

APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA

Roxana Araujo-Espino • Ana Gabriela Flores-Romo
Perla María Trejo-Ortiz • Luz Ma. Delgadillo-Legaspi
Maricruz Vidales-Jara



APORTACIONES DE LA
INVESTIGACIÓN
DE ENFERMERÍA EN LAS
DIFERENTES ETAPAS
DE LA VIDA

Instituciones participantes

Universidad Autónoma de Zacatecas
Universidad Autónoma de Guanajuato
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Universidad Autónoma de Baja California
Universidad Autónoma de Nuevo León
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Colaboración

Cuerpo Académico Salud Integral y Desarrollo Humano UAZ-CA-188
Cuerpo Académico Diabetes y Enfermedades Relacionadas UAZ-CA-165
Cuerpo Académico Medio Ambiente y Salud UAZ-CA-256
Grupo de Investigación Enfermería en la Prevención de Adicciones
Grupo de Investigación Cuidado Integral en el Cielo Vital
Grupo de Investigación Psicología, Salud y Estilos de Vida
Cuerpo Académico Enfermería Clínica BUAP-CA-078
Cuidado Innovador para la Salud de la Población UMSNH-CA-296
Grupo de Investigación: Bienestar y Frontera
CA Respuestas Humanas a la Salud y a la Enfermedad
Grupo de Investigación: Cuidado de Enfermería y Salud Pública

Evaluadores

Dra. en B. Ana Gabriela Flores Romo	Dra. Claudia Hernández Salas
Dra. en CE. Roxana Araujo Espino	MCE. Lourdes Lizbeth Rocha Aguirre
Dra. en B. Laura Berenice Zorrilla Martínez	MCE. Nora de la Fuente de la Torre
Dra. en CE. Perla María Trejo Ortiz	Dra. Elda Aracely García Mayorga
Dra. en E. Fabiana Esther Mollinedo Montaño	Dr. José Antonio Varela Silva
MCE. Luz Ma. Delgadillo Legaspi	Dr. Esteban Meza Lamas
Dra. Verónica Ortega Gámez	M. en C. Julieta Moreno Longoria
MCE. Maricruz Vidales Jara	Dra. Maricela Olarte Saucedo
Dra. en T. Ma. Guadalupe Gallegos Acevedo	<i>Universidad Autónoma de Zacatecas</i>
Dra. en CE. Sonia Pérez Hernández	Dr. Ángel Noé Alvarado Pizarro
Dra. en CE. Hilda Saray Contreras-de la Fuente	<i>Universidad Autónoma de Chihuahua</i>
MCE. Ana Beatriz Ávila Delgado	DE. María Luz De Ávila-Arroyo
Dr. Rafael Armando Samaniego Garay	<i>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla</i>
Dra. María de Lourdes Del Río Mendoza	Dra. Vanesa Jiménez Arroyo
	<i>Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo</i>

APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA

Roxana Araujo-Espino • Ana Gabriela Flores-Romo
Perla María Trejo-Ortiz • Luz Ma. Delgadillo-Legaspi
Maricruz Vidales-Jara





Conacyt

Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas

Registro: 2000845

Dirección del proyecto:

José Eduardo Salinas de la Luz

1a. edición: 2023

Dirección del Proyecto: Ana Gabriela Flores-Romo

© Roxana Araujo-Espino, Ana Gabriela Flores-Romo,
Perla María Trejo-Ortiz, Luz Ma. Delgadillo-Legáspi,
Maricruz Vidales-Jara

© Cromberger Editores e Impresores, S.A. de C.V.
Río Danubio 69, Despacho 1001
Col. Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc
06500; Ciudad de México

Reservados todos los derechos.

Esta obra ha sido evaluada por pares académicos ciegos que avalan la calidad académica del trabajo. Esta publicación no podrá ser reproducida total o parcialmente, incluyendo el diseño de portada, tampoco podrá ser transmitida ni utilizada por algún medio, ya sea electrónico, mecánico, electromecánico o de otro tipo sin autorización por escrito del autor.

ISBN: 978-607-59483-8-6

Corrección ortográfica y de estilo: Adriana Guerrero Tinoco

Diseño de interiores, portada y formación: Aarón González Cabrera

Hecho en México • Made in Mexico

Contenido

11 **Prólogo**

15 **Presentación**

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA MUJER Y EL NIÑO



21 **Validación de la Escala de Necesidades
de Confort Neonatal (ESNEC-2016)
en la Unidad de Neonatología**

Contreras-De la Fuente, Hilda Saray
Castillo-Arcos, Lubia del Carmen
Álvarez-Aguirre, Alicia
Pérez-Hernández, Sonia

33 **Percepción materna del peso
del hijo preescolar. Un estudio en población rural**

Trejo-Ortíz, Perla María
García-Reyes, Diana Laura
Hernández-López, Alejandra
Mollinedo-Montaño, Fabiana Esther
Calderón-Ibarra, Alejandro

45 **El embarazo adolescente
como fin de proyecto profesional**

Jiménez-Arroyo, Vanesa
Trejo-Ortiz, Perla María

57 Ser mujer con cáncer de mama y la relación con un ser supremo: presentación de un caso

Pérez-Hernández, Sonia
Contreras-De la Fuente, Hilda Saray
Gallegos-Acevedo, Ma. Guadalupe
Ávila-Delgado, Ana Beatriz
De Ávila-Arroyo, María Luz

69 Una aproximación a los procesos identitarios de la mujer profesionista en el medio rural

Flores-Treviño, Nora Elia
Meza-Lamas, Esteban
Hernández-Salas, Claudia
Moreno-Longoria, Julieta
Olarte-Saucedo, Maricela

**ENFERMERÍA E INVESTIGACIÓN
EN POBLACIÓN JOVEN**



83 Creencias sobre el consumo de marihuana y consumo de marihuana en adolescentes

Calderón-Botello, Liliana Elizabeth
Vidales-Jara, Maricruz
Guzmán-Núñez, Felicitas Zulema
Muro-Puentes, Fátima Yazmin
Ruiz-Pérez, Nelly Nayeli

99 Felicidad y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería

Vidales-Jara, Maricruz
Ortega-Gámez, Verónica
Calderón-Botello, Liliana Elizabeth
Delgadillo-Legaspi, Luz Ma.

113 Efectos terapéuticos de los cannabinoides THC y CBD de la *Cannabis sativa* en algunas patologías

Olarte-Saucedo, Maricela
Hernández-Salas, Claudia
Moreno-Longoria, Julieta
Flores-Treviño, Nora Elia
Meza-Lamas, Esteban

- 127** **Análisis del uso problemático de tecnología y consumo de alcohol durante el confinamiento en estudiantes universitarios**
Ortega-Gámez, Verónica
Vidales-Jara, Maricruz
Delgadillo-Legaspi, Luz Ma.
- 145** **Estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas**
Samaniego-Garay, Rafael Armando
Del Río-Mendoza, María de Lourdes
García-Alonso, Isauro
Reyna-Barajas, Gloria Velia
Velázquez-Sandoval, Sandra Isela
- 159** **Estrés académico y ansiedad en estudiantes de licenciatura en Enfermería**
Clemente-Arias, Zitlally Anahí
De Ávila-Arroyo, María Luz
Tenahua-Quitl, Inés
Torres-Reyes, Alejandro
Gallegos-Acevedo, Ma. Guadalupe
Contreras-De la Fuente, Hilda Saray
- 173** **Enfermedad cardiovascular y prevalencia de sobrepeso-obesidad en jóvenes estudiantes del estado de Zacatecas**
Moreno-Longoria, Julieta
Meza-Lamas, Esteban
Hernández-Salas, Claudia
Olarte-Saucedo, Maricela
Flores-Treviño, Nora Elia

**ENFERMERÍA Y CUIDADOS
EN LA POBLACIÓN ADULTA Y ADULTA MAYOR**



- 187** **Intervenciones adaptadas culturalmente para la prevención del VIH en personas migrantes de origen latino: revisión sistemática**
Esquivel-Rubio, Abraham Isaac
Márquez-Vega, María Aracely
Alvarado-Pizarro, Ángel Noé
González-Sánchez, Alejandra

209 Estrés de conciencia relacionado con el cuidado espiritual del personal de enfermería

Flores-Romo, Ana Gabriela
Araujo-Espino, Roxana
Zorrilla-Martínez, Laura Berenice
Trejo-Ortiz, Perla María

221 Estereotipos hacia la vejez asociados al perfil de salud en usuarios de un hospital público de Zacatecas

Araujo-Espino, Roxana
Delgado-Rivas, Tomás
Trejo-Ortiz, Perla María
Flores-Romo, Ana Gabriela
Mollinedo-Montaño, Fabiana Esther
Calderón-Ibarra, Alejandro

235 Polifarmacia en adultos mayores de un hospital público de Zacatecas

Ávila-Delgado, Ana Beatriz
Iraburo-Santa Ana, Janeth Monserrath
Orozco-Gómez, Claudia
Pérez-Hernández, Sonia
Contreras-De la Fuente, Hilda Saray

247 Sobre las coordinadoras

Prólogo

La investigación en enfermería es aquella realizada por enfermeras/os o grupos multidisciplinarios con el interés de encontrar respuesta o solución a un problema específico desde el punto de vista de la disciplina, con el objetivo de mejorar la calidad de la intervención de enfermería, encaminada a cuatro direcciones principales: *i*) mejorar la efectividad del cuidado, tanto en la prevención como en el tratamiento de los problemas de salud, *ii*) mejorar la eficiencia del cuidado con el uso de recursos que son factibles con el fin de satisfacer las necesidades del paciente, *iii*) mejorar la seguridad de la intervención de enfermería en la prevención y disminución de eventos adversos, y *iv*) construir la evidencia científica para sustentar las acciones de enfermería, tratando de conformar un cuerpo de conocimientos propio que le permitan un trabajo independiente como disciplina.

En este contexto, la investigación es considerada un aspecto fundamental para el desarrollo de la enfermería como disciplina, pues permite visibilizar su contribución a la salud de las personas y reconocer como objeto de estudio el cuidado en escenarios diversos y en las diferentes etapas de la vida. Sin embargo, en México, la investigación en enfermería hoy en día es una actividad sustantiva en universidades y escuelas de Enfermería, no así en instituciones de salud, lo cual representa un gran reto a nivel nacional, ya que a través de ella se puede documentar el cuidado enfermero dentro de la práctica misma, así como el fomento a los Cuerpos Académicos (CA) en el área del cuidado de la salud y la generación o aplicación innovadora del conocimiento.

De manera que la investigación y la generación de conocimiento científico-técnico en la actualidad se desarrollan en un marco de intercomunicación e interrelaciones entre científicos, grupos y redes para permitir identificar los enfoques metodológicos correctos, acceder a bases de datos sobre la población para responder las preguntas de investigación más urgentes y crear sinergia de experiencia para indagar en preguntas de investigación complejas. Así, la Red Nacional de Salud y Educación presenta un texto denominado *Aportaciones de la investigación de Enfermería en las diferentes etapas de la vida*.

La presente obra ha sido concebida como una aportación al conocimiento de la disciplina, pero también como un punto de partida para la reflexión acerca de la variedad de metodología de la investigación disponible para contribuir a acrecentar el conocimiento en enfermería y su aplicación en la práctica en las diferentes etapas de la vida. Este hecho queda de manifiesto en la estructura del texto mediante estudios cualitativos, cuantitativos, estudios de caso y revisiones sistemáticas, así como también en los contenidos de las tres secciones en las que se encuentra dividido.

El volumen inicia con un interesante tema: “Cuidado de enfermería en la mujer y el niño”, presentado desde la validación de una escala de medición de necesidades de confort neonatal hasta los aspectos de cuidado en el medio rural, embarazo y la atención a la mujer con cáncer de mama. En la segunda sección se abordan aspectos sobre “Enfermería e investigación en población joven”, en específico, factores de cuidado en el consumo de marihuana, felicidad y consumo de alcohol y tabaco, efectos terapéuticos del *cannabis*, uso de tecnologías y consumo de alcohol debido al confinamiento, estrés académico y ansiedad, así como enfermedad cardiovascular y sobrepeso u obesidad.

Por último, en la tercera parte, se revisa la situación actual de la práctica de “Enfermería y cuidados en la población adulta y adulta mayor”, destacando las intervenciones adaptadas culturalmente para la prevención del contagio del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) mediante una revisión sistemática, estrés relacionado con el cuidado espiritual del personal de enfermería, para concluir con aspectos importantes para el cuidado de la población adulta mayor, como es el estereotipo hacia la vejez asociado al perfil de salud y polifarmacia en

adultos mayores. Con estas aportaciones, los autores y compiladores ponen de manifiesto su actualización y contribuciones para el conocimiento disciplinar.

Dra. Mónica Gallegos Alvarado

Jefa de la División de Estudios de Posgrado
de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la
Universidad Juárez del Estado de Durango

Presentación

La investigación constituye una tarea fundamental para el profesional de enfermería. El desarrollo de esta actividad ha permitido la generación de un cuerpo propio de conocimientos y, en consecuencia, el ejercicio de una práctica fundamentada para así avanzar en el camino de la tan anhelada autonomía de la profesión y mejora de los cuidados de enfermería.

Sin duda, en la actualidad es necesario adoptar la cultura de una práctica basada en la evidencia, para ello, se requiere que el personal de enfermería no sólo haga investigación, sino que además publique sus resultados y procure que estos sean de utilidad para enriquecer la práctica diaria. Bajo este tenor, la presente obra titulada *Aportaciones de la investigación de Enfermería en las diferentes etapas de la vida* representa una opción más para visibilizar los aportes de la disciplina en el ámbito de la investigación.

Conscientes de que las problemáticas actuales son complejas y multifactoriales, *Aportaciones de la investigación de Enfermería en las diferentes etapas de la vida* incluye trabajos realizados de manera disciplinar y multidisciplinar, mostrando análisis desde diferentes perspectivas profesionales que inyectan al escrito una visión más integral y completa, sin dejar de lado la aportación propia de y para la profesión.

El compendio es producto de la colaboración de investigadores de diversas instituciones educativas: la Universidad Autónoma de Zacatecas, la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, la Universidad Autónoma del Carmen,

la Universidad de Guanajuato, la Universidad Autónoma de Baja California, la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad Autónoma de Chihuahua, las cuales han logrado consolidar equipos de trabajo al interior del país.

Es de destacar y reconocer que todas las colaboraciones y contenidos presentados se basan en investigaciones realizadas, en su mayoría, de manera empírica, con un enfoque cualitativo o cuantitativo en las diferentes etapas de la vida, aspecto que resultó fundamental para definir la estructura presentada. En un primer apartado titulado “Cuidado de enfermería en la mujer y el niño”, se abordan estudios que contemplan la validación de una escala para medir el confort en los neonatos, la percepción materna del peso del hijo en población rural, el embarazo adolescente como fin de proyecto profesional, la mujer con cáncer de mama y la relación con un ser supremo, así como la aproximación a los procesos identitarios de la mujer profesionista en el área rural.

En el rubro de “Enfermería e investigación en población joven”, los tópicos que se desarrollan incluyen aquellos relacionados con las creencias sobre el consumo de marihuana; consumo de marihuana en adolescentes; felicidad y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería; efectos terapéuticos de los cannabinoides THC y CDB de la *Cannabis sativa* en algunas patologías; el uso problemático de las tecnologías y el consumo de alcohol durante la pandemia; estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de enfermería; enfermedad cardiovascular y prevalencia de exceso de peso en estudiantes de Zacatecas.

Finalmente, en el apartado de “Enfermería y cuidados en la población adulta y adulta mayor”, se incluyen investigaciones concernientes a intervenciones adaptadas culturalmente para la prevención del contagio de VIH en personas migrantes de origen latino; estrés de conciencia relacionado con el cuidado espiritual del personal de enfermería; estereotipos hacia la vejez asociados al perfil de salud en usuarios de un hospital público, y polifarmacia en adultos mayores de un hospital público de Zacatecas.

El libro *Aportaciones de la investigación de Enfermería en las diferentes etapas de la vida* recopila 16 capítulos que, con toda seguridad, serán referente para el crecimiento y posicionamiento de la

disciplina. Integra temáticas que, bajo la organización presentada y el abordaje expuesto, convierten a la obra en un recurso atemporal de consulta continua para estudiantes, docentes y profesionales del área de la salud que laboran en los distintos niveles de atención.

Sin duda, el texto que se presenta es un ejemplo de impulso al trabajo colegiado. Enhorabuena para cada uno de los autores y coautores, quienes hicieron palpable su compromiso para que cualquier persona interesada en la obra se nutra del trabajo científico que realizan de manera cotidiana y, a la vez, se fortalezcan las Líneas de Generación del Conocimiento en sus grupos de investigación y Cuerpos Académicos al interior de sus instituciones educativas.

Dra. Perla María Trejo-Ortíz
Zacatecas, Zac.

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA MUJER Y EL NIÑO



Validación de la Escala de Necesidades de Confort Neonatal (ESNEC-2016) en la Unidad de Neonatología

Contreras-De la Fuente, Hilda Saray¹

Castillo-Arcos, Lubia del Carmen²

Álvarez-Aguirre, Alicia³

Pérez-Hernández, Sonia⁴

RESUMEN

Introducción: El profesional de enfermería que se desempeña en el área de neonatología requiere de herramientas que contribuyan a identificar y comprender el lenguaje no verbal de los recién nacidos pretérmino (RNPT), a través del cual expresan sus necesidades en el contexto físico, ambiental y social que genera la vida extrauterina dentro del ambiente hospitalario; dichas herramientas permitirán respaldar su práctica en la transformación de un cuidado más digno y humanizado para los nacidos antes de tiempo. **Objetivo:** Describir el proceso de validación de la ESNEC-2016 en recién nacidos pretérmino hospitalizados en una Unidad de Neonatología. **Material y método:** Estudio psicométrico, de corte transversal. Previa determinación del objetivo de la variable, se elaboró una escala preliminar basada en la revisión teórica y de la literatura; se sometió a juicio de expertos para la evaluación de validez de apariencia y contenido; fue pilotado en 200 RNPT hospitalizados, y para determinar el nivel de confiabilidad de las escalas diseñadas, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. **Resultados:** Se obtuvo una escala dicotómica que mide las necesidades de confort en tres dimensiones (necesidades de alivio, necesidades de

¹ Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas. Contacto: scontreras@uaz.edu.mx

² Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen.

³ División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Universidad de Guanajuato.

⁴ Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas.

tranquilidad y necesidades de trascendencia) dentro del contexto físico, ambiental y social de los RNPT. El resultado de validez facial y de contenido reveló valores de 79% y 0.87 de aceptación por parte de los expertos, respectivamente, y la prueba de consistencia interna reportó un nivel aceptable de confiabilidad ($KR-20 = .663$). **Conclusiones:** El trabajo realizado ofrece un instrumento válido y confiable con alto potencial para identificar las necesidades de confort neonatal en recién nacidos pretérmino hospitalizados.

