivo. Gestión y coordinación del proceso de donación de vivo. España.
11. CENATRA, https://www.gob.mx/cenatra/acciones-y-programas/consejo-nacional-de-trasplantes#:~:text=Este%20organismo%20fue%20creado%20en,los%20subsistemas%20que%20lo%20integren%E2%80%9D
12. Frutos, Ma. (2015). Ética en donación de órganos: una alianza rentable.Cuad Med Forense. 21 (1). 50-56

08

Ana Paula Kennedy Martin

ORCID: https://orcid.org/0009-0002-8336-6958
Afiliación: Universidad Anáhuac México Campus Norte
Doctorado en Bioética Aplicada
Correo electrónico: kennedy.anapaula@gmail.com

FACTORES LEGALES DEL "RIGHT TO TRY"

OBJETIVOS

Analizar el marco legal del "Right to Try" (derecho a intentar) como vía de acceso a tratamientos experimentales para pacientes pediátricos con enfermedades progresivas, incurables o terminales aplicado en Estados Unidos y su probable su aplicabilidad en el contexto mexicano examinando los fundamentos jurídicos bajo el principio constitucional de protección a la salud.

METODOLOGÍA

El análisis se realizó a través de una revisión documental de fuentes jurídicas nacionales e internacionales, así como de marcos regulatorios y bioéticos relevantes, incluyendo leyes, reglamentos, tratados internacionales y lineamientos de organismos como la FDA, EMA, OMS, y COFEPRIS. Se consideraron también comparaciones entre países que han implementado mecanismos similares al "Right to Try" como Colombia.

DESARROLLO

El “Right to Try” fue promulgado como ley en EE.UU. en 2018 con el fin de facilitar el acceso de pacientes con enfermedades graves o terminales a medicamentos experimentales, sin intervención directa de la FDA ni de comités de bioética, aunque requiere consentimiento informado y participación voluntaria del médico y del fabricante.

A nivel internacional, existen marcos regulatorios que permiten el acceso a tratamientos experimentales bajo programas de “uso compasivo" o “acceso expandido". La OMS promueve el acceso universal a la salud, mientras que la Declaración de Helsinki establece principios éticos internacionales para la investigación médica. La EMA en Europa regula estos accesos de forma estructurada; sin embargo, en América Latina predomina una notable disparidad normativa.

En Colombia, sin una ley formal equivalente, existe el “derecho innominado a ser intentado", basado en la dignidad humana, que permite el uso de medicamentos experimentales con evaluación ética previa. En contraste, México no cuenta con una ley como tal, pero su marco jurídico contempla mecanismos excepcionales para el uso de medicamentos experimentales.

La Constitución Mexicana garantiza el derecho a la protección de la salud. La Ley General de Salud y su reglamento establecen que los tratamientos en fase experimental pueden ser utilizados en situaciones urgentes o graves, previa aprobación de comités de ética e investigación y bajo consentimiento informado. La COFEPRIS es la autoridad responsable de autorizar estos protocolos, mientras que la CONBIOÉTICA supervisa aspectos éticos en la atención médica e investigación.

Sin embargo, en la práctica existen obstáculos relevantes: tiempos prolongados en la aprobación de protocolos por parte de COFEPRIS, falta de claridad en la normativa y ausencia de una vía expedita como la que representa el “Right to Try” estadounidense, lo que limita el acceso oportuno de pacientes mexicanos a terapias innovadoras en fase experimental.

CONCLUSIONES

Aunque el “Right to Try” ha facilitado el acceso a tratamientos experimentales en Estados Unidos, su implementación en México enfrenta barreras legales y administrativas. A pesar de no contar con una legislación específica, el marco legal mexicano ofrece ciertas herramientas para permitir estos accesos en casos excepcionales. Sin embargo, para garantizar equidad, eficacia y seguridad en el acceso a medicamentos experimentales, sería necesario promover reformas normativas que integren criterios éticos, clínicos y regulatorios, reconociendo las particularidades de poblaciones vulnerables como la pediátrica.