Palabras clave: validación, ESNEC-2016, recién nacido pretérmino, enfermería

ABSTRACT

Introduction: The nursing professional who works in the area of neonatology requires tools that help identify and understand the non-verbal language of preterm newborns, through which they express their needs in the physical, environmental and social context that life generates extra uterine within the hospital environment; These tools will support your practice in the transformation of a more dignified and humanized care for those born before their time. **Objective:** To describe the validation process of the ESNEC-2016 in preterm newborns hospitalized in a Neonatal Unit. **Material and method:** Cross-sectional psychometric study. After determining the objective of the variable, a preliminary scale was developed based on the theoretical and literature review; it was submitted to expert opinion for the evaluation of validity of appearance and content; was piloted in 200 hospitalized preterm newborns and to determine the reliability level of the designed scales, Cronbach's Alpha coefficient was used. **Results:** A dichotomous scale was obtained that measures the needs for comfort in three dimensions (needs for relief, needs for tranquility and needs for transcendence), within the physical, environmental and social context of the preterm newborns. The face and content validity results revealed values of 79% and 0.87 acceptance by the experts, respectively, and the internal consistency test reported an acceptable level of reliability ($KR-20 = .663$). **Conclusions.** The work carried out offers a valid and reliable instrument with high potential to identify neonatal comfort needs in hospitalized preterm newborns.

Keywords: validation, ESNEC-2016, preterm newborn, nursing

Introducción

Las necesidades de cuidado de la salud en el área de neonatología son consideradas tan importantes como las de otros grupos poblacionales.

Al respecto, se documenta que las necesidades inmediatas de un niño que nace de forma prematura se refieren principalmente a las funciones fisiológicas, dentro de las cuales destacan la respiración, la regulación de la temperatura corporal, la alimentación, la digestión de los alimentos y su eliminación, entre otras (Duffy et al., 2020).

De forma semejante, García-Lagunar et al. (2018) asumen que los recién nacidos pretérmino (RNPT) tienen necesidades fisiológicas y metabólicas que deben satisfacerse y que las condiciones propias de su edad les generan problemas como hipotermia, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, dificultad respiratoria, sepsis y dificultad para alimentarse. Lawn et al. (2013) también priorizan las necesidades del RNPT en respiración, alimentación y mantenimiento de la temperatura corporal.

En este orden de ideas, Ruiz et al. (2013) mencionan que los RNPT tienen una capacidad limitada para organizar su conducta y adaptarse al medio y son incapaces de rechazar los estímulos nocivos que caracterizan a una unidad hospitalaria, además, precisan de apoyo postural, nutricional, termorregulación y modulación del ciclo sueño-vigilia que el útero ya no puede ofrecerle.

Según los planteamientos de Carvalho et al. (2019) para el cuidado del RNPT, éste se enfrenta con frecuencia a problemas de adaptación respiratoria y circulatoria, así como dificultades para alimentarse y para la autorregulación térmica. El sistema respiratorio es inmaduro y los alvéolos pulmonares no han completado su desarrollo; los músculos auxiliares son débiles. Alrededor de la semana 24 de la gestación, se produce el cierre débil del puño del feto ante la estimulación palmar y tiene la capacidad para llevarse la mano a la boca (Basso et al., 2012).

Aunque clínicamente se persigue mantener la estabilidad de las necesidades biológicas de los RNPT, es fundamental identificar las conductas de estrés o incomodidad derivadas de la atención que se proporciona (Zhao et al., 2022). En este sentido, el profesional de enfermería que desempeña sus funciones en el área de neonatología requiere de herramientas que contribuyan a identificar y comprender el lenguaje no verbal a través del cual los RNPT expresan sus necesidades en el contexto físico, ambiental y social que genera la vida extrauterina dentro del ambiente hospitalario; dichas herramientas permitirán

respaldar su práctica en la transformación de un cuidado más digno y humanizado a los nacidos antes de tiempo (Bruton et al., 2018).

De acuerdo con lo anterior, el presente trabajo se fundamentó teóricamente en el Modelo de Confort Neonatal derivado de la Teoría del Confort (Kolcaba, 2003), el cual define las necesidades de confort, como la falta de alivio, tranquilidad y trascendencia del RNPT en las dimensiones física, ambiental y social; dentro de las necesidades de alivio se consideraron la alteración en la temperatura corporal (hipotermia o hipertermia), postura corporal desorganizada (retorcimiento difuso, arqueamiento corporal, pierna buscando contacto, estirado), respuestas viscerales (vómito, arcada o hipo), muecas faciales y estados difusos de sueño-vigilia; las necesidades de tranquilidad incluyeron la actividad motora excesiva (sentado en el aire, saludo, aeroplano), dedos de manos o pies separados y extendidos, manos empuñadas, temblores y sobresaltos; y las necesidades de trascendencia fueron la resistencia para succionar su mano o dedos, incapacidad para presionar los dedos del cuidador e incapacidad para llevarse las manos hacia la boca, cabeza o cara (Contreras-de la Fuente et al., 2017).

OBJETIVOS

General

Describir el proceso de validación de la ESNEC-2016 en recién nacidos pretérmino hospitalizados en la Unidad de Neonatología para identificar las necesidades de confort que implican la falta de alivio, tranquilidad y trascendencia en el contexto físico, ambiental y social de su experiencia humana.

Específicos

1. Caracterizar el proceso de construcción de la ESNEC-2016 hasta llegar a la versión final.
2. Describir los ítems que conforman las dimensiones de la ESNEC-2016.
3. Determinar propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) de la ESNEC-2016.

Material y método

Se trata de un estudio psicométrico, de corte transversal, conducido bajo la siguiente secuencia:

1. Se determinó el objetivo de la variable necesidades de confort;
2. Se elaboró una escala preliminar sustentada en la revisión de la literatura y en el modelo teórico;
3. El instrumento se sometió a un panel de jueces con experiencia clínica en el cuidado neonatal para la valuación de validez de apariencia y de contenido bajo la metodología propuesta por Lawshe (1975) modificada por Tristán-López (2008);
4. Se configuró la escala para discriminar o modificar los ítems de acuerdo con la opinión de los jueces;
5. Se ejecutó el piloteo en una muestra de 200 de RNPT, con el propósito de refinar la escala;
6. Se reevaluó la claridad de los ítems, quedando una versión final de 20 de estos;
7. Se determinó el nivel de confiabilidad de la escala diseñada a través del coeficiente alfa de Cronbach para comprobar la consistencia interna de los ítems, considerando al instrumento en su conjunto y para los dominios obtenidos (Contreras-De la Fuente y Castillo-Arcos, 2022).

Consideraciones éticas

De conformidad con la Ley General de Salud (Secretaría de Salud, 2014), el presente estudio se apejó a lo dispuesto en el reglamento de dicha ley en materia de Investigación para la Salud, donde se establece como prioridad “atender los aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta de investigación”. Para ello, se tomó como base el Capítulo I, en sus Artículos 13, 14, 16, 17, 20, 21 y 22. En apejo al Artículo 13, se respetó la dignidad de los RNPT y se protegieron sus derechos, procurando siempre su bienestar. De acuerdo con lo estipulado en el Artículo 14, en sus fracciones V, VI, VII y VIII, el estudio se realizó previo consentimiento informado de padres o tutores de los recién nacidos.

Resultados

La ESNEC-2016 fue diseñada originalmente con 18 ítems con el objetivo de medir las necesidades de confort neonatal, las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 medían las necesidades en la dimensión física, las preguntas 12, 13, 14, 15 y 16 evaluaban la dimensión ambiental y los ítems 17 y 18 medían la dimensión social. Un ejemplo de reactivo fue “Irritabilidad” y fue considerada inicialmente una escala ordinal con cuatro opciones de respuesta que iban de “Altamente presente= 4”, “Presente= 3”, “Escasamente presente= 2” a “No presente= 1”.

Para verificar la validez interna de la escala, ésta se envió a una ronda de seis expertos, de los cuales cuatro fueron enfermeras neonatólogas y dos enfermeras con especialidad en pediatría con 16 años de experiencia en promedio en el cuidado neonatal; se obtuvo 79% de aceptación en esta etapa.

No obstante, el ítem “Inquietud” fue cambiado por “Intranquilidad”, en virtud de que 30% de los expertos consideró que no cumplía con adecuada redacción y claridad en el lenguaje con base en los planteamientos de Cohen y Cohen (1983). Asimismo, sobre los reactivos 12 y 13, que hacían referencia a la medición del ruido en decibeles, 50% de los expertos coincidió en que debería aclararse el significado de las letras “dB”, quedando de la siguiente manera: “Más de 45 decibeles (dB) durante el día” y “Más de 35 decibeles (dB) durante la noche”, respectivamente; sin embargo, tras el análisis teórico de la variable, se consideró que los decibeles no son una necesidad expresada por los RNPT, sino una condición ambiental a la cual responden con su lenguaje no verbal, por lo que se decidió eliminar su mención de la escala.

En relación con la validez de contenido (Contreras-de la Fuente y Castillo-Arcos, 2022), el número de jueces que coincidieron en que el ítem es esencial estuvo dividido; posteriormente, se realizó la sumatoria de la puntuación de cada experto y se dividió entre el número de ítems aceptados, obteniendo una puntuación de 0.85 en el índice de aceptación en esta segunda etapa. Sin embargo, el ítem 10, “Hiporreactivo”, se eliminó al considerar la opinión de un experto que afirma que un neonato puede estar hiporreactivo por otros factores como la hipoglucemia o la sedación, y no precisamente por necesidades de confort.

Finalmente, se realiza una versión ajustada de 20 ítems, donde las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 16 y 19 miden las necesidades alivio, la 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17 y 18 miden las necesidades de tranquilidad, y las preguntas 14, 15 y 20 evalúan necesidades de trascendencia, con respuestas dicotómicas: 1 = sí está presente y 2 = no está presente. Un ejemplo de reactivo es “Actividad motora excesiva”. El puntaje mínimo es 20 y el máximo es 40, lo que significa que a mayor puntuación, menor necesidad de confort neonatal tiene el RNPT. Esta versión final fue pilotada en una muestra de 200 RNPT, en ese momento del análisis, la reevaluación mostró una aceptación cercana a 100% en todos los ítems de la escala.

El resultado de validez facial y de contenido reveló valores de 79% y 0.87 de aceptación por parte de los expertos, respectivamente, y la prueba de consistencia interna reportó un nivel aceptable de confiabilidad ($KR-20 = .663$), que según Nunnally (1978), puede ser suficiente en las primeras fases de la investigación, lo que dictaminó la pertinencia, precisión y relevancia de los ítems.

**Tabla 1. Escala de Necesidades de Confort Neonatal (ESNEC)
(Contreras-de la Fuente, Castillo-Arcos y Álvarez-Aguirre)**

A continuación, se presentan las declaraciones que miden las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia del recién nacido pretérmino en sus dimensiones física, ambiental y social. Cada ítem cuenta con dos alternativas de respuesta; por favor, circule la alternativa que se encuentre presente en el momento que observa al RNPT. Conteste a todas las cuestiones, gracias.

	<i>SÍ está presente</i>	<i>NO está presente</i>
1. Hipotérmico	1	2
2. Hipertérmico	1	2
3. Retorcimiento difuso	1	2
4. Arqueamiento corporal	1	2
5. Pierna buscando contacto	1	2
6. Estirado	1	2
7. Tono muscular contraído	1	2
8. Actividad motora excesiva	1	2
9. Sentado en el aire	1	2

**Tabla 1. Escala de Necesidades de Confort Neonatal (ESNEC)
(Contreras-de la Fuente, Castillo-Arcos y Álvarez-Aguirre)
(continuación)**

10. Saludo	1	2
11. Aeroplano	1	2
12. Dedos de manos o pies separados y extendidos	1	2
13. Despierto	1	2
14. Resistencia a succionar su mano o sus dedos	1	2
15. Incapacidad para presionar los dedos del cuidador	1	2
16. Muecas contrayendo músculos faciales	1	2
17. Temblores	1	2
18. Sobresaltos	1	2
19. Hipo	1	2
20. Incapacidad para llevar las manos hacia la boca, cabeza o cara	1	2

Fuente: Contreras-de la Fuente, Castillo-Arcos y Álvarez-Aguirre.

Discusión

En la transición profunda al medio extrauterino, los RNPT están expuestos a demandas de desarrollo que no pueden completar debido a los escasos recursos con los que cuentan, lo que se traduce en desorganización fisiológica y conductual (Cheong et al., 2020). Por ello, resulta indispensable que los profesionales de enfermería respondan efectivamente ante sus manifestaciones no verbales, no sólo con los avances tecnológicos (Duffy et al., 2020), sino además con la identificación de sus necesidades en el contexto físico, ambiental y social; para ello, se precisa de instrumentos válidos y confiables que faciliten su medición.

En tal sentido, existen diversas escalas que evalúan el dolor y el confort en población pediátrica o neonatal en diferentes condiciones clínicas (van Dijk et al. 2005; Holsti et al., 2008; International

Association for the Study of Pain [IASP], 1986), especialmente bajo sedación o intubación mecánica; sin embargo, tienen como limitante la diversidad y subjetividad de los ítems y de las escalas de medición, lo que dificulta su aplicación para medir la variable de necesidades de confort en poblaciones que no pueden verbalizar sus carencias, en particular, los RNPT (Ambuel et al., 1992), de ahí la relevancia de identificar los atributos de la variable y sus dimensiones.

Conclusión

Dada la escasa evidencia científica sobre indicadores empíricos que contribuyan a evaluar las necesidades de los RNPT, el trabajo realizado permite ofrecer a los profesionales de enfermería un instrumento inédito que demostró ser válido y confiable, con alto potencial para identificar las necesidades de confort en recién nacidos pretérmino hospitalizados; se identificaron las dimensiones de necesidades de alivio, necesidades de tranquilidad y necesidades de trascendencia. Cabe señalar que, aunque los resultados son estadísticamente favorables en las primeras etapas de la investigación, la escala presenta limitantes por tratarse de un instrumento dicotómico, por lo que puede servir como referente para futuras investigaciones y adaptaciones.

Referencias

- Ambuel, B., Hamlett, K. W., Marx, C. M. y Blumer, J. L. (1992). Assessing distress in pediatric intensive care environments: the COMFORT Scale. *Jornal Pediatric Psychology*, 17(1), 95-109.
- Basso, G., Mimiza, M. y López, M. M. (2012). NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) Programa de Evaluación y Cuidado Individualizado del Desarrollo del Recién Nacido. En G. Basso y M. Mimiza (Coords.), *Un nacimiento prematuro: acompañando el neurodesarrollo*. Cesarini.
- Bruton, C., Meckley, J. y Nelson, L. (2018). NICU nurses and families partnering to provide neuroprotective, family-centered, developmental care. *Neonatal Network*, 37(6), 351-357. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.37.6.351>

- Carvalho, S. S., Rodrigues de Oliveira, B. y Cordeiro Silva, H. (2019). Assistência humanizada de enfermagem ao recém-nascido prematuro. *Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde*, 21(4), 136-143. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/31024>
- Cheong, J., Burnett, A. C., Treyvaud, K. y Spittle, A. J. (2020). Early environment and long-term outcomes of preterm infants. *Journal of Neural Transmission*, 127(1), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00702-019-02121-w>
- Cohen, J. y Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression correlation analysis for the behavioral sciences* (2a ed.). Lawrence Erlbaum.
- Contreras-De la Fuente, H. S. y Castillo-Arcos, L. C. (2022). Construcción y validación de instrumentos de medición. En A. Álvarez-Aguirre, M. M. Alonso Castillo, E. Guzmán Ortiz y K. S. López García (Coords.), *Tópicos en la construcción de un proyecto de investigación cuantitativo*. La Biblioteca.
- Contreras-De la Fuente, H. S., Castillo-Arcos, L. C. y Álvarez-Aguirre, A. (2017). Confort neonatal del recién nacido pretérmino. *Index de Enfermería* [edición digital], 26(4). <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v26n4/11335.php>
- Duffy, N., Hickey, L., Treyvaud, K. y Delany, C. (2020). The lived experiences of critically ill infants hospitalised in neonatal intensive care: a scoping review. *Early human development*, 151, 105-244. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105244>
- García-Lagunar, M., Chica-Marchal, A., Leante-Castellanos, J. L., Martínez-Penella, M., Viney, A. y Muñoz-García, I. (2018). Diseño y adecuación de una solución gluco-proteica con calcio a las necesidades de recién nacidos pre-término. *Revista Chilena de Nutrición*, 45(4), 338-342. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182018000500338>
- Holsti, L., Grunau, R. E., Oberlander, T. F. y Osiovich, H. (2008). Is it painful or not? Discriminant validity of the behavioral indicators of infant pain scale. *Clin J Pain.*, 24(1), 83-88.
- International Association for the Study of Pain. (1986). Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. *Pain*, 24, S215-S221.

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice*. Springer.
- Lawn, J. E., Davidge, R., Paul, V. K., von Xylander, S., Johnson, J. K., Costello, A., Kinney, M., Segre, J. y Molyneux, L. (2013). Born too soon: care for the preterm baby. *Reproductive Health*, 10, 1-19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24625233/>
- Lawshe, Ch. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 8, 563-575. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.460.9380&rep=rep1&type=pdf>
- Nunnally, N. C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- Ruiz, L., Rodríguez, B., Miras, B., Robles, V., Jerez, C., González, L., Fernández, M. S., Ruiz, M., Piñar, R., Ortega, M. J., Muros, T. y Rodríguez, M. S. (2013). Cuidados neonatales centrados en el desarrollo. *Bol SPAO*, 7(2), 39-59. <http://www.spaos.es/imagenes/publicaciones/boletinesSPAO/pdf/boletin2-2013.pdf>
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Tristán-López, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*, 6, 37-48.
- van Dijk, M., Peters, J. W., van Deventer, P. y Tibboel, D. (2005). The COMFORT Behavior Scale: a tool for assessing pain and sedation in infants. *The American Journal of Nursing*, 105(1), 33-36. <https://doi.org/10.1097/00000446-200501000-00019>
- Zhao, T., Griffith, T., Zhang, Y., Li, H., Hussain, N., Lester, B. y Cong, X. (2022). Early-life factors associated with neurobehavioral outcomes in preterm infants during NICU hospitalization. *Pediatric Research*, 92, 1695-1704. <https://doi.org/10.1038/s41390-022-02021-y>

Percepción materna del peso del hijo preescolar

Un estudio en población rural

Trejo-Ortíz, Perla María¹
García-Reyes, Diana Laura²
Hernández-López, Alejandra²
Mollinedo-Montaño, Fabiana Esther¹
Calderón-Ibarra, Alejandro¹

RESUMEN

Introducción: La obesidad infantil es un problema de salud pública de alcance mundial. Es difícil que la madre inicie cambios en el estilo de vida de su hijo si no percibe que éste tiene un problema de salud. **Objetivo:** Determinar la percepción materna del peso del hijo preescolar en una comunidad rural. **Material y método:** El diseño de estudio fue descriptivo-comparativo de corte transversal. La población se conformó por 100 madres y sus hijos en edad preescolar inscritos en una institución para ese nivel del área rural, a quienes se realizó un censo. La percepción se midió por palabras e imágenes. Se tomó peso y talla a madre e hijo. Los datos fueron capturados y analizados en el programa SPSS versión 21. **Resultados:** 32% de los niños presentaron sobrepeso u obesidad, al igual que 55% de las madres; asimismo, 58% de las madres presentó una percepción adecuada por palabras, cifra que disminuyó a 39% por imágenes. Entre aquellas con hijos con sobrepeso u obesidad, predominó la subestimación del peso del hijo con 92.9% y alcanzó 100% cuando se evaluó la percepción por palabras, mientras que por imágenes, esta cifra se incrementó a 100% ($p < .01$). Las madres fueron más acertadas al percibir el exceso de peso en las niñas (72.9%) que en los niños (53.8%) con diferencias significativas ($X^2 = 8.82, p = .012$). **Conclusiones:** Entre las mujeres del área rural,

¹ Universidad Autónoma de Zacatecas. Contacto: perlatrejo@uaz.edu.mx

² Servicios de Salud de Aguascalientes

las palabras les permiten tener una percepción más adecuada del peso corporal del hijo preescolar; sin embargo, cuando el niño presenta sobrepeso u obesidad, casi la totalidad de las mujeres subestima el peso de sus hijos, por lo que es necesario implementar intervenciones tendientes a mejorar la percepción materna del peso del hijo.

Palabras clave: percepción materna, peso corporal, preescolar

ABSTRACT

Introduction: Childhood obesity is a public health problem worldwide. It is difficult for the mother to initiate changes in her child's lifestyle if she does not perceive that the child has a health problem. **Objective:** To determine the maternal perception of the weight of the preschool child in a rural community. **Material and method:** The study design was descriptive-comparative cross-sectional. The population was made up of 100 mothers and their children of preschool age enrolled in an institution for that level in the rural area, on whom a census was carried out. Perception was measured by words and images. Weight and height were taken from mother and son. The data was captured and analyzed in the SPSS version 21 program. **Results:** 32% of the children were overweight or obese, as were 55% of the mothers; 58% of the mothers presented an adequate perception by words, a figure that decreased to 39% by images. Among those with overweight or obese children, underestimation of the child's weight prevailed with 92.9% and 100% respectively when perception was evaluated by words, while by images this figure increased to 100% ($p < .01$). Mothers were more accurate in perceiving excess weight in girls (72.9%) than in boys (53.8%) with significant differences ($X^2 = 8.82, p = .012$). **Conclusions:** Among women in rural areas, words allow mothers to have a more adequate perception of the body weight of their preschool child; however, when the child is overweight or obese, almost all women underestimate the weight of their children, so it is necessary to implement interventions aimed at improving the mother's perception of the child's weight.

Keywords: maternal perception, body weight, preschool child

Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial prevenible que se caracteriza por un aumento excesivo de la masa grasa corporal derivado de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético-calórico (Pérez-Herrera y Cruz, 2019). Actualmente, representa

un problema de salud pública a nivel mundial que ha cobrado especial relevancia en la niñez por su afectación a países de bajos y medianos ingresos, donde la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños en edad preescolar es superior a 30%, cifra que, de seguir con esa tendencia, llegará a 70 millones para 2025 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En México, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018), el porcentaje de población de 0 a 4 años con riesgo de registrar sobrepeso es de 22.4%, mientras que 8.2% ya lo padece, dicha tendencia es mayor en las zonas urbanas (8.4%) que en las rurales (7.8%), cifras que colocan al país en el primer lugar en obesidad infantil a nivel mundial.

En la génesis de la obesidad infantil se han visto involucrados tanto factores genéticos como ambientales, entre los que destacan la actividad física y la alimentación del menor (Muñoz y Arango, 2017). Los padres, y sobre todo la madre, al ser la principal cuidadora de los hijos, es la responsable de direccionar hábitos en los menores, los cuales se forman durante los primeros cinco años de vida (Flores-Peña et al., 2017).

Por lo anterior, la percepción del peso del hijo cobra especial relevancia, entendiendo por ésta el reconocimiento y la discriminación de la madre respecto al peso del hijo. Existe evidencia de que es difícil que la madre inicie cambios en los estilos de vida del hijo cuando no percibe que éste tiene sobrepeso u obesidad o que el peso del menor representa un riesgo para su salud (Jiménez et al., 2018).

Investigaciones previas sobre la temática señalan que las madres de niños con sobrepeso u obesidad no perciben de forma adecuada la malnutrición por exceso del infante, tienden a subestimar su peso y es más fácil que perciban de forma adecuada el sobrepeso-obesidad que se presenta en niños no emparentados, es decir, en aquellos con los que no se comparten lazos consanguíneos. Además, las madres con una percepción inadecuada refieren que el peso del hijo no es un problema de salud y, en consecuencia, evitan la identificación oportuna de alteraciones nutricionales que afectan su crecimiento y desarrollo (Flores-Peña y Ávila-Alpírez, 2021; Jiménez et al., 2018; Vega-Grimaldo et al., 2017).

La mayoría de los estudios sobre el tema se han realizado en población urbana. Enfermería desempeña un rol importante en la educación de la madre y, por tanto, en ser fuente de apoyo para percibir de manera adecuada el peso corporal de su hijo, por lo que contribuye a reducir los niveles de obesidad infantil, además de aportar mayores herramientas para futuras intervenciones tendientes a modificar la percepción materna inadecuada; por tanto, se planteó realizar la presente investigación con el objetivo de determinar la percepción materna del peso del hijo preescolar en una comunidad rural, y con el propósito específico de comparar estos resultados con base en características socio antropométricas de madre e hijo.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, comparativo, de corte transversal. La población se integró por 100 díadas madre/hijo preescolar con residencia en una comunidad rural de Aguascalientes, entre quienes se realizó un censo. Se incluyó a toda mujer que indicó ser la madre del preescolar, que no estuviera embarazada y que reportara que su hijo no padece alguna enfermedad que modificara su peso corporal, como diabetes, cáncer, entre otras, así como niños en quienes fuera posible registrar peso y talla.

La percepción materna del peso del hijo se valoró por palabras e imágenes. Por palabras, mediante la pregunta: ¿Cómo considera el peso de su hijo?, con opciones de respuesta de muy bajo de peso, bajo de peso, peso normal, sobrepeso y bastante sobrepeso. Por imágenes, a través de una serie de gráficos corporales elaborados por Scott Millard en 2003, divididos por edad (2-5 años, 6-9 años, 10 a 13 años y 14 a 17 años), peso corporal y sexo de los niños, imágenes que fueron validadas para población mexicana por Flores-Peña et al. (2009); cabe señalar que para la presente investigación sólo se ocuparon las imágenes de 2 a 5 años. De acuerdo con los autores del instrumento, cada rango de edad se conforma por siete imágenes divididas de menor a mayor índice de masa corporal (IMC), comenzando por la derecha. Éstas fueron clasificadas en bajo peso (imágenes 1 y 2), peso normal (imágenes 3, 4 y 5), sobrepeso (imagen 6) y obesidad (imagen 7).

Para determinar si la percepción era adecuada, se comparó la apreciación de la madre (por palabras e imágenes) con el peso corporal real del hijo. Se consideró adecuada cuando el hijo presentó bajo peso y la madre reportó las imágenes 1 y 2 o indicó a través de palabras que el niño estaba muy bajo de peso o registraba bajo peso; cuando el hijo presentó peso normal y la madre refiriera lo mismo por palabras o seleccionara las imágenes 3, 4 o 5; cuando el niño presentó sobrepeso y la madre seleccionara la figura 6 o refiriera que el hijo tenía sobrepeso, o cuando el niño presentara obesidad y la madre seleccionara la figura 7 o indicara mediante palabras que su hijo tenía bastante sobrepeso. En caso contrario, se consideró percepción inadecuada, ya sea por subestimación (peso reportado por la madre menor al que realmente tenía el hijo) o sobreestimación (peso reportado por la madre mayor al real).

De igual manera, se proporcionó un formato de características sociodemográficas y antropométricas de la madre e hijo. La talla se midió en metros utilizando una cinta métrica retráctil marca Dritz, con el individuo de pie, en posición erguida, mirando hacia el frente. El peso se calculó en kilogramos y se determinó a través de una báscula marca Weightcare de vidrio templado. Con ambas medidas se calculó el IMC, que posteriormente fue convertido en percentiles y clasificado con base en los criterios establecidos por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2019): igual o por encima del percentil 95 indica obesidad; un percentil de 85 hasta por debajo del percentil 95 es indicativo de sobrepeso; de 5 hasta 84 es un peso saludable o normal, mientras que menor a 5 es bajo peso. Para la madre, la clasificación del IMC se realizó siguiendo lo señalado por la OMS (2021): bajo peso (<18.5), peso normal (18.5-24.9), sobrepeso (25.0-29.9), obesidad (≥ 30).

El estudio se apeó en todo momento a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos (Secretaría de Salud, 2014). Antes de iniciar con la recolección de los datos, se solicitó autorización al directivo del jardín de niños seleccionado, y después de obtener la aprobación de la institución, se fijaron los días y el horario para la reunión con las madres de familia, donde se les expusieron los objetivos de la investigación y la metodología a seguir. A quienes aceptaron participar se les entregó el consentimiento informado

y por escrito, posterior a ello se proporcionaron los cuestionarios y al final se realizó la toma de medidas antropométricas tanto a la madre como al hijo. En todo momento se respetó el anonimato de los participantes, la voluntariedad de su participación, así como la libertad de retirarse del estudio en el momento que lo decidieran, sin que esto afectara la situación escolar del menor.

La captura y análisis de datos se llevó a cabo en el programa SPSS Versión 20. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la muestra y dar respuesta al objetivo general, así como pruebas de chi-cuadrada para comparar la percepción de acuerdo con características socio antropométricas de madre e hijo, bajo un nivel de significancia de .05.

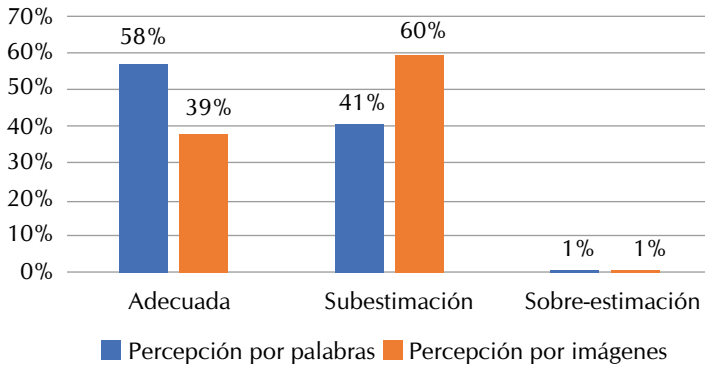
Resultados

De las cien madres participantes, la mayoría presentó una escolaridad de secundaria (35%) o preparatoria (31%); 64% se declaró casada, con un rango de edad entre 21 y 42 años. Respecto al hijo, 52 de ellos fueron del sexo masculino y el resto femenino, con un rango de edad de 2 a 5 años. La mayoría de los niños se encontraba dentro de un peso saludable o normal (65%), 14% presentó sobrepeso y 18% obesidad; situación similar a las madres, en quienes predominó el peso normal (45%), 28% con sobrepeso y 27% con obesidad.

Al evaluar la percepción por palabras, la mayoría de las madres expresó una percepción adecuada (58%), mientras que 41% clasificó en percepción inadecuada por subestimación. Respecto a la percepción por imágenes, 60% de las madres registró una percepción inadecuada por subestimación y sólo 39% indicó una percepción adecuada, como se muestra en la figura 1.

Al comparar la percepción materna del peso del hijo por palabras según el estado nutricional del menor, se encontró que entre los niños con bajo peso la totalidad de las madres tuvo una adecuada percepción, porcentaje que disminuyó a 84.6% entre las madres de hijos con peso normal. Entre aquellas con hijos con sobrepeso u obesidad predominó la subestimación del peso del hijo con 92.9 y 100%, respectivamente, diferencias que resultaron significativas ($X^2 = 69.65$, $p < .01$), como se muestra en la tabla 1.

Figura 1
Percepción materna del peso del hijo preescolar
por palabras e imágenes



Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Percepción materna del peso del hijo por palabras de acuerdo con el estado nutricional del menor

Estado nutricional del hijo	Adecuada		Inadecuada por subestimación		Inadecuada por sobreestimación		X^2	Valor p
	f	%	f	%	f	%		
Bajo peso	3	100.0	0	0.0	0	0.0	69.65	<.01
Peso normal	55	84.6	10	15.4	0	0.0		
Sobrepeso	0	0.0	13	92.9	1	7.1		
Obesidad	0	0.0	18	100.0	0	0.0		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; X^2 = Chi-Cuadrada; n = 100

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la percepción por imágenes, 66.7% de las madres de niños con bajo peso presentó una percepción adecuada, mientras que entre las de niños con peso normal el porcentaje fue de 56.9%. Entre las madres de niños con sobrepeso y obesidad, 100% tuvo una percepción inadecuada por subestimación, diferencias que resultaron significativas ($X^2 = 64.19$, $p = <.01$), como se evidencia en la tabla 2.

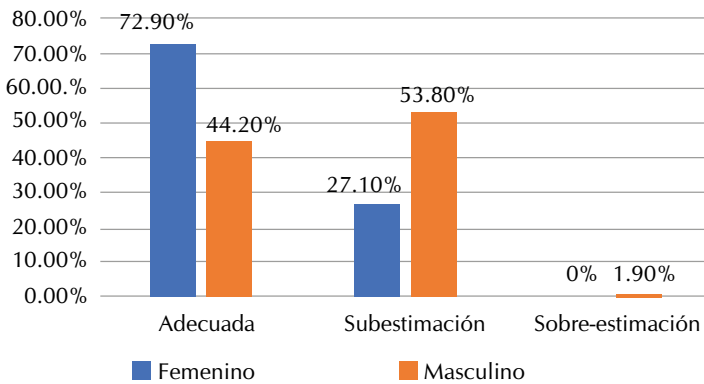
Tabla 2. Percepción materna del peso del hijo por imágenes de acuerdo con el estado nutricional del menor

Estado nutricional del hijo	Adecuada		Inadecuada por subestimación		Inadecuada por sobreestimación		X ²	Valor p
	f	%	f	%	f	%		
Bajo peso	2	66.7	0	0.0	1	33.3	64.19	<.01
Peso normal	37	56.9	28	43.1	0	0.0		
Sobrepeso	0	0.0	14	100.0	0	0.0		
Obesidad	0	0.0	18	100.0	0	0.0		

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; X² = Chi-Cuadrada; n = 100
 Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, al comparar la percepción por palabras según el sexo del hijo, se encontró que 72.9% de las niñas fueron percibidas correctamente, no así entre los niños, donde predominó la percepción inadecuada por subestimación (53.8%), diferencias que resultaron significativas (X² = 8.82, p = .012).

Figura 2. Percepción materna del peso del hijo por palabras según sexo del hijo



Fuente: elaboración propia.

Discusión

A través de la presente investigación realizada con el objetivo de determinar la percepción materna del peso del hijo preescolar, se encontró que por palabras predominó la percepción adecuada, mientras que por imágenes menos de la mitad de las madres acertaron al percibir el peso del hijo, lo que coincide con los datos de Trejo et al. (2017), quienes en su estudio encontraron que sólo 47% de las madres tuvo una percepción adecuada del peso corporal del hijo por imágenes. Estos datos son alarmantes dado que probablemente implica que cinco de cada diez niños preescolares están en riesgo de tener sobrepeso u obesidad, o bien, bajo peso debido a que su madre percibe inadecuadamente su peso corporal.

El resultado anterior también permite identificar que entre las madres del área rural las palabras resultaron ser más adecuadas para medir la percepción materna del peso del hijo, dato similar a lo reportado por Trejo et al. (2017), quienes señalan que 60% de las madres que encuestaron presentó percepción adecuada por palabras y sólo 47% por imágenes; sin embargo, difiere de lo reportado por Flores-Peña y Ávila-Alpírez (2021), quienes hallaron que las imágenes resultan más útiles a la hora de percibir el peso del hijo. Lo anterior pudiera deberse al tipo de población, que en la presente investigación corresponde al área rural y en el estudio mencionado fue del área metropolitana, lo que sugiere la necesidad de seguir explorando sobre el método más adecuado para evaluar la percepción y las características de la población en las cuales es posible utilizar uno u otro método.

Por otro lado, se determinó que 32% de los preescolares cursaba con sobrepeso u obesidad, dato que coincide con la ENSANUT 2018 (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018), donde se señala que poco más de 30% de los niños preescolares presentan sobrepeso u obesidad. Lo anterior es una muestra clara de que en México la epidemia de la obesidad infantil es innegable, por tanto, es necesario que se busque prevenir o disminuir la condición de exceso de peso desde edades tempranas para evitar que el problema se agrave en un futuro.

En coincidencia con lo reportado en el estudio de Trejo et al. (2017), poco más de la mitad de las madres presentó exceso de peso, cifra que resulta un poco inferior a lo reportado en la ENSANUT 2018, donde se

menciona que 75.2% de la población de 20 años y más presenta sobrepeso u obesidad (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018). Las diferencias anteriores pudieran deberse a que las mujeres del presente estudio habitan el área rural, donde se ha incrementado el exceso de peso, pero no en la misma proporción que en el área urbana.

Al igual que en los estudios de Encina et al. (2017) y Trejo et al. (2017), se encontró que al comparar la percepción materna con el estado nutricional del hijo por palabras e imágenes, las madres de niños con bajo peso y peso normal presentaron una adecuada percepción, mientras que entre las madres de niños con sobrepeso y obesidad predominó la subestimación. Tal resultado resulta preocupante si se considera que un alto porcentaje de niños está en riesgo de seguir con sobrepeso u obesidad debido a que su madre no logra percibir su exceso de peso y, por tanto, no se emprenden acciones que permitan limitar el problema de manera oportuna.