La creación de un marco legal más claro, eficiente y armonizado con estándares internacionales podría representar un avance significativo hacia un sistema de salud más justo, flexible y centrado en el paciente.

REFERENCIAS:

1. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. México; última reforma 2022.
2. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. DOF. México; 1987.
3. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013.
4. Estados Unidos. Right to Try Act of 2018. Public Law No: 115-176.
5. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS. 1946.
6. Secretaría de Salud. NOM-012-SSA3-2012. Criterios para ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. México; 2012.
7. COFEPRIS. Lineamientos para autorización de medicamentos en investigación en situaciones de emergencia médica. México.

09

Lizbeth Hernández Alcántara

ORCID: https://orcid.org/0009-0002-5127-6261
Afiliación: Universidad Anáhuac México Campus Norte
Alumno de Doctorado en Diseño
Correo electronico: lhernandeza858@alumno.uaemex.mx

BIOÉTICA EN LA VIVIENDA

OBJETIVO

El presente trabajo tiene como objetivo: aplicar los principios bioéticos en la vivienda debido a que la producción de vivienda en los últimos años no posibilita la habitabilidad, lo cual propicia el abandono. En México, la producción de vivienda no ha sido sostenible y apropiada para el usuario o habitante, esto genera un número muy alto de casos de vivienda abandonada, así como de adecuaciones posteriores a su adquisición. INEGI (2020) ha reportado 6 millones 155 mil viviendas abandonadas, el Estado de México también presenta 611 mil y en Toluca de Lerdo el 9.5% de las viviendas construidas inciden en esta condición.

METODOLOGÍA

La metodología desarrollada en este trabajo es mixta, pues se aprovechan los datos cuantitativos y se estudian los aspectos cualitativos para determinar cómo puede ser la vivienda desde la aplicación de los principios bioéticos. La primera parte consiste en el estudio teórico de cinco principios universales de la bioética para su extrapolación y posterior relación con las funciones de la vivienda. En la segunda parte, se proponen las características de la vivienda bioética y finalmente se concluye sobre las ventajas y beneficios para el habitante.

DESARROLLO

1. Cinco principios universales de la bioética

En este trabajo se han considerado 5 principios bioéticos universales como fundamentales: 1) respeto de la vulnerabilidad humana, 2) responsabilidad social y salud, 3) privacidad y confidencialidad, 4) dignidad y derechos humanos y 5) beneficios y efectos nocivos, cuales fueron retomados de la Declaración Universal de Bioética publicada por la UNESCO (2005).

La reducción de la vulnerabilidad es un reto que concierne a todos, desde lo individual hasta lo colectivo. La vulnerabilidad, según Ten (2016) significa herir, entendido como capacidad de ser herido, influenciado o atacado (p.8). Este autor recomienda realizar un análisis de amenazas y debilidades para la prevención de riesgos (Ten, 2016, p. 9). En este trabajo se aplica este principio al procurar la seguridad del habitante.

El principio de responsabilidad social y salud se retoma dando énfasis a la salud, entendiendo que el ser humano debe gozar del grado máximo de salud para ello se deben proporcionar condiciones ambientales y psicológicas salubres y es responsabilidad de todos procurarlas. Otro principio importante es el de privacidad y confidencialidad, del cual sólo se retoma la privacidad en el sentido de que la confidencialidad se da entre personas. Según Beauchamp & Childress (1998) cuando permitimos que otras personas accedan a nuestras historias o nuestros cuerpos, cedemos privacidad (p. 402) en contextos médicos. Pero la privacidad en arquitectura puede lograrse con condiciones materiales y construidas, tales como la acústica, los elementos divisorios en piso y muro, entre otros.

El principio de beneficios y efectos nocivos se aplica en el sentido maximalista que expresa la Declaración Universal de Bioética, entendiendo que los beneficios directos e indirectos se deben potenciar, maximizar, UNESCO (2005). El último principio, es el de dignidad y derechos humanos, el cual remite a comprender la dignidad como Andorno (2012) la explica, en el sentido del respeto al derecho del otro (p.59).

2. Características de la vivienda bioética

A nivel general, la vivienda bioética posee condiciones espaciales y materiales aptas para la vida con calidad considerando así la dignidad humana. El proceso de conformación de la vivienda bioética deberá maximizar los beneficios para el habitante, tanto los tangibles e intangibles como los físicos y no físicos; posibilitando la integración de cualidades que beneficien la usabilidad de la vivienda para la vida cotidiana del habitante.

Al aplicar el principio de privacidad, la vivienda bioética integrará elementos constructivos para la segregación de áreas en pisos, muros y plafones, considerará la acústica de los espacios y distinguirá entre espacios públicos y privados. Además, procurará la seguridad integral del usuario y protegerá la integridad de la persona a través de sistemas y componentes arquitectónicos que disminuyan el riesgo de accidentes, y de otros eventos como sismos, incendios, huracanes, entre otros, que pudieran afectarlo.

La vivienda bioética deberá crear condiciones para conservar la salud, se deberán evitar materiales tóxicos, la presencia de malos olores, se procurará el dimensionamiento adecuado y suficiente para cada espacio, se evitarán formas triangulares o que puedan causar accidentes y pongan en riesgo la integridad del habitante.

3. Ventajas y beneficios para el habitante

Son muchas las ventajas y beneficios que la vivienda bioética procura para el habitante, pero lo más importante es que permitirá desarrollar una vida cotidiana con calidad, salud y felicidad. La vivienda bioética permitirá realizar cada función con seguridad y privacidad maximizando los beneficios para el habitante, no sólo espaciales y materiales, sino también los inmateriales como la iluminación, la flexibilidad, la adaptabilidad, entre otros. Las ventajas no sólo son funcionales, sino que es posible incrementar la plusvalía de la vivienda, la durabilidad e idoneidad para el habitante.

CONCLUSIONES

Se ha encontrado que la vivienda bioética debe presentar cualidades de seguridad, privacidad, maximización de los beneficios y salud para alcanzar una vivienda digna. Se observó que los principios bioéticos tienen la característica de transversalidad y deben estar presentes en todos los espacios de una vivienda. Los espacios de una vivienda deberán ser aptos para la vida cotidiana del habitante y deberán brindar las funciones de: protección, descanso-alojamiento, privacidad, alimentación, estudio-trabajo, almacenaje y recreación orientados a mejorar la calidad de vida del habitante y así evitar el abandono de la vivienda.

Si las viviendas tienen los espacios suficientes para cada función específica, el habitante podrá desenvolverse de manera plana y disminuirá los motivos para abandonarla, esto sucederá en mayor medida si se incrementan las condiciones para la seguridad, así como la preservación de la integridad personal y salud, además, si se incrementa la privacidad y se maximizan los beneficios.

REFERENCIAS:

1. Andorno, R. (2012). Bioética y dignidad de la persona. Paris: Tecnos.
2. Beauchamp, T., & Childress, J. (1998). Principios de ética biomédica. MASSON S.A.
3. INEGI. (2020). Encuesta Nacional de Vivienda. ENVI 2020. Tabulados básicos. 2021. INEGI.
4. Ten, H. H. (2016). Vulnerability. Challenging bioethics. Routledge.
5. UNESCO (2005). Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. Organización de las Naciones Unidas.

10

José Alberto Castilla Barajas

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6500-7594

Afiliación: Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac México Campus Norte

Correo electrónico: alberto.castilla@anahuac.mx

TRADUCCIÓN Y VALIDACIÓN CULTURAL DEL INSTRUMENTO "SWEDISH FERTILITY AWARENESS QUESTIONNAIRE" PARA EVALUAR LA PREVALENCIA Y LOS FACTORES ASOCIADOS CON LA INTENCIÓN DE TENER HIJOS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS MEXICANAS