Para las madres fue más fácil identificar el exceso de peso en las hijas que en los hijos, dato que coincide con lo reportado por Trejo Ortiz y Ahumada Saucedo (2016), quienes mencionan que el sexo resulta ser una variable significativa a la hora de evaluar la percepción materna del peso de los preescolares, siendo las niñas en quienes más se percibe el sobrepeso; en este sentido, señalan que los varones tienen 1.78 veces más probabilidad de ser percibidos delgados en comparación con las mujeres, lo que probablemente se asocia con los cánones de belleza que resultan más exigentes con el sexo femenino.

Conclusiones

Los hallazgos indican que más de la mitad de las madres del área rural percibe de manera adecuada el peso corporal de su hijo/a preescolar cuando la evaluación se realiza por palabras, mientras que por imágenes aumenta el porcentaje de madres con percepción inadecuada, sobre todo entre los niños con sobrepeso u obesidad, en quienes predominó la subestimación del peso. En este sentido, se recomienda diseñar intervenciones para favorecer la percepción adecuada del peso del hijo, principalmente en las madres de niños con exceso de peso.

Referencias

- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2019). *Healthy weight, nutrition and physical activity. About child & teen BMI*. <https://www.cdc.gov/growthcharts/data/set1clinical/cj411024.pdf>
- Encina, C., Gallegos, D., Ulloa, A., Luman, M., Moena, B., Canales, T., Rojas, J., Díaz, C. y Saavedra, L. (2017). Concordancia entre la percepción materna y el estado nutricional de sus hijos antes y después de una intervención educativa. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(4), 318-324. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000400318
- Flores-Peña, Y., Acuña-Blanco, A., Cárdenas-Villarreal, V. M., Amaro-Hinojosa, M. D., Pérez-Campa, M. E. y Elenes-Rodríguez, J. R. (2017). Asociación de la percepción materna del peso del hijo y estilos maternos de alimentación infantil. *Nutrición Hospitalaria*, 34(1), 51-58. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000100009
- Flores-Peña, Y. y Ávila-Alpirez, H. (2021). Percepción materna del peso del hijo, problemas del estilo de vida y autoeficacia para manejarlos. *Aquichan*, 21(2), 1-12. <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.2.8>
- Flores-Peña, Y., Trejo-Ortiz, P. M., Gallegos-Cabriales, E. C. y Cerda-Flores, R. M. (2009). Validez de dos pruebas para evaluar la percepción materna del peso del hijo. *Salud Pública de México*, 51(6), 489-495.
- Jiménez Carbajal, T., Álvarez Aguirre, A., Bañuelos Barrera, Y., Hernández Rodríguez, V. M., Sánchez Perales, M. y Muñoz Alonso, L. R. (2018). Percepción materna y estado de peso del hijo escolar en una comunidad rural. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 7(13). <https://www.ries.org.mx/index.php/RICS/article/view/61>
- Muñoz, F. L. y Arango Alzate, C. (2017). Obesidad infantil: un nuevo enfoque para su estudio. *Salud Uninorte*, 33(3), 492-503. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n3/2011-7531-sun-33-03-00492.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Obesidad infantil*. <https://www.unicef.org/mexico/temas/obesidad-infantil>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=%2Fm2\).-,Adultos,igual%20o%20superior%20a%2030](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=%2Fm2).-,Adultos,igual%20o%20superior%20a%2030)
- Pérez-Herrera, A. y Cruz López, M. (2019). Situación actual de la obesidad infantil en México. *Nutrición Hospitalaria*, 36(2), 463-469. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v36n2/1699-5198-nh-36-02-00463.pdf>
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Trejo Ortiz, P. M. y Ahumada Saucedo, J. C. (2016). Factores asociados a la percepción materna del peso corporal del hijo: una revisión sistemática. *Santiago, Especial VLIR*, 222-233. <https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/1969>
- Trejo Ortiz, P. M., Calderón Ibarra, A., Flores Romo, A. G., Araujo Espino, R. y Mollinedo Montaña, F. E. (2017). Percepción materna del peso del hijo preescolar. *Investigación científica*, 11(2). <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/investigacioncientifica/article/view/76>
- Vega-Grimaldo, M. A., Santos-Flores, J. M., Guevara-Valtier, M. C., Paz-Morales, M. y Gutiérrez-Valverde, J. M. (2017). Concordancia entre la percepción materna del peso y peso real de hijos escolares. *SANUS*, 4, 14-22. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi4.78>

El embarazo adolescente como fin de proyecto profesional

*Jiménez-Arroyo, Vanesa¹
Trejo-Ortiz, Perla María²*

RESUMEN

Introducción: A pesar de que en diversas investigaciones se ha señalado que los embarazos en las adolescentes desalientan y obstaculizan la inserción escolar o continuidad de los estudios, no siempre la causa de deserción es el embarazo, por lo contrario, el abandono de la escuela se configura como un agente que potencia la maternidad en las jóvenes, lo que conlleva la incorporación precaria de la adolescente al mercado laboral y a la posibilidad de incursionar en otras conductas de riesgo para la salud y la vida. **Objetivo:** Analizar los imaginarios colectivos de las adolescentes embarazadas respecto a la continuación de los estudios escolares. **Método del estudio:** Estudio cualitativo con entrevistas a profundidad a adolescentes embarazadas y diario de informante; el muestreo fue intencional y se llegó al criterio de saturación teórica. Las entrevistas fueron audiograbadas con el consentimiento y asentimiento correspondiente; se obtuvo codificación abierta y axial. **Resultados:** A pesar de haber abandonado los estudios antes del embarazo por motivos económicos o familiares, como son los históricamente atribuidos a la mujer respecto al cuidado de los hermanos o familiares, las jóvenes expresan el deseo de retomar los estudios, sin embargo, priorizan el cuidado de sus hijos sobre el proyecto profesional. **Conclusiones:** En la presente investigación, la deserción escolar por motivos personales y familiares se identifica como una condición de potenciación de embarazo precoz, al tiempo que se reconoce la indeterminación que tienen las jóvenes en la búsqueda de apoyos educativos, el desconocimiento sobre estos, y se refleja el constructo sociocultural de

¹ Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Contacto: vanesa.jimenez@umich.mx

² Universidad Autónoma de Zacatecas.

roles de género que se reiteran en la idea del cuidado de los otros atribuido exclusivamente a la mujer.

Palabras clave: embarazo, adolescentes, proyecto profesional

ABSTRACT

Introduction: Although in various studies it has been pointed out that teenage pregnancies discourage and hinder school insertion or continuity, not always the cause of desertion is pregnancy but on the contrary this is configured as an agent that enhances the presence of the same in young women and this entails the association of a precarious incorporation of the adolescent in the labor market and the possibility of venturing into other behaviors of risk to health and life.

Objective: To analyze the collective imaginaries of pregnant adolescents regarding the continuation of studies. **Methodology:** Qualitative study with in-depth interviews with pregnant adolescents and informant diary, the sampling was intentional and the criterion of theoretical saturation was reached. The interviews were audio recorded with the corresponding consent and assent and open and axial coding was obtained.

Results: Young women, despite having dropped out of school before pregnancy for economic or family reasons such as those historically attributed to women in the care of siblings or relatives, reflect the desire to resume studies, however, they prioritize the care of their children over the professional project. **Conclusions:** This research shows the school dropout for personal and family reasons in such a way that desertion means a condition of empowerment of an early pregnancy and recognizes the indeterminacy that young women have in the search for educational supports in addition to the ignorance of them and reflects the sociocultural construct of gender roles that are reiterated in the idea of care attributed exclusively to women.

Keywords: pregnancy, adolescents, professional project

Introducción

En los tiempos actuales, caracterizados por procesos globalizadores y una marcada diferenciación social, cultural, económica e incluso política, es prioritario problematizar el fenómeno del embarazo adolescente desde una perspectiva cualitativa para obtener información acerca de los imaginarios de las jóvenes respecto a su continuidad en la preparación académica.

De tal forma que, para la enfermería, el embarazo adolescente como objeto de estudio en la salud pública resulta prioritario debido al reconocimiento de las consecuencias que trae consigo en los diversos ámbitos de la vida, desde la fisiopatología, dado que se reconoce que las adolescentes presentan el doble de riesgo de morir que enfrentan las mujeres adultas como consecuencia de problemas relacionados con la gravidez (Chourio, 2012). Además, es un factor que genera desaliento y obstaculiza la inserción escolar, o bien, el reingreso académico, lo cual se relaciona con una incorporación precaria al mercado de trabajo (*Marmor Informa*, 2022).

Con base en lo anterior, ser madre adolescente potencia la probabilidad de ser objeto de discriminación por género, experimentar estigma cultural o permanecer atadas a roles de género tradicionales que reiteran la feminización de la pobreza (Chourio, 2012).

La precoz deserción escolar, la pobreza, los matrimonios forzados en niñas y jóvenes, así como la desigualdad de género en general son variables que se han señalado como precipitantes del embarazo en la adolescencia; las fallas y omisiones en materia de educación y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el país son otros factores que han sido señalados como determinantes (*Marmor Informa*, 2022).

Para propósitos de la presente investigación, se abordó la adolescencia como resultado de una construcción social y cultural de cada contexto particular, partiendo de la premisa de que, si bien es importante reconocer las características generales de cada una de sus etapas, existen variaciones individuales y culturales que obligan a problematizar que no todos los embarazos adolescentes se originan, piensan y significan de la misma manera; en tal sentido, el imaginario en torno al proyecto de continuación de estudios profesionales se aborda desde la perspectiva de la adolescente.

Contexto

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS, 2015), la adolescencia es “El periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia

socio-económica” y fija sus límites entre los 10 y 20 años; se divide en tres etapas desde el ámbito de las ciencias de la salud: adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14-16) y tardía (17-19), asignando a cada una de estas etapas características de desarrollo físico y social específicas.

La palabra *adolescencia* tiene origen en el verbo latino *adolescere*, que significa “crecer o desarrollarse”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) retoma la etimología y la presenta como la etapa de la vida de los humanos entre los 11 a los 19 años de edad. Se considera que un adolescente entra en “edad adulta” cuando ha logrado definir cierta estabilidad en su forma de pensar, actuar y sentir, permitiéndole la ejecución de autonomía y adaptación social (*Marmor Informa*, 2022).

Si bien es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, desde el punto de vista de los cuidados reproductivos, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

La adolescencia es una etapa de la vida que varía en virtud de los contextos socioculturales de una época histórica a otra y entre culturas. En sociedades desarrolladas, el proceso de industrialización y masificación de la educación ha homogeneizado el tránsito de la infancia a la adolescencia y de ésta a la vida adulta. En México, como en otros países latinoamericanos, la heterogeneidad social, la desigualdad de oportunidades y la coexistencia de arraigados valores de origen prehispánico y colonial han generado una enorme variedad de situaciones juveniles, de modelos e imágenes acerca de lo que es ser joven (García, 2014).

La sexualidad es un tema que se encuentra íntimamente ligado a los derechos y libertades plenas que traspasan las costumbres locales por la información que existe en los medios de comunicación y el ciberespacio, lo que da cuenta de los cambios, problemáticas y necesidades específicas a las que se enfrenta este grupo social. Además, en muchas ocasiones, las jóvenes tienen mayor confianza con su entorno amistoso que con sus padres, lo que propicia que la información que obtienen entre sus amistades no sea precisa ni correcta. Es necesario centrar la atención en temas de salud sexual y reproductiva, así como en el acceso a los servicios educativos integrales frente a su condición particular (Trillo et al., 2012).

Existen programas que han buscado dar respuesta a través de políticas restaurativas, ejemplo de ello es el Programa para Madres Jóvenes (Promajoven, 2013) promovido desde la Secretaría de Educación Pública (SEP) y cuyo objetivo es contribuir a la reducción del rezago educativo mediante el otorgamiento de becas a niñas y jóvenes entre 12 y 19 años en situación de vulnerabilidad, agravada por embarazo y la maternidad.

Otras instituciones formales (Servicios de Salud, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto Mexicano del Seguro Social), así como asociaciones no gubernamentales, han integrado estrategias educativas centradas en la utilización de simuladores virtuales para prevenir embarazos adolescentes. En Morelia, el Instituto de la Juventud Moreliana (IJUM) llevó a cabo el programa “Bebé virtual, cuidado real... piénsalo”, con la intención de concientizar a los adolescentes respecto a la importancia de prevenir embarazos precoces, pero con escasos resultados (Checa, 2005).

Una de las situaciones poco cuestionadas en las políticas de prevención es el señalamiento que han realizado algunos autores respecto a que la maternidad representa en muchos contextos la forma más asequible de legitimidad en mujeres que ven truncada su posibilidad de acceder a la educación o insertarse en el sector productivo (Monco et al., 2011). En este sentido, se hace necesario problematizar el embarazo desde la perspectiva de género, enfoque que considera que las adolescentes están insertas en contextos saturados de desigualdades sociales y culturales que las colocan en desventaja, motivándolas para asumir comportamientos que exponen su vida a partir de sus prácticas sexuales y reproductivas, limitando y/o truncando su desarrollo profesional.

Objetivo

Analizar los imaginarios colectivos de las adolescentes embarazadas respecto a la continuación de los estudios.

Material y método

La investigación fue de tipo cualitativo con una muestra de adolescentes embarazadas por primera vez que acuden a un centro de

salud; se aplicó la entrevista a profundidad con el propósito de explorar los estereotipos, opiniones, valores, creencias, normas, así como los principios interpretativos respecto a la continuidad del proyecto profesional; se programaron tres sesiones con una duración aproximada de hora y media, siempre considerando la disponibilidad de la adolescente y en común acuerdo con la investigadora. Asimismo, se proporcionó a las adolescentes una libreta para redactar su diario de informante, la cual fue devuelta a la investigadora después de las entrevistas, complementando con esta información el análisis de los datos. El muestreo fue intencional y se llegó al criterio de saturación teórica con 13 participantes. Las entrevistas fueron grabadas electrónicamente con el consentimiento de las informantes y posteriormente fueron transcritas en su totalidad para su análisis, obteniendo así la codificación abierta y axial. El presente estudio se sustentó en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, las Pautas Éticas Internacionales de la Organización Mundial de la Salud y el Código de Helsinki (Cámara de Diputados, 2014). Cabe mencionar que la colecta de información respectiva se realizaba únicamente cuando ambas, adolescente y madre o tutor, aceptaban y firmaban el consentimiento, ya que si una de las dos partes no daba su autorización, la participación de algunas adolescentes en el estudio era descartada.

Resultados

La noticia del embarazo en este grupo poblacional fue muy representativa, ya que todas las jóvenes (excepto una) expresaron incredulidad, e, implícito en ello, el deseo que de no fuera cierto, representándose entonces un rechazo inmediato a la idea, lo cual develaba el deseo de no asumir la responsabilidad, invertir el tiempo y encarar las obligaciones que supone ser madre, y más en una situación donde fisiológica, anatómica, emocional y socialmente no se está lo suficientemente preparada.

Me llevó al doctor y me dijo: “Oye, estás embarazada”, y yo: “¡Nooo!” (Bertha, 19).

Yo casi me le desmayo a mi mamá, es una impresión muy fuerte (Delia, 19).

Las participantes refirieron el embarazo como incompatible con el proyecto profesional y éste se reitera frente a sus ojos cuando lo primero que narran cuestionarse es qué va a pasar con su proyecto académico.

Porque yo decía: ¿qué voy a hacer?, ¿y la escuela?, y... yo quiero seguir estudiando (Alfa, 17).

Siento que ya con un bebé... ¿estudiar? Lo descuidaría (Amelia, 16).

En este sentido, es importante señalar que todas las adolescentes refirieron el deseo de continuar sus estudios, sin embargo, la característica *sui generis* de las jóvenes radica en que ellas no abandonaron sus estudios propiamente por el proceso de maternidad, sino por otras necesidades prioritarias para ellas.

Refirieron la necesidad de suspender sus estudios antes del embarazo por diversos motivos, entre los que destacan el cuidado de hermanos y/o familiares directos enfermos, así como apoyar económicamente a sus familias.

Yo iba entrando a prácticas cuando se pone más mal [su abuelita], y les digo a los maestros: “Me voy a tener que dar de baja, voy a suspender” (Emma, 18).

Me salí de estudiar para trabajar, a mis papás nunca les pido nada, todo lo que tengo... me gusta pues adquirirlo por mí misma (Delia, 19).

Como se ha señalado, todas las jóvenes refieren su deseo de seguir estudiando, aunque afrontar un embarazo se ha descrito como factor potencial de fracaso estudiantil, es necesario reconocer que la falta de apoyos para continuar con sus estudios es altamente significativa.

Yo quiero seguir estudiando (Alfa, 17).

Seguir estudiando y meterme a trabajar, pero sí va a ser algo complicado (Gemma, 18).

Me la veo muy difícil porque me tendré que meter a trabajar y estudiar y muchas cosas (Morelia, 15).

Además, resulta que asumen de forma inconsciente la idea de superación como buenas madres, por lo que reencauzan su afecto y

motivo de vida en sus hijos, reconociendo encubierta o abiertamente la posibilidad de que ellos lleguen a ser lo que ellas “no serán”, sentimiento inconsciente que en el futuro puede ser generador de probables frustraciones en la relación madre-hijo.

Si yo no pude terminar la carrera que yo quiero, a la mejor él sí [su hijo] va a ser mejor que yo (Carolina, 16).

Decirle: “Me gustaría que fueras esto y esto, lo que yo no fui”, y decirle: “Yo te voy a apoyar en lo que sea” [a su hijo] (Adelaida, 18).

Al insertarse al mercado laboral, las adolescentes son más vulnerables por tener un nivel educativo bajo que no les permite acceder a oportunidades de trabajo en condiciones dignas (Climent, 2009). Además, algunos estudios han descrito que el mejor anticonceptivo en la adolescencia es la escolaridad (Olavarría y Molina, 2012).

Las adolescentes del presente estudio refieren el deseo de continuar su formación, lo que coincide con algunos autores que señalan que las jóvenes consideran que el embarazo es un *impase* temporal y que pronto podrán retomar sus estudios (Climent, 2009).

Pese al deseo de seguir estudiando, las jóvenes reconocen las dificultades que tendrán que subsanar respecto al cuidado de su hijo, cuestiones socioculturales y económicas, a diferencia de lo que han señalado otras investigaciones en donde las jóvenes no reconocen la responsabilidad del cuidado de sus hijos (Climent, 2009).

Es importante señalar que ninguna adolescente refirió conocer los programas de becas que se otorgan para apoyar a las madres jóvenes y mujeres embarazadas, lo que incrementa el estrés con el que contemplan la maternidad.

Por otra parte, los discursos de estas informantes evidencian que, desde su percepción, no existen redes familiares o institucionales que contemplen como válidas para posibilitar la convergencia del embarazo con la formación educativa, lo cual representa una problemática relevante toda vez que se ha identificado que la suspensión o el cese del proyecto educativo a edades tempranas repercute en un menor acceso a las oportunidades laborales, empleo mal remunerado, con lo que se potencia la feminización de la pobreza.