RESUMEN

Existe una tendencia poblacional a postergar o evitar la maternidad que ya afecta la tasa de natalidad en diversas regiones del mundo. El término conciencia de la fertilidad hace referencia al conjunto de actitudes, creencias y comportamientos que una mujer tiene con respecto a su ciclo reproductivo y las decisiones que involucra. Las estudiantes universitarias son un grupo de interés para analizar la conciencia de la fertilidad por factores profesionales, sociales, o económicos. La conciencia de fertilidad se ha estudiado en mujeres universitarias en diversos países, pero solo se cuenta con un estudio latinoamericano hecho en la Ciudad de México con universitarias que reportó la intención de tener hijos en solo 48% de los casos. El término conciencia de la fertilidad "Fertility Awareness" hace referencia al conjunto de actitudes, creencias y comportamientos que una mujer tiene con respecto a su ciclo reproductivo y las decisiones que involucra.

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia y los factores asociados con la intención de tener hijos en estudiantes universitarias mexicanas a partir de la traducción y validación cultural del instrumento "The Swedish Fertility Awareness Questionnaire". Se realizará la traducción, adaptación cultural y validación del instrumento para obtener la intención de tener hijos como variable dependiente y como variables independientes incluye la edad, importancia de tener hijos, conducta en caso de infertilidad, condiciones importantes sobre maternidad, cambios de vida en relación, y conciencia de fertilidad, entre otras. Para la traducción, adaptación cultural y validación del cuestionario se aplicarán las guías de Beaton. Se estimará la prevalencia de la intención de tener hijos con un intervalo de confianza al 95% y se identificarán los factores asociados a la intención de tener hijos mediante análisis de regresión logística binaria.

METODOLOGÍA

El estudio consta de dos fases: la primera es la traducción y validación cultural del instrumento y la segunda es la aplicación de los cuestionarios a estudiantes mexicanas de una universidad pública y una privada.

Fase 1: La metodología de la traducción, adaptación y validación cultural del Swedish Fertility Awareness Questionnaire siguiendo las Guías de Beaton se ha realizado de la siguiente manera:

1. Traducción del cuestionario original de Lampic 2006 al idioma español por dos traductores, uno con acreditación C1 Cambridge (V1) y el segundo realizado por un traductor de carácter básico con un nivel A2 Cambridge (V2).
2. Se realizó una síntesis de ambas traducciones (V1 y V2) para generar una tercera versión (V1-2) que permitió resolver discrepancias entre las primeras dos traducciones.
3. Esta versión sintetizada (V1-2) se volverá a traducir al idioma original del cuestionario (BV3a y BV3b) por dos traductores con un nivel nativo del inglés.
4. Posteriormente se realiza una segunda síntesis con otro traductor con un nivel de inglés C1 de Cambridge para volver a resolver discrepancias entre las retro-traducciones. (BV4)
5. Esta versión sintetizada en inglés (BV4) se traduce directamente

al español y se someterá a un comité de expertos para poder realizar modificaciones pertinentes y se lograr realizar los cambios solicitados para crear la versión pre final (BV5)

6. La versión BV5 representará el cuestionario completo que se aplicará a 30 estudiantes universitarias para validar por definición el entendimiento y comprensión de cada reactivo, es decir, nuestra prueba piloto, llevando a la versión final aplicable en el estudio (BV6)

En este punto se encuentra la investigación actualmente, finalmente en la Fase 2 se aplicará el cuestionario a la muestra masiva de 500 estudiantes para analizar las variables correspondientes y mostrar resultados.

DESARROLLO

C. Lampic en el 2006 identificó la falta de conocimiento generalizado sobre la disminución progresiva y natural de la fertilidad con el paso de los años. Aunque las personas tienen un acceso inmenso a información sobre salud reproductiva, una gran proporción de la población subestima el impacto de la edad en la concepción e incluso sobreestiman la efectividad de los tratamientos de reproducción asistida.

En el 2012 Brennan Peterson en Estados Unidos aplicó una versión adaptada del SFAQ a 882 estudiantes universitarios y encontraron que tanto hombres como mujeres tenían ideas erróneas sobre la edad a partir de la cual la fertilidad comienza a disminuir. Por ejemplo, muchos participantes creían que las posibilidades de embarazo se mantenían elevadas hasta los 40 años, subestimando los riesgos de infertilidad relacionados con la edad. Además, mostraban una percepción exageradamente optimista sobre la efectividad de las tecnologías de reproducción asistida. Estas creencias que son completamente erróneas conducen a una falta de sensación de control sobre la fertilidad y a una postergación de las decisiones reproductivas en la población, sin una conciencia real de las limitaciones biológicas y las posibilidades de concebir con el uso de reproducción asistida.

En el 2015 en Asía, Chy Chan replicó y adaptó el instrumento en una muestra de 367 estudiantes universitarios de Hong Kong. Aunque también encontraron un bajo nivel de conciencia sobre fertilidad, el contexto cultural introdujo matices sumamente importantes al estudio en cuestión.

Los estudiantes asiáticos mostraron una menor intención de tener hijos y menos disposición a hacer uso de técnicas de reproducción asistida, incluso en casos de una infertilidad esperada.(3) Esta diferencia nos resalta la importancia de considerar factores socioculturales al interpretar los resultados del instrumento y al diseñar intervenciones educativas que respondan a particularidades de cada población dependiendo de su contexto y cultura.

La conciencia de fertilidad no se limita al conocimiento básico del funcionamiento reproductivo, sino que implica una comprensión integral, crítica y contextualizada de los procesos biológicos, las limitaciones temporales, las probabilidades de concepción, las limitaciones relacionadas con la edad, las probabilidades de concepciones, y las opciones disponibles para la salud reproductiva personalizada. Involucra conocer la fisiología del ciclo menstrual, la edad óptima para la fertilidad, las señales del cuerpo que indican periodos fértiles, y también las implicaciones sociales, emocionales y económicas de la maternidad/paternidad en diferentes etapas de la vida.

CONCLUSIONES

The Swedish Fertility Awareness Questionnaire será traducido, validado y adaptado culturalmente, lo que permitirá la aplicación en el escenario universitario en estudiantes mexicanas. Además, los resultados darán información actualizada sobre la prevalencia en la intención de tener hijos, lo que podría ser útil para futuros estudios sobre las tendencias de natalidad en México, especialmente en población femenina con el nivel de escolaridad universitario. Asimismo, se obtendrá información actualizada sobre los factores que influyen en la intención de tener hijos en esta población, lo cual es importante para un análisis más profundo que permita comprender las actitudes y conductas respecto a la maternidad.

REFERENCIAS:

1. Lampic C, Svanberg AS, Karlström P, Tydén T. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. Human Reproduction 2005 -11-17;21(2):558.
2. Peterson BD, Pirritano M, Tucker L, Lampic C. Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. Human Reproduction 2012 -03-08;27(5).
3. Chan CH, Chan TH, Peterson BD, Lampic C, Tam MY. . Intentions and attitudes towards parenthood and fertility awareness among Chinese university students in Hong Kong: a comparison with Western samples. Hum Reprod.
4. Mathews TJ, Hamilton BE. Mean Age of Mothers is on the Rise: United States, 2000-2014.
5. Ren, Y., Xie, Y., Xu, Q. et al. University students' fertility awareness and its influencing factors: a systematic review. Reprod Health .
6. Pedro J, Brandao T, Schmidt L, Costa ME, Martins MV. What do people know about fertility? A systematic review on fertility awareness and its associated factors. UPSALA J MED SCI 2018;123(2):71–81.
7. Beaton D, Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self Report Measures, SPINE Vol 25, Num 24, pp 3186-91.

COMPILADO Y ELABORADO POR:

Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte
Coordinadora de Investigación de la Facultad de Bioética

MPSS Ana García Hazas
MPSS Camile Bertrand Carpio

José Alberto Castilla Barajas
Director de la Facultad de Bioética

Contacto: elizabeth.delosrios@anahuac.mx

UNIVERSIDAD ANÁHUAC MR
VINCE IN BONO MALUM
MÉXICO

Facultad de Bioética