Discusión

Se ha señalado a la pobreza, la desigualdad social, educativa y de acceso a la salud como variables predispositoras asociadas con la ocurrencia de embarazos en niñas y adolescentes.

Respecto a las causas de deserción escolar, el presente estudio difiere de lo descrito en el documento *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*, que señala que los embarazos en la adolescencia tienen consecuencias a nivel social, entre las que mencionan: abandono escolar y baja calidad en sus estudios al atender diferentes responsabilidades (Consejo Nacional de Población [Conapo], 2016).

Es importante destacar que a pesar de que existen otras investigaciones que refieren que el proceso de maternidad trae consigo la deserción escolar (Villalobos et al., 2015), en el caso de las informantes, la mayoría había suspendido sus estudios antes de embarazarse, sobre todo por la necesidad de apoyar económicamente a sus familias, iniciar su independencia económica o porque la presencia de enfermedades en sus familiares las obligó a abandonar la escuela para dedicarse a desempeñar funciones de cuidado dependiente que son irrenunciables en función de su género, dado que el cuidado ha sido históricamente atribuido a lo femenino (Palomar, 2005).

En las narrativas de las jóvenes puede identificarse que éstas priorizan el cuidado de sus hijos sobre el proyecto profesional, lo cual difiere de otros estudios que destacan que las jóvenes externalizan la idea de retomar sus estudios posteriormente (Gómez et al., 2012).

Conclusión

Las adolescentes se convierten en actores contrarios en la configuración del mundo social acostumbrado a identificarlas en una función de estudiantes y no de madres adolescentes, por lo que quedan sujetas a posiciones que reiteran los círculos de poder que se ejercen desde los otros hacia ella y su hijo, así como viciados círculos de pobreza y violación a sus derechos humanos y de sus hijos, esto derivado del desconocimiento de redes o sistemas de apoyo a los cuales puede recurrir.

Además, en el estudio, se reconoce la indeterminación que tienen las jóvenes en la búsqueda de apoyos educativos, sumada al desconocimiento acerca de programas de asistencia, así como los mecanismos para acceder a ellos, ya que según su percepción, no existen redes familiares o institucionales que contemplen como válidas para posibilitar la convergencia de la maternidad con la formación educativa. Esto representa una problemática relevante, toda vez que se ha identificado que la suspensión o el cese del proyecto educativo a edades tempranas repercute en un menor acceso a las oportunidades laborales, empleo mal remunerado y con ello se potencia la feminización de la pobreza.

Por lo anterior, la deserción escolar se configura no sólo como consecuencia del embarazo entre las adolescentes, sino también como un factor que lo genera, ya que actualmente, terminar la primaria ya no resulta un elemento protector contra el embarazo en la adolescencia, por lo que el primer componente a considerar como parte de una política pública es la situación de permanencia escolar, con esfuerzos para reducir la deserción y el embarazo en las adolescentes escolarizadas (Conapo, 2016).

Referencias

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Checa, S. (2005). Implicaciones del género en la construcción de la sexualidad adolescente. *Anales de la Educación Común*, 1(12), 183-193.
- Chourio, N. (2012). Teoría de las representaciones sociales: discusión epistemológica y metodológica. *Estudios Culturales*, 5(19), 197-212.
- Climent, G. I. (2009). Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas. *Cuaderno de la Facultad de Humanidades en Ciencias Sociales*, 37, 221-242.

- Consejo Nacional de Población. (2016). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Conapo.
- García, G. E. (2014). *Un enfoque social sobre el embarazo en la adolescencia*. [Tesis] El Colegio de México. <http://revistaiztatalapa.izt.uam.mx/index.php/izt/article/view/591/742>
- Gómez, A., Gutiérrez, M. E., Izzedin, R., Sánchez, L. M., Herrera, N. E. y Ballesteros, M. (2012). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestas y multigestas en Bogotá. *Rev. Salud Pública*, 14(2), 189-199.
- Marmor Informa. (2022, 26 de mayo). Buscan reducir embarazos en adolescentes en hasta un 50%. <https://grupomarmor.com.mx/2022/05/26/buscan-reducir-embarazos-en-adolescentes-en-hasta-un-50/>
- Monco, B., Jociles, M. I. y Rivas, A. M. (2011). Madres solteras por elección: representaciones sociales y modelos de legitimación. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, 24(74), 73-92.
- Olavarría, J. y Molina, R. (2012). Embarazos en adolescentes, vulnerabilidades y políticas públicas. *Polis*, 11(31), 411-433.
- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. (2015). *El embarazo en adolescentes*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54210/boletinadolescentes_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *Revista de Estudios de Género*, 22, 35-68.
- Promajoven (2013). *Becas de Apoyo a madres jóvenes y jóvenes embarazadas*. <https://becas.sep.gob.mx/beca/27/show>
- Trillo, V., Loreto, N. y Figueroa, C. (2012). Embarazo en adolescentes: problema de salud pública o de intervención social. *CULCyT*, 10(49), 51-59.
- Villalobos, A., Campero, L., Suárez, L., Atienzo, E. E., Estrada, F. y La Vara, D. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 57(2), 135-143.

Ser mujer con cáncer de mama y la relación con un ser supremo: presentación de un caso

Pérez-Hernández, Sonia^{1*}
Contreras-De la Fuente, Hilda Saray¹
Gallegos-Acevedo, Ma. Guadalupe²
Ávila-Delgado, Ana Beatriz²
De Ávila-Arroyo, María Luz³

RESUMEN

Introducción: En su esencia, el ser humano es espiritual; la espiritualidad es una especie de fuerza interna, un componente innato del individuo que lo motiva y le permite preguntarse sobre su identidad, además, fortalece las capacidades de adaptación a las diferentes situaciones de la vida. **Objetivo:** Develar el significado de ser mujer con cáncer de mama y la relación con un Ser Supremo. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de tipo cualitativo que buscó interpretar el fenómeno de ser mujer con cáncer de mama y la relación con un Ser Supremo; la colecta de los datos fue a través de la entrevista fenomenológica, se mantuvo un encuentro social, se desarrolló un proceso de interacción y diálogo, la pregunta detonadora fue: ¿Cómo ha sido para usted vivir con cáncer de mama, en su relación con un Ser Supremo? **Resultados:** Las unidades de significado que emergieron del discurso fueron: a) la fe en Dios: *“Mi fe que nunca la he perdido en que es una lucha con la que tengo que estar [...] y eso es lo que me da fuerza para salir adelante ¡y me levanto! Me levanto de todas las recaídas que he tenido porque yo ¡creo en un Dios que todo lo puede!”*; b) el bienestar

¹ Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas y Secretaría de Salud de Zacatecas.

* Contacto: sonia.perez@uaz.edu.mx

² Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas.

³ Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

al realizar prácticas religiosas, y c) la aceptación ante la voluntad de Dios. **Conclusiones:** El discurso muestra la apertura de su relación con un Ser Supremo; pese a los estragos del tratamiento, su fe en Dios la llena de fortaleza para salir adelante, sintiendo paz, tranquilidad y alivio, además, al realizar oración, va más allá de su afectación física y emocional y comenta que ha tenido experiencias de bienestar físico y religioso. Para el personal de enfermería es importante reconocer la dimensión espiritual como parte del cuidado.

Palabras clave: mujer, cáncer de mama, espiritualidad

ABSTRACT

Introduction: In its essence, the human being is spiritual, spirituality is a kind of internal force, an innate component of the human being that motivates him and allows him to question his identity, and also strengthens the adaptation capacities of the different situations of life.

Objective: To reveal the meaning of being a woman with breast cancer and the relationship with a Supreme Being. **Materials and methods:** A qualitative study was carried out, seeking to interpret the phenomenon of being a woman with breast cancer and the relationship with a Supreme Being, the data collection was through the phenomenological interview, a social meeting was held, a process of interaction and dialogue, the trigger question was: How has it been for you to live with breast cancer, in your relationship with a Supreme Being?

Results: The units of meaning that emerged from the discourse were: faith in God "My faith that I have never lost is that it is a struggle that I have to be with [...] and that is what gives me the strength to get ahead and I wake up! I get up from all the relapses that I have had because I believe in a God who can do everything"; well-being when performing religious practices and acceptance of God's will were also revealed. **Conclusions:** The speech shows the opening of her relationship with a Supreme Being, despite the ravages of the treatment, her faith in God fills her with strength to move forward, feeling peace, tranquility and relief, in addition, when praying, she goes further of his physical and emotional affectation and comments that he has had experiences of physical and religious well-being. For nursing staff it is important to recognize the spiritual dimension as part of care.

Keywords: woman, breast cancer, spirituality

Introducción

La espiritualidad es una dimensión inherente a todo ser humano, pero silente en la mayoría; sus tres pilares básicos son el sentido, la

conexión y la trascendencia. De estos se extraen las necesidades espirituales: necesidad de encontrar sentido a la vida, la necesidad de conexión consigo mismo y con los demás, y la necesidad de ser capaces de poder trascender al encontrar la relación con un Ser Supremo (Rufino y Blasco, 2015). Estas mismas necesidades cambian con el tiempo y las circunstancias, y cobran importancia debido a que constituyen una de las áreas de atención más importantes en pacientes que enfrentan enfermedades graves, tal como lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Speck et al., 2004; Sandoval et al., 2014).

La importancia de atender las necesidades espirituales, según lo describen Taylor y Mamier (2013), recae en que, durante los cambios y transiciones de salud, están intrínsecamente ligadas a la salud física y emocional de los pacientes, quienes desean comunicarlas a los profesionales de la salud, por lo que llegan a representar un reto para estos últimos.

En el caso de las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, es necesario abordar el fenómeno debido a que el diagnóstico da lugar a síntomas de por vida; la mujer se encuentra ante una situación nueva e inesperada, le preocupa la enfermedad, siente miedo a una muerte prematura y teme enfrentar una vida que será distinta para ella. Además, se debe tomar en cuenta que no se puede compartir la misma experiencia con el cáncer de mama, pues cada mujer ve, siente y experimenta cosas que tal vez no puede externar, sin embargo, tiene que elegir entre el diagnóstico (sola, temerosa, bajo la sombra de la muerte) o explorar otras posibilidades (Champion et al., 2014; Cordero et al., 2013; Swinton et al., 2011). En este punto, es oportuno mencionar lo descrito por Palacio (2015), quien alude a que el ser humano se cansa, se debilita, se deteriora, pero también avanza en la manera como entiende el mundo, como asume la cultura, como comprende su propia vida.

En dicho contexto es importante resaltar la existencia de mecanismos de defensa primarios que coadyuvan al afrontamiento del cáncer de mama; uno de ellos es la conexión con un Ser Supremo: la fe en Dios y las prácticas religiosas se ven como una fuente de fortaleza. Actividades como leer la biblia, realizar oración individual y en grupo, asistir a la iglesia, cantar en coros, son prácticas que proporcionan un medio para la atenuación de los síntomas físicos, la reducción de la tensión

y la ansiedad, así como el incremento en la sensación de seguridad y estabilidad, lo que les ayuda a reorganizarse psicológicamente (Jassim y Whitford, 2014; Evangelista et al., 2016; Gregg, 2011).

Por tanto, al tener en cuenta la espiritualidad como objeto de estudio en la salud pública, es preciso reflexionar sobre las consecuencias de la enfermedad en la vida de las personas que la experimentan, al respecto, King y Hinds (2012) refieren que la respuesta humana ante la enfermedad está influenciada también por cuestiones de tipo espiritual, de ahí que el profesional de enfermería, teniendo como base la esencia ontológica de la persona, debe abordarla desde el marco conceptual del holismo. En este sentido, la investigación cualitativa ofrece la oportunidad de explorar la profundidad, la riqueza y la complejidad inherentes a un fenómeno, además de ser útil para entender las experiencias humanas (Burns y Grove, 2004), asimismo, ha tenido auge como un método cercano a la comprensión del mundo del cuidado, transformando los patrones de producción de conocimiento disciplinar, según lo refieren Arias y Gaviria (2014).

De ahí surge el interés en profundizar en el fenómeno de la esencia espiritual, por lo que el objetivo del presente estudio fue develar el significado de ser mujer con cáncer de mama y la relación con un Ser Supremo.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo cualitativo que permitió comprender e interpretar (Do Prado et al., 2013) el ser mujer con cáncer de mama y la relación con un Ser Supremo. La informante fue una mujer con mastectomía que recibía tratamiento de quimioterapia en un hospital general; es importante mencionar que se realizó un primer acercamiento con ella que consistió en otorgarle pláticas de orientación formal y educación para la salud centradas en medidas de autocuidado en relación con el tratamiento que recibía, lo cual generó una relación de aceptación, confianza, comprensión, empatía y seguridad, además de que propició mayor apertura en ella; posterior a esto, se le invitó a participar como voluntaria en una entrevista a profundidad, a lo cual ella accedió.

La colecta de los datos se realizó a través de la entrevista fenomenológica, la cual es definida como un proceso de interacción y diálogo

entre dos personas (De Souza, 1987; Moreno, 2014) cuyo propósito fue que la entrevistada reconociera, describiera y expresara los significados que asume en relación con un Ser Supremo desde su experiencia al padecer esta enfermedad y recibir el tratamiento oncológico correspondiente.

La pregunta detonadora fue: ¿Cómo ha sido para usted vivir con cáncer de mama, en su relación con un Ser Supremo?

Se solicitó a la participante su autorización para grabar la entrevista con el fin de no perder ningún detalle del relato, de igual manera, se completó un diario de investigador, en donde se pudieron realizar algunas anotaciones referentes al lenguaje no verbal de la entrevistada, además de relatar acontecimientos o situaciones que influyeron durante el desarrollo del trabajo de campo.

La investigación se hizo con apego a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). En todo momento se respetó la dignidad de la informante y se protegieron sus derechos (Artículo 13), por lo cual, se contó con un consentimiento informado (Artículo 14 fracción V). Para proteger la privacidad, se utilizó un pseudónimo para su identificación (Artículos 16 y 18), cabe mencionar que la entrevista se llevó a cabo sin necesidad de suspenderla. Finalmente, se acataron los Artículos 21 y 22, donde se especifica que el sujeto participante en la investigación debe recibir una explicación clara y completa, asimismo, se verificó que dicha información fuera comprendida.

Resultados

Caracterización de la informante

El nombre de la entrevistada quedará en el anonimato para proteger la privacidad y confidencialidad, por lo que se le asignó un pseudónimo, de acuerdo con una característica que emergió durante el discurso obtenido, a saber:

Centinela: mujer de 47 años de edad, casada y dedicada al hogar, vive con cuatro hijas, profesa la religión católica. Centinela es un pseudónimo que ella eligió al inicio de la entrevista, comentó que en una ocasión Dios le había dado ese mensaje a través de la lectura de una cita bíblica.

Se hizo la transcripción de la entrevista y el análisis temático para encontrar las unidades de significado que emergieron del discurso de Centinela, siendo éstas las siguientes:

Ser mujer con cáncer de mama y su relación con un Ser Supremo, esta relación se vio enmarcada por la fe en Dios, el bienestar al realizar prácticas religiosas y la aceptación de la voluntad de Dios.

Fe en Dios

Iniciemos describiendo lo que es la fe, la cual, para Esquerda (1990), es la apertura del corazón humano ante el don de la autocomunicación de Dios por medio del Espíritu Santo. El autor refiere que el ser humano, al entrar en relación con Dios, bajo la acción de su gracia, se va simplificando no solamente en sus expresiones psicológicas, sino sobre todo en su ser más hondo, aceptando de forma amorosa a Dios tal como es. Además, la fe es una fuerza que nace como la propia certeza instintiva de la sabiduría de Dios, que es la sabiduría de la propia vida (Cándido, 2015; Guinovart, 2016).

Mi fe (que nunca la he perdido) en que es una lucha con la que tengo que estar [...] y eso es lo que me da fuerza para salir adelante, ¡y me levanto! Me levanto de todas las recaídas que he tenido porque yo ¡creo en un Dios que todo lo puede!...

¡Dios me está dando otra oportunidad y yo tengo que salir adelante (...) y agradecerle que él es bueno conmigo y me acerco más a él porque si estamos cerca de él y aceptamos su voluntad, nada nos puede faltar!

Metiéndose uno a fondo en las cosas de Dios, ¡nunca uno alcanza a comprender... todo lo maravilloso!, ¡todo lo hermoso! Y todo lo que desconocemos... que dice uno... ¡¿Yo qué estaba haciendo?! En qué estaba perdiendo mi tiempo... ¡Qué hermoso es estar cerca de Dios!, conocer su vida, sus cosas, más que nada su amor que nos tiene. ¡Y a todos!

Bienestar al realizar prácticas religiosas

Guinovart (2016) afirma que la oración se considerada un diálogo, es compartir desde el corazón lo que somos y lo que nos pasa, es

un encuentro, un espacio en el que el hombre se dedica sólo a Dios, este encuentro tiene que partir de la situación existencial de cada ser humano.

Un elemento a destacar es la evidencia que presentan Ferguson y Nielsen (2018) por medio de neuroimágenes; refieren que en la representación de los sentimientos espirituales intensos durante la realización de algunas prácticas religiosas, las redes neuronales que intervienen se asocian con la activación del núcleo accumbens, que es fundamental para el sistema de recompensa. Además, identificaron que los participantes presentaron emociones y sentimientos similares a los que sentían durante un culto, como la sensación de paz, de calor e incluso el llanto.

Fue una oración tan profunda, tan bonita que [...] ¡me sucedió algo tan hermoso! En ese momento que estábamos en la oración yo sentí que me abrazaron, me agarraron de aquí del hombro y se recargaron en mi cabeza [...] Y yo sentí ¡una paz!, algo tan hermoso que al recordarlo se me enchina la piel y quiero volver a vivirlo... ¡Algo tan hermoso e inexplicable que sentí!

En Centinela estuvieron presentes emociones y sentimientos que surgieron durante la realización de la oración, a lo que hemos llamado experiencias religiosas; en su discurso, alude que en alguna ocasión sintió la presencia de Dios en su vida.

En ese momento se me quitó mi dolor de cabeza... pero como siempre, uno de... ahhh... de no sé cómo explicarlo... de que uno todavía de que pasan cosas tan hermosas y lo siente uno y de repente uno no se lo explica, y dice uno... como que lo duda... no sé por qué... en ese momento que se me vino a mí a la mente que había sido mi esposo, pero no, no fue mi esposo, ¡sino que fue Jesús!.. ¡y eso lo digo y lo afirmo!

Es que es algo que no se puede así como explicar al cien, como se dice... pero es algo bien bonito... No sé, yo siento cuando estoy ahí... cierro mis ojos primero, cierro mis ojos y hago de cuenta que no hay nadie, solamente él y yo... y yo puedo llorar, puedo llorar y decirle todo lo que me duele y todo lo que siento, ¡y sé que Él no me va a fallar!

García-Alandete (2009) señala que la experiencia religiosa es un tipo específico de sensación humana que podría ser caracterizada como una experiencia vivenciada que queda impresa en la memoria personal como algo significativo, que posee una fuerza propia la cual necesariamente se expresa.

Aceptar la voluntad de Dios

La persona humana, por el mismo hecho de existir, es fruto de una llamada o vocación, cada uno ha sido llamado por Dios a la existencia, sean cuales sean las causas segundas que han intervenido en ello; es un camino hacia la realidad y la vivencia del presente con sencillez, sin tantas preocupaciones por el pasado o por el futuro, basta a cada día su afán (Esquerda, 1990).

Todos tenemos una misión en esta vida y si por algo estoy aquí es para cumplir la mía [...] él me la dio en una cita bíblica, quería que yo fuera “centinela”, una persona que está al pendiente de las demás personas, previniéndolas, ayudándolas y haciéndoles entender lo bueno y lo malo.

Además, el proceso de la enfermedad genera en las mujeres con cáncer de mama una cierta cercanía con Dios; según Acosta et al. (2011), no trastoca la libertad, más bien le permite un estado de diálogo permanente de confianza y confidencia, razón por la cual ellas aceptan su voluntad y se ponen en sus manos; hacer la voluntad de Dios es descubrir que la cercanía a Él ayuda a construir nuevos sentidos de esperanza y vida aun después de la muerte.

¡Yo no estoy enojada con Dios!, porque no somos nadie para reclamarle, Él sabe... y uno también que las cosas que te pasan no es porque te las merezcas, sino es por tu bien... yo así lo siento, que es por mi bien y es para santificarnos, ¡para purificarnos! Yo cada dolor, cada tristeza, todo lo que siento, yo lo ofrezco... y no reniego... no reniego.

Al paso de los años, creo que la muerte no es tan mala, pienso que la muerte es la culminación de tu sufrimiento, de tu felicidad o de cualquier vida que hayas vivido [...] Cuando me muera y

me lleven al panteón, quiero que me lleven puros cantos de alabanzas... de los cantos que a mí más me gustan es la de Más allá del sol... Sí: "más allá del sol, yo tengo un hogar, un hogar, bello hogar..."

El significado de la muerte también estuvo presente en Centinela, y éste, según Palacios-Espinosa et al. (2015), está representado por la presencia del cáncer; es la muerte que yace dentro de ellas que les recuerda su finitud, la cercanía que han tenido con ella les ha permitido resignificar muchas cosas y valorar otras.

¿Sabes? ¡Esta vez yo sí he pensado más allá... en lo que pudiera suceder, no sé! Por eso esta vez como que no sé, como que me he hecho más fuerte, lo he tomado más a fondo, como más consciente, y he tratado y lo estoy tratando de que mi familia también lo vayan tomando así...

Cuando está un día bonito, asoleado, que me estoy levantando y estoy dándole gracias a Dios... a lo mejor no vuelvo a ver muchos amaneceres así, no sé... me levanto y le estoy dando gracias a Dios y le digo: ¡Ayy, Dios, qué hermoso día! ¡Mira, no'más... qué hermoso día! ¡Qué bello sol!

Existen motivaciones que conducen a las personas a estados de alto significado espiritual, la motivación humana implica el reconocimiento de sí mismo y la capacidad de entender más allá de los límites materiales; es posible establecer una relación con Dios que tiene implicaciones transformadoras en la conducta real del ser humano en un contexto particular (Acosta et al., 2011).

Conclusión

El discurso de Centinela devela la apertura en su relación con un Ser Supremo, no obstante, y pese a los estragos del tratamiento, su fe en Dios la llena de fortaleza para salir adelante, sintiendo paz, tranquilidad y alivio, además, al realizar oración, va más allá de su afectación física y emocional y comenta que ha tenido experiencias de bienestar físico y religioso, haciéndola sentir la presencia cercana de Dios. En este encuentro muestra su esencia al interconectarse con Dios, lo

que la lleva a aceptar su voluntad; aprende a valorarse día a día, trasciende al referir haber encontrado un propósito de vida, siguiendo con la misión de ser Centinela y ayudar a todos los que le rodean.

Finalmente, es importante reconocer la dimensión espiritual como parte del cuidado de enfermería hacia las mujeres con cáncer de mama y de ahí seguir promoviendo la necesidad de dirigir acciones que promuevan la espiritualidad en ellas.

Referencias

- Acosta, D. S., Guerrero, Y. O. y Rojas, V. E. (2011). La motivación y las experiencias religiosas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 33, 1-14. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194218961015>
- Arias, V. M. y Gaviria, N. D. (2014). La investigación cualitativa: un acto creativo por la enfermería. *Avances en Enfermería*, XXXII(2), 280-291. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46232/60864>
- Burns, N. y Grove, S. (2004). *Investigación en Enfermería* (3a. Ed.). Elsevier Saunders.
- Cándido, X. F. (2015). *Pensamento e vida: pelo Espirito Emmanuel* (19a. Ed.). FEB.
- Champion, V. L., Wagner, L. I., Monahan, P. O., Daggy, J., Smith, L. y Cohee, A. (2014). Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall quality of life domains. *Cancer*, 120(15), 2237-2246. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158315/>
- Cordero, M. J., Sánchez, M. N., Villar, N. M. y Valverde, E. G. (2013). Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*, 28(15), 1453-1457. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n5/12original07.pdf>
- De Souza, C. A. (1987). *Metodología da entrevista. Uma abordagem fenomenológica*. AGIR.
- Do Prado, L. M., de Souza, M. L., Monticelli, M., Cometto, M. C. y Gómez, P. F. (2013). *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. Paltex Salud y Sociedad.

- Esquerda, B. J. (1990). *Caminar en el amor. Dinamismo de la vida espiritual* (2a. Ed.). Sociedad de Educación ATENAS.
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E., da Costa, S. F., Batista, P. S., Batista, J. B. y Oliveira, A. M. (2016). Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*, 69(3), 554-563. http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/en_0034-7167-reben-69-03-0591.pdf
- Ferguson, M. A. y Nielsen, J. A. (2018). Reward, salience, and attentional networks are activated by religious experience in devout mormons. *Soc Neurosci.*, 13(1), 104-116. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27834117>
- García-Alandete, J. (2009). Sobre la experiencia religiosa: aproximación fenomenológica. *Revista Folios*, 30, 115-126. <http://www.scielo.org.co/pdf/folios/n30/n30a08.pdf>
- Gregg, G. (2011). I'm a Jesus girl: coping stories of black American women diagnosed with breast cancer. *J. Relig Health*, 50, 1040-1053. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20953712>
- Guinovart, G. T. (2016). *La oración: vivir en Dios*. Ediciones Paulinas.
- Jassim, A. y Whitford, D. (2014). Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 107, 189-195. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24631996>
- King, R. C. y Hinds, P. S. (2012). *Quality of life. From nursing and patient perspectives* (3a. Ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Moreno, L. S. (2014). La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, XX(1), 71-76. <http://www.redalyc.org/pdf/3577/357733920009.pdf>
- Palacio, C. (2015). La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Cuestiones Teológicas*, 42(98), 460-481. <http://www.scielo.org.co/pdf/cteo/v42n98/v42n98a09.pdf>
- Palacios-Espinosa, X., Milena, L. A., Moreno, K. S. y Ospino, J. L. (2015). El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 455-479. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242015000300008

- Rufino, C. M. y Blasco, T. (2015). *Las necesidades espirituales como elementos en el bienestar del paciente paliativo*. [Tesis doctoral] Universidad Autónoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_289640/mrc1de1.pdf
- Sandoval, G. P., Rangel, D. N., Allende, P. S. y Ascencio, H. L. (2014). Concepto de espiritualidad del equipo multidisciplinario de una unidad de cuidados paliativos: un estudio descriptivo. *Psicooncología*, 11(2-3), 333-344. <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/47392>
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*. <https://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Speck, P., Higginson, I. A. y Addington-Hall, J. (2004). Spiritual needs in health care. *BMJ*, 329, 123-124. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC478208/>
- Swinton, J., Bain, V., Ingram, S. y Heys, S. D. (2011). Moving inwards, moving outwards, moving upwards: the role of spirituality during the early stages of breast cancer. *Eur J Cancer Care*, 20, 640-652. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2354.2011.01260.x>
- Taylor, E. J. y Mamier, I. (2013). Nurse responses to patient expressions of spiritual distress. *Holistic Nursing Practice*, 27(4), 217-224. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23774721>

Una aproximación a los procesos identitarios de la mujer profesionalista en el medio rural

Flores-Treviño, Nora Elia^{1}*

Meza-Lamas, Esteban¹

Hernández-Salas, Claudia¹

Moreno-Longoria, Julieta¹

Olarte-Saucedo, Maricela¹

RESUMEN

Introducción: Nacemos con un sexo biológico determinado, pero la construcción de género es histórica, social y cultural. Ser mujer es cuestión de cada tiempo y cultura, a través de los años, sus identidades han sufrido cambios y se han reconstruido de acuerdo con los momentos sociales que le ha tocado vivir. Este trabajo hace un acercamiento comprensivo al tipo de mujer que la cultura social actual está formando y a sus procesos identitarios, que están determinados por su lugar en la sociedad y el espacio geográfico que habita, por su profesión o su ocupación, y por cómo se siente ella misma respecto a su situación particular. **Objetivos:** Comprender los procesos identitarios de las mujeres de los medios rurales y/o suburbanos que adquieren una preparación profesional, pero que al terminar sus estudios regresan a sus comunidades a dedicar su vida al hogar, así como comprender los procesos identitarios de las mujeres profesionalistas de este medio que ejercen su profesión, y además son madres, esposas y/o jefas de familia, esto con la finalidad de tener un acercamiento comprensivo a esta realidad y con la posibilidad de generar en las mujeres sujetos de estudio una reflexión sobre sí mismas. **Metodología:** Esta investigación es de corte cualitativo desde una perspectiva hermenéutica y etnográfica, y se utilizan como referentes heurísticos: la observación, la observación

¹ Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas.

* Contacto: neflores@uaz.edu.mx

participante, las entrevistas y las historias de vida. **Conclusiones:** Se analizan los resultados y se concluye que, en las mujeres sujetos de estudio, se pone de manifiesto una identidad múltiple, que las dota de una visión en la que son parte activa en los procesos de construcción de su comunidad.

Palabras clave: identidad, mujer, cultura

ABSTRACT

Introduction: We are born with a certain biological sex, but the construction of gender is historical, social and cultural. Being a woman is a matter of each time and culture, over the years, their identities have undergone changes and have been rebuilt according to the social moments that they have had to live. This work makes a comprehensive approach to the type of woman that the current social culture is forming and to her identity processes, which are determined by her place in society and the geographical space she inhabits, by her profession or her occupation, and by how she feels herself about her particular situation. **Objectives:** Understand the identity processes of women from rural and/or suburban areas who acquire professional training, but who return to their communities after completing their studies to dedicate their lives to the home; as well as to understand the identity processes of professional women in this environment who exercise their profession, and are also mothers, wives and/or heads of families; this with the purpose of having a comprehensive approach to this reality and with the possibility of generating in the women subjects of study a reflection on themselves. **Methodology:** This research is qualitative from a hermeneutical and ethnographic perspective, and observation, participant observation, interviews and life stories are used as heuristic references. **Conclusions:** The results are analyzed and it is concluded that, in the women under study, a multiple identity is revealed, which endows them with a vision in which they are an active part in the construction processes of their community.

Keywords: identity, women, culture

Introducción

La identidad plural de la mujer se ve afectada por aspectos socio-culturales que estancan su progreso en la sociedad y que limitan su papel a una figura pasiva, en ocasiones, por decisión propia. La mujer está sujeta a las exigencias de la familia, a encajar en estereotipos sociales para ser aceptada, para constituirse como una “gran mujer”,

aunque en ocasiones, esto limite su propio potencial humano. En las comunidades del estado de Zacatecas existe un sinnúmero de mujeres que logran salir de su hogar paterno para estudiar una profesión, muchas de ellas se trasladan a las capitales con este fin, porque su lugar de origen no cuenta con instituciones de educación superior. Sin embargo, suele suceder que al terminar sus estudios y regresar a su pueblo, guardan en un cajón todos los conocimientos adquiridos a lo largo de cinco años y permiten que la polilla los deteriore a causa de no poder ponerlos en práctica. Es por tal razón que se ve como necesario un acercamiento comprensivo a los procesos identitarios de estas mujeres que acceden al estudio de una profesión, que obtienen su título académico y que regresan a las comunidades no a ejercer su profesión, sino, como lo hicieron sus madres, a dedicarse a atender su hogar y su familia, en una especie de atavismo que no se consiguió dejar atrás. Existen además las mujeres que, con valentía, se enfrentan a los estereotipos establecidos del “deber ser femenino” que pervive en las comunidades y luchan por sobresalir, a la par que el hombre, en el ámbito laboral; además de las mujeres que luchan por obtener el reconocimiento público, fruto de su trabajo en los espacios académicos, para que sus procesos identitarios sean más amplios que las medidas de la casa que habitan. Dichos procesos parten de todos esos aspectos personales, motivaciones, deseos y sentimientos que potencialicen los recursos internos y produzcan la afirmación de la mujer como sujeto social con papeles protagónicos en la historia y en los procesos sociales de construcción.

Descripción del problema y preguntas de investigación

Partimos de la mujer que vive en comunidades pequeñas y que emigra a las grandes capitales con el propósito de acceder a estudios profesionales, y que crea para sí un nuevo imaginario social que le ofrece algo más de lo que encuentra en su comunidad. Sin embargo, es del interés de este estudio el hecho de que estas mujeres, al ser sometidas a las exigencias que culturalmente son “propias de su género”, truncan sus aspiraciones profesionales y laborales, porque lo socialmente aceptable que es que las mujeres se dediquen a su hogar y a

su familia, y si tienen acceso al campo profesional o laboral, deben hacerlo sólo si las ocupaciones domésticas y familiares se los permiten o están resueltas. En los hechos, estas mujeres piensan en un “deber ser femenino” distinto al de sus madres, en ese “ser mujer profesionalista” que les dio el estudio y la preparación en una rama diferente a limpiar la casa y cuidar a la familia, pero al regresar a la comunidad deben renunciar a sus sueños como profesionales si es que quieren ser bienvenidas en el mundo cultural de las “buenas mujeres”. De manera paralela, se encuentran las mujeres que eligen el trabajo remunerado, la labor fuera del hogar y la realización profesional, aun cuando ello implique la poca valoración que se les dará como madres o esposas. Desde esta perspectiva, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es la posición de las mujeres de origen rural frente a la formación profesional y al ejercicio de ésta?
2. ¿Cómo es la constitución identitaria de las mujeres profesionalistas de “origen rural” que eligen el no ejercicio de su profesión para encajar con el prototipo cultural de mujer ideal dedicada al hogar?
3. ¿Cómo se contempla esta mujer a sí misma al dejar de lado la vida familiar convencional, dedicándose al trabajo y al estudio, aun cuando esto signifique ser señalada por la sociedad conservadora que predomina en las comunidades rurales?
4. ¿Cuáles son los procesos identitarios que las mujeres de poblaciones pequeñas desarrollan ante el hecho de ser profesionalistas que trabajan, madres, esposas o jefas de familia?

Objetivos

Objetivo general

Comprender los procesos identitarios de las mujeres de los medios rurales o suburbanos que adquieren una preparación profesional, pero que al terminar sus estudios regresan a sus comunidades a dedicar su vida al hogar, así como comprender los procesos identitarios de las mujeres profesionalistas de este medio que ejercen su profesión

y además son madres, esposas o jefas de familia, esto con la finalidad de tener un acercamiento comprensivo a esta realidad y con la posibilidad de generar en las mujeres sujetos de esta investigación una reflexión sobre sí mismas.

Objetivos específicos

- Comprender y explicar cuáles son los elementos sociales, culturales y económicos que permean para que las mujeres de los medios rurales que acceden a educación superior decidan regresar a los roles femeninos socialmente asignados renunciando al ejercicio de su profesión, y cómo es que se perciben a sí mismas ante tal situación.
- Dar cuenta de cuáles son los elementos que determinan y condicionan que las mujeres profesionistas del medio rural o suburbano decidan trabajar fuera del hogar y tener una familia, así como comprender el impacto que tiene dicha situación en su vida cotidiana.

Referentes metodológicos y epistemológicos

Esta investigación será de corte cualitativo desde una perspectiva hermenéutica y etnográfica; se utilizarán como referentes heurísticos la observación, la observación participante, las entrevistas y las historias de vida.

La investigación cualitativa es inductiva y requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. En esta investigación se pretende llevar a cabo un acercamiento comprensivo al comportamiento de las mujeres. A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos involucrados en tal comportamiento. En este trabajo se adoptó una perspectiva hermenéutica porque se busca comprender el sentido y el significado que las mujeres que estudian y trabajan en las comunidades le dan a estas tareas y al impacto que tiene en su vida, esto lo recuperaremos a través de los discursos que ellas emiten en las entrevistas a profundidad que se diseñaron para tal fin.

Una investigación etnográfica no puede quedarse en lo meramente descriptivo, debe profundizar con preguntas adicionales en el significado de las cosas para las personas estudiadas. La etnografía suele requerir un estudio prolongado del grupo, usualmente por medio de la observación participante, en la cual el investigador se encuentra inmerso en las actividades cotidianas del grupo, o bien, realiza entrevistas individuales con sus miembros. El investigador estudia los significados del comportamiento, el lenguaje y las interacciones del grupo con una cultura común.

Una entrevista es una conversación que tiene una estructura y un propósito. En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado y desmenuzar los significados de sus experiencias (Álvarez-Gayou, 2004). Steinar Kvale (1996, citado en Álvarez-Gayou, 2004) sostiene que el propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es “obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos” (p. 109).

Para llevar a cabo este trabajo de investigación, se seleccionaron personas que reúnen características de interés para el estudio, aplicando la técnica de muestreo a conveniencia. Se llevaron a cabo diez entrevistas; se formaron grupos de mujeres profesionistas que se dedican sólo a su hogar, mujeres profesionistas que trabajan en su área y mujeres que después de formar una familia están estudiando.

Se realizó observación participante en instituciones educativas y lugares donde estas mujeres laboran, y posteriormente se procedió a realizarles entrevistas, las cuales se grabaron y se transcribieron para su posterior análisis.

Este trabajo de investigación se aborda desde la subjetividad, donde es el sujeto el que investiga y es el “otro sujeto” el objeto mismo de la investigación. Según Ramírez Grajeda y Anzaldúa Arce (2005), la subjetividad nos remite necesariamente a la pregunta sobre el sujeto, porque la subjetividad existe en la medida en que se deviene sujeto. No es una sustancia que se tenga o no, es un proceso en acto, es subjetivación. La subjetividad se va construyendo a partir de la vinculación con las significaciones imaginarias sociales y el orden simbólico cultural, que permite otorgar sentido a lo real, sentido que encarna y constituye a los sujetos. La mujer profesionista, en el medio en el que

se desenvuelve, se va constituyendo sujeto en la medida en que va tejiendo esa red de significaciones.

Se analizan los resultados arrojados por las entrevistas y las observaciones, y se hace una interpretación de éstas. El presente trabajo se sustentó en las pautas éticas internacionales de la Organización Mundial de la Salud y la Declaración de Helsinki, así como de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP) (Hall, 2017).

Discusión y análisis

En Nochistlán predomina la economía ganadera y agrícola, y los habitantes se dedican primordialmente a estas actividades, así como al pequeño comercio. En el aspecto social, se acostumbra que los hombres lleven la responsabilidad de ser sostén económico del hogar, y que las mujeres se dediquen a atender su casa y a su familia. Las mujeres que estudiaron una profesión por lo general la ejercen, aunque también hay muchas que no trabajan, sino que son amas de casa y madres de tiempo completo.

Los jóvenes buscan prepararse académicamente, en particular las mujeres. Los centros formadores de profesionistas registran una matrícula mayormente femenina, por lo que resulta contradictorio que sean las mujeres precisamente las que menos se insertan en el campo laboral una vez terminados sus estudios; esta situación impera en América Latina, donde tres de cada cuatro egresados de educación superior son mujeres (Ungo, 2007). Es evidente el acceso de las mujeres a campos que antes eran mayoritariamente masculinos, por tanto, podemos interpretar que hubo cambios en las concepciones, percepciones y valores de las personas y sus familias que determinaron el viraje de visiones tradicionales y subordinantes hacia distintas consideraciones sobre el ser, estar y deber ser de las mujeres en la región.

Son pocas las mujeres profesionistas que consiguen tener una estabilidad laboral en el municipio, esto debido a la falta de oportunidades y a las responsabilidades propias de su género. En América Latina, las condiciones de trabajo para las mujeres son similares, y las desigualdades persisten en lo económico, ya que la brecha salarial oscila entre 85 y 45%, es decir, las mujeres pueden ganar hasta menos

de la mitad de lo que gana un hombre por realizar el mismo trabajo (Ungo, 2007).

Por otra parte, Martiarena (1995) sugiere una relación de la individualidad con la historia, y que las identidades femeninas son cambiantes según su contexto y momento histórico. Las identidades femeninas en el medio rural se encuentran en un punto de ruptura: por un lado, están las mujeres conservadoras, dedicadas a su hogar y a su familia, que suelen ver la educación como una oportunidad, pero no se atreven aún a participar de ella; por otro lado, están las mujeres que son estudiantes o profesionistas, que en teoría se apropian de una nueva forma de subjetividad, pero que enfrentan la disyuntiva de insertarse al campo laboral o de seguir encajando en el prototipo cultural de las “buenas mujeres” dedicadas a la atención de los otros, que predomina en las comunidades rurales o suburbanas.

En el discurso de las mujeres entrevistadas se pone en evidencia este cambio en la subjetividad femenina, nos encontramos ante mujeres deseosas de un cambio, en el que se adopta una postura frente a la educación diferente a la de sus madres. Para algunas de ellas, la formación profesional abre la mente ante nuevos horizontes, les da una nueva visión de las cosas y las ayuda a crecer personalmente, como lo expresa Ana Bertha (entrevista 2), estudiante de licenciatura en Educación Preescolar: “yo creo que entre más preparación tengan [las mujeres], más abiertas están al estudio... mi mamá no sabe ni leer ni escribir y ella dice que no hace falta”. Amparo (entrevista 7), estudiante de Enfermería, opina: “yo pienso que cuando uno estudia, se te abre la mente, te da otra idea de la vida”. Sin embargo, pervive la idea de que las mujeres deben, en algún momento, convertirse en esposas y madres de familia, así lo menciona Guadalupe (entrevista 3), quien tiene estudios de bachillerato: “la situación ideal es estar casada y tener uno o dos hijos”. Se observa que en la comunidad se busca contraer matrimonio a temprana edad, siendo esto prioridad frente a la formación profesional, aunque se puede identificar el fenómeno de la combinación de ambos.

Hoy en día, se presenta un fenómeno dinámico donde entran en colisión puntos de cambio y permanencia en el plano de la cultura, en el de la subjetividad social y la subjetividad individual. Actualmente, las mujeres profesionistas no están renunciando a satisfacciones de

tipo personal y familiar, la maternidad continúa apareciendo como eje de la identidad femenina, son líderes en la vida doméstica y figuras centrales en el equilibrio familiar.

Las mujeres tienen una identidad plural y cada uno de los roles que ocupan es evaluado por los otros; en este proceso, se le asigna a cada mujer un “valor” y ella misma se concede una calificación, cuya escala valorativa está determinada por el “deber ser” cultural de la región, es decir, por la opinión de los demás.

Conclusión

Gracias al desarrollo de las tecnologías de la comunicación, ahora podemos comparar y valorar el modo de vida de las mujeres en el mundo, tanto en sectores urbanos como en áreas rurales, lo cual permite establecer un diagnóstico mejor focalizado sobre nuestra situación particular como mujeres profesionistas en el medio rural. Gracias al creciente flujo de información, sabemos que la participación femenina en materia de economía, política y sociedad, así como el reconocimiento hacia las mujeres, sigue siendo limitado y desigual.

No obstante, el dogma de que las mujeres son ideales para el trabajo doméstico —no así para el trabajo productivo remunerado económicamente— suele provenir del mismo núcleo familiar, por lo que se requiere que los gobiernos y el sector privado implementen iniciativas en las que se incluya a la mujer con roles protagónicos y constructores.

Podría decirse que, inmersos en un mundo predominantemente patriarcal, correspondería sobre todo a la mujer modificar su imaginario para asumir una postura diferente, proactiva y segura de que su actuar es igual de importante que el de los hombres, pero también hay que entender que para ingresar a la esfera pública de la producción se debe contar con una preparación académica que ayude a tomar decisiones informadas y certeras.

Las preguntas planteadas en este trabajo de investigación se responden ampliamente, ya que el discurso de las mujeres-objeto de estudio da cuenta de su posición frente a la formación profesional y expresa cómo se perciben a sí mismas al tomar la decisión acerca de trabajar o no fuera del hogar, y las que lo hacen, revelan cómo se modifica su constitución identitaria.

Al trabajar el tema de las identidades femeninas, se confirma que no se posee una sola identidad, sino que se trata de una identidad plural, o dicho de otro modo, son varias las identidades que conforman la subjetividad de la mujer, porque puede percibirse a sí misma desde los distintos roles que desempeña, pero no podrá dejar de pensarse mujer, sea cual fuere su entorno cultural inmediato.

De acuerdo con las entrevistas realizadas, persiste la idea generalizada de que la mujer pertenece a la casa, al aseguramiento moral del hogar y al cuidado de la familia, mientras que al hombre le corresponde la responsabilidad del sostenimiento económico, desligado totalmente de los quehaceres domésticos. Existen también mujeres estudiantes y profesionistas que luchan por hacerse de un espacio en el mundo laboral, y muchas de ellas lo están logrando, aunque su camino se encuentra lleno de conflictos y de resistencias, porque se le califica de rebelde, de revolucionaria, de menos mujer.

Es en el interior de estas mujeres donde se pone de manifiesto dicha identidad múltiple, que las dota de una visión distinta a la que tuvieron sus madres, una visión en la que son parte activa en los procesos de construcción de su comunidad. Para estas mujeres, es primordial la preparación académica, y lo viven como un sinónimo de igualdad y de libertad. Con la ventaja del crecimiento en la oferta educativa en el municipio y con la apertura familiar a que las mujeres estudien, va en aumento el número de estudiantes y profesionistas mujeres.

Estos puntos de cambio y permanencia suceden en un espacio donde la cultura es fundamental, en un municipio moderno en muchos aspectos, pero con rasgos atávicos en lo que al trato con lo femenino se refiere. Se observa, por un lado, apertura para que la mujer trabaje y estudie, pero si lo hace, debe ser con el permiso de su pareja y siempre cumpliendo con anterioridad con sus obligaciones domésticas y de crianza.

Las mujeres son las principales transmisoras de la cultura y del lenguaje en todos los grupos humanos, y llama la atención que en muchas ocasiones la misma mujer es la que educa tanto a niñas como a niños de acuerdo con los roles socialmente asignados, e incluso se le confiere al hijo varón cierta autoridad sobre su propia madre. Éste es un fenómeno que pudiera modificarse si la madre educara a los

hijos en términos de igualdad, indistintamente del sexo biológico. Persiste la visión del rol social de las mujeres como desventajoso y del rol masculino como privilegiado. Y el fin último no es ser iguales, sino que la relación de ellas con ellos sea vista desde la equidad, en el entendido de que las mujeres posean los mismos derechos que los hombres y que los varones compartan las responsabilidades que todavía hoy le corresponden a la mujer por usos y costumbres.

Se trata entonces de lograr una transformación real en la medida en que puedan hacerlo desde sí mismas, desde afirmarse como mujeres en lugar de insistir en la competitividad entre géneros. Es necesario que, de manera individual, el hombre y la mujer redimensionen sus roles sin renunciar a ser masculino y femenino de acuerdo con las naturales diferencias personales, mas no genéricas pensando en “convivir” y compartir esas diferencias.

Referencias

- Álvarez-Gayou, J. L. (2004). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Paidós.
- Hall, R. (2017). *Ética de investigación social*. Universidad Autónoma de Querétaro/Comisión Nacional de Bioética.
- Martiarena, O. (1995). *Michel Foucault: historiador de la subjetividad*. ITESM/El Equilibrista.
- Ramírez Grajeda, B. y Anzaldúa Arce, R. (2005). *Subjetividad y relación educativa*. Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco.
- Ungo, U. A. (2007). Las mujeres y la educación en América Latina: una aproximación a los dilemas y desafíos. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28).

ENFERMERÍA E INVESTIGACIÓN EN POBLACIÓN JOVEN



Creencias sobre el consumo de marihuana y consumo de marihuana en adolescentes

Calderón-Botello, Liliana Elizabeth^{1}*

Vidales-Jara, Maricruz¹

Guzmán-Núñez, Felicitas Zulema²

Muro-Puentes, Fátima Yazmin²

Ruiz-Pérez, Nelly Nayeli²

RESUMEN

Introducción: El consumo de marihuana representa un problema de salud mundial debido a los efectos producidos por la ingesta, generando consecuencias a corto y largo plazos, especialmente en adolescentes. Se han suscitado una serie de acontecimientos de promoción, intención de legalización y fines médicos en México. **Objetivo:** Establecer la relación que existe entre las creencias sobre el consumo de marihuana y el consumo de marihuana que presentan los adolescentes. **Materiales y métodos:** Diseño descriptivo correlacional, población de 1,354 estudiantes de educación media pública, $n = 153$, muestreo a disponibilidad. Se utilizó el instrumento de Cédula de Datos Personales y Prevalencias del Consumo de Marihuana y el Cuestionario de Creencias acerca del *cannabis*, su uso y sus consecuencias. **Resultados:** Prevalencia del consumo de marihuana global de 10.5%, lápsica 6.5%, actual 2.6%, e instantánea 1.3%. Se encontró una relación negativa y significativa de las creencias sobre el consumo de marihuana con la edad de inicio al consumo ($r_s = -.635, p = .000$), frecuencia ($r_s = -.633, p = .000$) y cantidad del consumo por ocasión ($r_s = -.623, p = .000$). Además, se presentó relación positiva y significativa de la edad de inicio al consumo de marihuana con la frecuencia ($r_s = .974, p = .000$) y cantidad

¹ Universidad Autónoma de Zacatecas.

* Contacto: liliana.calderon@uaz.edu.mx

² Servicios de Salud Zacatecas.

de consumo ($r_s = .960, p = .000$). Finalmente, se observa una relación positiva y significativa entre la frecuencia del consumo y la cantidad del consumo de marihuana ($r_s = .900, p = .000$). **Conclusión:** A menor edad, frecuencia y cantidad de consumo, mayores creencias negativas sobre el consumo de marihuana.

Palabras clave: creencias, marihuana, adolescentes

ABSTRACT

Introduction: Marijuana use represents a global health problem due to the effects produced by its intake, which will cause short- and long-term consequences, especially in adolescents. A series of promotional events, legalization intentions and medical fines have been raised in Mexico. **Objective:** Establish the relationship between beliefs about marijuana use and marijuana use in adolescents. **Material and methods:** Correlational descriptive design, population of 1,354 students in public secondary education, $n = 153$, shown upon availability. The Personal Data Card and Prevalence of Marijuana Consumption instrument and the Questionnaire of Beliefs about *cannabis*, its use and its consequences were brought. **Results:** Prevalence of global marijuana use 10.5%, lapse 6.5%, current 2.6%, and instant 1.3%. A negative and significant relationship was found between beliefs about marijuana use and the age of initiation of marijuana use ($r_s = -.635, p = .000$), frequency ($r_s = -.633, p = .000$) and amount of marijuana use per occasion ($r_s = -.623, p = .000$). In addition, there was a positive and significant relationship between the age of initiation of marijuana use with frequency ($r_s = .974, p = .000$) and amount of consumption ($r_s = .960, p = .000$). Finally, a positive and significant relationship is observed between the frequency of consumption and the amount of marijuana consumption ($r_s = .900, p = .000$). **Conclusion:** The lower the age, the frequency and the amount of consumption, the greater the negative beliefs about marijuana use.

Keywords: beliefs, marijuana, adolescents

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) clasifica a la marihuana como alucinógeno; es la droga ilegal más utilizada en el mundo con aproximadamente 13.1 millones de personas dependientes donde su oferta y demanda constituyen un fenómeno dinámico con implicaciones socioculturales, económicas, políticas y de salud

pública que provoca diversas consecuencias a nivel orgánico, psicológico y psicosocial.

En el rubro orgánico, produce alteraciones fisiológicas en el sistema nervioso central como deterioro de la atención y la memoria a corto plazo, lo cual repercute en la toma de decisiones, abstracción, resolución de problemas; acarrea alteraciones psicomotoras que pueden inducir mayor riesgo de sufrir accidentes y traumatismos, además, favorece la aparición de cáncer de pulmón, de vías respiratorias superiores y cáncer de aparato digestivo (OPS, 2018). El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA, por sus siglas en inglés) (2019) indica que si el inicio del consumo de la marihuana se presenta antes de los 17 años, esta droga afecta mecanismos que interfieren en el desarrollo cerebral y corporal, los cuales permanecen en la edad adulta, ya que se observan cambios en el volumen cerebral que afectan la función cognitiva en los usuarios de la sustancia; dado lo anterior, se ha demostrado científicamente que estas consecuencias pueden continuar aun después de que los efectos agudos han desaparecido, incluso por años.

Asimismo, preocupa la posible asociación con déficits neurológicos, ya que dicha sustancia afecta las estructuras y funciones de desarrollo del organismo, en especial el cerebro, que en los adolescentes pueden manifestarse ocasionando problemas cognitivos y de aprendizaje, lo que genera bajo rendimiento e incluso deserción escolar temprana. Diversos autores señalan que la tendencia sostenida a que las mujeres igualen los niveles de consumo de los varones se ha visto acrecentada. De igual manera, el consumo de marihuana es un factor de riesgo para desarrollar formas agresivas de cáncer durante la adolescencia, pues contiene entre 50 y 70% más de sustancias cancerígenas que el tabaco (Dörr et al., 2009; OPS, 2018; Tena-Suck et al., 2018).

El NIDA (2019) enfatiza que los efectos a corto plazo pueden variar de persona a persona, y van desde relajación, euforia, mayor percepción sensorial, sociabilidad, sensación de que el tiempo se detiene, aumento del apetito, disminución del dolor; sin embargo, si el consumo es excesivo, se produce paranoia, ansiedad, irritabilidad, debilitamiento de la motivación, la atención y la memoria, menor coordinación de movimientos, equilibrio, aumento de la presión sanguínea y la frecuencia

cardiaca, relajación de bronquios, sequedad de boca y garganta, así como enrojecimiento de los ojos.

A nivel psicológico, produce dependencia, deterioro cognitivo, trastornos mentales como psicosis, depresión, ansiedad y conducta suicida (OPS, 2018).

El área psicosocial también se ve afectada, pues se genera una repercusión en la economía del usuario y su familia, en su integridad, favorece la violencia familiar, conducta antisocial, baja autoestima y una elevada tasa de desempleo; en los adolescentes genera deserción, bajo rendimiento escolar y laboral, se registra un incremento de actos delictivos y criminales, con el consecuente aumento en los costos de los programas de desarrollo, seguridad y de beneficencia (NIDA, 2019).

La OPS recalca que a pesar de lo anteriormente mencionado, la marihuana sigue siendo la sustancia psicoactiva que más se utiliza a nivel mundial, ya que se calcula que en el año 2013, 181.8 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron marihuana sin fines médicos en todo el mundo. De ellos, 8.8 millones de personas europeas de 15 a 24 años consumieron marihuana durante el último año; en Estados Unidos, 10% de las personas que consumen marihuana lo hace a diario y 20-30% la consume semanalmente; en Brasil, el consumo en el último año alcanzó 2.5% en adultos y 3.5% en adolescentes, tasas que son similares a las de otros países latinoamericanos (OPS, 2018).

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [Encodat], 2016 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRF]; Secretaría de Salud [SS]; Comisión Nacional contra las Adicciones [Conadic]; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]), en México, el consumo de marihuana en población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de 6% en 2011 a 8.6% en 2016. En nuestro país, el consumo de marihuana se ha incrementado considerablemente: en población rural y urbana de 12 a 17 años, el consumo de marihuana alguna vez en la vida ha aumentado entre los años 2011 y 2016 de 2.4 a 5.3%, respectivamente. La prevalencia global tanto en hombres (3.5 a 5.8%) como en mujeres (1.3 a 4.8%) se ha visto fuertemente incrementada, así como el consumo durante el último año (hombres 1.3 a 2.6% y mujeres 0.6 a 2.1%), según la Encodat (INPRF et al., 2017).

La Comisión Nacional Contra las Adicciones (Conadic, 2019) menciona que la edad promedio de inicio del consumo de marihuana es de 17.8 años, con una reducción en la edad de inicio a partir de los 10 y 11 años. La Encodat 2017 refiere además que se ha observado un incremento en el consumo de marihuana duplicado entre los menores de edad representado por 5.3% de los jóvenes entre 12 y 17 años que la han probado, mientras que en 2011 sólo 2.4% lo había hecho (Conadic, 2019; INPRF et al., 2017).

En la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (Encode) (INPRF et al., 2014) se reporta que la marihuana es la droga más consumida entre los adolescentes. Por nivel educativo, el consumo se triplicó de secundaria a bachillerato (de 6.1 a 18.1%), generando costos al sistema de salud por 1,309 millones de pesos para 2018 (INPRF et al., 2017).

Los Centros de Integración Juvenil (CIJ) de Zacatecas reportan que la droga ilícita de mayor consumo entre los pacientes de primer ingreso a tratamiento en el estado es marihuana (89.5%), observándose un incremento de 15% en su consumo de 2008 a 2018. Los principales grupos de edad al inicio del consumo de drogas ilícitas en Zacatecas son de 10 a 14 años (45.2%), 15 a 19 (46.0%), 20 a 24 (6.5%) y en menor porcentaje de 25 a 29 años (1.6%).

Al respecto, el gobierno mexicano ha promovido una serie de eventos en el ámbito legislativo y de salud en donde se discuten las consecuencias sobre el uso y consumo de marihuana, tal es el caso del debate que generó el gobierno federal a través de la Secretaría de Gobernación (Segob) y la Secretaría de Salud (SS), el cual ha provocado una serie de propuestas para legalizar el consumo de marihuana (Segob, 2018).

El 21 de abril de 2016 se asentó la aprobación del aumento de cantidad de 5 a 28 gramos como dosis máxima personal para posesión y traslado de marihuana, así como la aprobación del uso de la sustancia para la investigación científica y con fines medicinales. Asimismo, debemos mencionar el caso que atrajo la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) en noviembre de 2015, a partir del cual otorgó un amparo federal de autorización a cuatro personas para cultivar, poseer, transportar y consumir marihuana con fines lúdicos o recreativos (Amaro, 2019; Segob, 2018).

Con base en lo anterior, es importante conocer si estas situaciones son percibidas por los adolescentes, ya que es probable que la percepción del riesgo hacia la salud física, psicológica y psicosocial disminuya debido a las creencias que se puedan generar. La conducta de los individuos está regulada, en gran parte, por su sistema de creencias; el ambiente familiar y cultural es el que aporta los contenidos cognitivos que todo niño y adolescente asume como creencias propias, filosofías de vida, esquemas cognitivos, por mencionar unos ejemplos (Galván et al., 2017).

Una de las posturas para estudiar las creencias sobre el consumo de marihuana es la teoría de la conducta planeada (TCP) de Ajzen y Fishbein (1980), quienes plantean que el ser humano tiene la capacidad de procesar la información y deducir si ésta es positiva o negativa para sus intereses, relacionarla con los hechos y considerar en qué puede afectar o ayudar a las acciones que repercutirán sobre su cuerpo y entorno; además, las personas tienen la capacidad de razonar oportunamente y elegir, a libre albedrío, cualquier conducta que consideren buena o mala para sus intereses, tal como ocurre con las creencias que tienen los adolescentes sobre el consumo de marihuana; el entorno en el que viven es determinante para creer que su consumo es bueno o promover la baja percepción del riesgo que tiene en su salud.

En diferentes estudios analizados en los niveles nacional e internacional, distintos investigadores han observado diferencias en el consumo de marihuana de acuerdo con el sexo, la edad y el año de estudio que cursa el adolescente (Amaro, 2019; Calderón, 2019; Galván et al., 2017; Holm et al., 2015; Knight, 2018).

Las creencias sobre el consumo de marihuana en adolescentes han sido estudiadas en países como España, Colombia, Chile, Dinamarca, Argentina y México (Nuevo León); los autores refieren que las creencias difieren entre el sexo, edad, año escolar que cursa el adolescente y entre consumidores y no consumidores de marihuana (Amaro, 2019; Calderón, 2019; Galván et al., 2017; Holm et al., 2015; Knight, 2018).

En razón de lo expuesto, se consideró importante realizar el presente estudio con el propósito de conocer las creencias sobre el consumo de marihuana en adolescentes e identificar la relación de éstas

con la conducta de consumo, por lo que se espera que los resultados que se presentan contribuyan a la realización de nuevas investigaciones en el área de la salud para la disciplina de enfermería, ya que en el estado de Zacatecas no se cuenta con antecedentes sobre una investigación de creencias en el consumo de marihuana.

El aporte del trabajo hacia la Ciencia de la Enfermería será contribuir a disminuir las creencias erróneas sobre el consumo de marihuana entre los adolescentes, con el propósito de brindar mayor conocimiento y comprensión del concepto de creencias sobre el consumo de marihuana en población mexicana.

Objetivo general

Establecer la relación que existe entre las creencias sobre el consumo de marihuana y el consumo de marihuana que presentan los adolescentes.

Objetivos específicos

Determinar las creencias sobre el consumo de marihuana que tiene el adolescente.

Describir la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de marihuana en adolescentes.

Hipótesis

Las creencias negativas sobre el consumo de marihuana se presentan mayormente en adolescentes de menor edad, en comparación con los de mayor edad.

Material y métodos

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional, la población muestra estuvo conformada por 1,354 estudiantes de educación media pública ubicada en Zacatecas, Zacatecas; se utilizó un muestreo a disponibilidad (Grove y Gray, 2019), en una muestra de $n= 153$ estudiantes.

Para medir las variables de estudio se utilizó, en primera instancia, una cédula de datos personales y prevalencia del consumo de marihuana que indaga datos sociodemográficos como sexo, edad, año escolar que cursa, estado civil y la ocupación actual del adolescente. Para medir la variable de prevalencia del consumo de marihuana, inicialmente se realizó una pregunta filtro para detectar si el adolescente ha consumido marihuana alguna vez en su vida, así como la edad de inicio; posteriormente, se abordaron los tipos de prevalencia global, láp-sica, actual e instantánea y el periodo de consumo (cada tres meses, cada dos meses, cada mes, cada quince días, una vez por semana, dos veces por semana, tres veces por semana o más), así como la cantidad de consumo medida en cigarrillos de marihuana (inhaladas de cigarrillo, medio cigarrillo, un cigarrillo, dos, tres o más).

Para medir la variable de creencias que tienen los adolescentes sobre el consumo de marihuana, se utilizó el cuestionario elaborado por Galván et al. (2016), titulado “Creencias acerca de la marihuana, su uso y sus consecuencias”; aunque el instrumento no cuenta con escalas, los 22 reactivos que lo integran se analizaron y clasificaron indagando sobre los beneficios y daños a la salud, efectos, peligro, pureza, potencia y dependencia de la marihuana, consecuencias legales, académicas, familiares, sociales y de pareja.

Para este estudio, se integró una escala tipo Likert donde las opciones de respuesta fueron: 1. Totalmente en desacuerdo; 2. En desacuerdo, 3. Indeciso o inseguro, 4. De acuerdo, y 5. Totalmente de acuerdo, de tal manera que la suma en el puntaje mínimo obtenido es de 22 y el puntaje máximo obtenido es 110, lo cual significa que a mayor puntaje, mayores creencias negativas sobre el consumo de marihuana. Los reactivos 4, 10, 14, 15, 16, 17 y 19 se encontraron planteados en dirección inversa, de manera que sus respuestas se calificaron como 5. Totalmente en desacuerdo, 4. En desacuerdo, 3. Indeciso o inseguro, 2. De acuerdo, 1. Totalmente de acuerdo. El puntaje obtenido se interpreta de la siguiente forma: de 22 a 52 puntos la percepción de riesgo es baja, de 53 a 82 puntos la percepción de riesgo es media y de 83 a 110 puntos la percepción de riesgo es alta.

El estudio se apejó a lo estipulado por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). Además, se contó con el dictamen favorable

del Comité de Ética en Investigación de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas con folio 013/CEI-UAE-UAZ/2021. Una vez aprobado, se solicitó permiso a las autoridades de la escuela para la aplicación de los instrumentos de medición. Se utilizó un muestreo a disponibilidad, en donde se abordó a los estudiantes por medio de la plataforma Google Meet y Formularios Google; a quienes aceptaron, se les proporcionó un Asentimiento Informado y un Consentimiento Informado para el Padre o Tutor del adolescente. Posteriormente, se enviaron los cuestionarios auto aplicables y se explicaron las instrucciones de manera grupal, haciéndoles ver la importancia de que sus respuestas fueran lo más apegadas a su realidad, asimismo, se les recordó que su participación era completamente anónima, confidencial y sin ninguna repercusión a nivel académico ni personal.

Por último, se impartió un taller por medio de Google Meet con material didáctico titulado “La Marihuana, su uso y sus consecuencias”, el cual tuvo una duración de 50 minutos y cuyo objetivo era que los adolescentes obtuvieran conocimiento actual sobre las consecuencias a corto y largo plazos que conlleva el consumo de marihuana en población adolescente.

Los datos se analizaron en el paquete estadístico SPSS versión 26.0 para Windows.

Se determinó la consistencia interna del instrumento a través del coeficiente alfa de Cronbach, posteriormente, se utilizó estadística descriptiva para obtener frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central, de variabilidad y posicionamiento. Se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, y se encontró que las variables no presentaron distribución normal, por lo que se decidió el uso de la estadística paramétrica a través del coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

De acuerdo con los datos sociodemográficos de los participantes, 48.4% de los adolescentes tiene 15 años, 51.0% corresponde al género femenino, 51.6% cursa el tercer año de secundaria; 5.9% de los adolescentes, además de estudiar, cuenta con un trabajo (5.9% se

desempeña como empleado de mostrador). Además, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89 del Cuestionario creencias acerca del *cannabis*, su uso y sus consecuencias, considerada una consistencia interna aceptable (Grove y Gray, 2019).

Con base en las creencias que tienen los adolescentes sobre las consecuencias a la salud por consumo de marihuana, 81.7% está de acuerdo y totalmente de acuerdo en que el consumo de marihuana daña la memoria, sin embargo, 7.8% está indeciso o inseguro respecto a esta creencia; 84.3% se muestra de acuerdo con que el consumo de marihuana deteriora las funciones cognitivas y 6.5% refiere estar inseguro sobre ello. En cuanto a las creencias sobre la potencia de la droga, 4.6% de los adolescentes refiere que la marihuana que se vende en la calle siempre es pura, pero 30.7% está indeciso sobre esta creencia; 48.4% está en desacuerdo y 18.3% de acuerdo en que la marihuana es menos dañina que el alcohol y el tabaco, sin embargo, 11.8% está indeciso sobre esta afirmación.

En el interrogatorio de las creencias sobre las consecuencias legales, 91.6% de los adolescentes se muestra totalmente de acuerdo en que el consumo de marihuana los puede llevar a tener problemas legales; 45.7% piensa que la marihuana tiene efectos medicinales; 58.8% de los estudiantes indica estar en desacuerdo en que la marihuana se utiliza para curar enfermedades mentales. Sobre los efectos académicos que acarrea el consumo de marihuana, 82.4% se muestra de acuerdo y totalmente de acuerdo en que el uso frecuente de la sustancia puede afectar su rendimiento académico.

En lo que concierne al consumo de marihuana, 10.5%, *IC* 95% [1.85 - 1.94] de los adolescentes han consumido marihuana alguna vez en su vida, 6.5%, *IC* 95% [1.90 - 1.97] refiere haber consumido marihuana en el último año, 2.6%, *IC* 95% [1.95 - 2.00] consumió en el último mes, y 1.3%, *IC* 95% [1.97 - 2.01] consumió marihuana en la última semana. En cuanto a la frecuencia, 1.6% refirió haber consumido marihuana cada año, 0.64% consume cada mes, 0.16 consume marihuana una o dos veces por semana. Con respecto a la cantidad de consumo, 5.9% de los consumidores refirió ingerir medio cigarro de marihuana por ocasión, 3.3% consume un cigarro por ocasión, 1.3% le da algunas fumadas al cigarro de marihuana por ocasión. La edad de inicio al consumo de marihuana es de 14.06 años (*DE* = 1.28).

Con base en la relación que existe entre las creencias sobre el consumo de marihuana y el consumo de marihuana que presentan los adolescentes, se encontró una relación negativa y significativa de las creencias sobre el consumo de marihuana con la edad de inicio al consumo ($r_s = -.635, p = .000$), frecuencia ($r_s = -.633, p = .000$) y cantidad del consumo de marihuana por ocasión ($r_s = -.623, p = .000$), lo que indica que a menor edad, frecuencia y cantidad de consumo, mayores creencias negativas sobre el consumo de marihuana. Además, se presentó relación positiva y significativa de la edad de inicio al consumo de marihuana con la frecuencia ($r_s = .974, p = .000$) y cantidad de consumo ($r_s = .960, p = .000$), lo que significa que a mayor edad de inicio al consumo de marihuana, mayor frecuencia y cantidad de consumo. Finalmente, se observa una relación positiva y significativa entre la frecuencia y la cantidad del consumo de marihuana ($r_s = .900, p = .000$), que indica que a mayor frecuencia de consumo de marihuana, es mayor la cantidad del consumo por ocasión entre adolescentes.

Discusión

Según las creencias sobre las consecuencias a la salud por consumo de marihuana, un alto porcentaje de adolescentes se mostró en desacuerdo con que fumar cigarrillos (tabaco) afecta más a los pulmones que fumar marihuana (47.7%). Estos resultados son similares a lo reportado por Galván et al. (2016; 2017), quienes indican que los adolescentes que no consumen marihuana presentan mayores creencias negativas sobre el daño de la marihuana en el organismo.

En cuanto a las creencias que abordan la potencia de la marihuana, los adolescentes se muestran de acuerdo en que los traficantes de drogas mejoran la potencia de la marihuana para que sus efectos sean más fuertes y que la marihuana que se vende en la calle siempre es pura (63.4%); por su parte, Galván et al. (2016) reportan que tales creencias se presentan en mayor proporción entre adolescentes consumidores de marihuana. Según informes científicos, la concentración de TCH en la droga ha ido aumentando durante los últimos diez años, debido a la innovación tecnológica y avances del cultivo (NIDA, 2015).

Respecto a las creencias sobre los efectos terapéuticos, la mayoría de los adolescentes se muestra de acuerdo en que la marihuana tiene efectos medicinales (45.7%), por su parte, Galván et al. (2016) indican que dichas creencias se presentan principalmente en adolescentes consumidores de marihuana. Actualmente, estudios informan que la marihuana contiene sustancias químicas que al ser sintetizadas son útiles para tratar afecciones como náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia en pacientes con cáncer, para incrementar el apetito en pacientes con sida, reducir dolor neuropático en esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson (NIDA, 2017).

En lo que refiere a las prevalencias sobre el consumo de marihuana en adolescentes, 10.5% consumieron marihuana alguna vez en la vida, 6.5% consumieron marihuana en el último año, 2.6% durante el último mes, y de ellos, 1.3% consumieron marihuana durante los últimos siete días, con una edad de inicio a los 14 años; lo anterior es más bajo que lo reportado por la Encode (INPRF et al., 2014), donde se encontró la prevalencia de consumo de marihuana de alguna vez en la vida de 18.1%. Lo anterior puede ser debido a que cuando se analiza este fenómeno en muestras más específicas y concentradas o cautivas, como los estudiantes de preparatoria, los datos suelen ser más altos.

En cuanto a la relación entre las creencias sobre el consumo de marihuana y el consumo de marihuana, se encontró relación negativa y significativa con las creencias sobre el consumo de marihuana con la edad de inicio al consumo y cantidad del consumo de marihuana por ocasión, esto coincide con los hallazgos de González y Londoño (2017) respecto a que, a menor edad de inicio al consumo de marihuana, mayor percepción de riesgo sobre el consumo de marihuana, y a menor frecuencia de consumo de marihuana, mayores creencias sobre el riesgo de consumo de marihuana.

Conclusiones

Con base en los resultados del presente estudio, se puede concluir que la mitad de los participantes corresponde al sexo femenino (51.0%), tiene una edad promedio de 15 años, cursa el tercer año de secundaria (51.6%), y 5.9% de los adolescentes, además de estudiar, cuenta

con un trabajo, de los cuales 5.9% se desempeña como empleado de mostrador.

La edad media al inicio al consumo de marihuana fue de 14.06 años, presentando una prevalencia global de 10.5%, lápsica de 6.5%, actual de 2.6%, e instantánea de 1.3%. Se puede concluir que los adolescentes presentan más altas creencias negativas sobre el consumo de marihuana. Respecto a la relación que existe entre las creencias sobre el consumo de marihuana y el consumo de marihuana que presentan los adolescentes se concluye que, a menor edad, frecuencia y cantidad de consumo, mayores creencias negativas sobre el consumo de marihuana.

Referencias

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Undersatanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.
- Amaro V., T. (2019). *Creencias sobre el consumo de alcohol y marihuana en adolescentes*. [Tesis de Maestría] Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Calderón, L. E. (2019). *Creencias sobre el consumo de marihuana en adolescentes*. [Tesis de Maestría] Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2019). *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*. <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-las-drogas-en-mexico-y-su-atencion-integral-2019?state=published>
- Dörr, A., Gorostegui, M. E., Viani, S. y Dörr, M. P. (2009). Adolescentes consumidores de marihuana: implicaciones para la familia y la escuela. *Salud Mental*, 32(4), 269-278. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400002
- Galván, G., Guerrero-Martelo, M. y Vázquez de la Hoz, F. (2017). *Cannabis: una ilusión cognitiva*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2), 95-102.
- Galván, G., Sánchez-Carballo, A., Gómez-Morales, I., Humánez-Julio, O., Guerrero-Martelo, M. y Vásquez, F. (2016). Sistema

de creencias en relación al *cannabis*, su uso y consecuencias: consumidores versus no consumidores de una población de universitarios colombianos. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 27, 434-442.

González, K. L. y Londoño, P. C. (2017). Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes. *Psicología y Salud*, 27(2), 141-153. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2530>

Grove, S. K. y Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (7a. Ed.). Elsevier.

Holm, S., Tolstrup, J., Thylstruo, B. y Hesse, M. (2015). Neutralization and glorification: *Cannabis* culture-related beliefs predict *cannabis* use initiation. *Drugs*, 23(1), 48-53. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09687637.2015.1087967?journalCode=idep20>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2014). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014* [Encode]. <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/documentos/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-en-estudiantes-2014-encode>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco* [Encodat]. INPRFM. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Salud Pública. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco* [Encodat]. <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

- Knight, L. (2018). *Consumo de marihuana: percepción de riesgo en adolescentes*. [Tesis] Universidad Católica Argentina. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/500>
- National Institute on Drug Abuse. (2015). *Hechos sobre la marihuana para adolescentes*. (NIDA. Serie de reportes de investigación). https://nida.nih.gov/sites/default/files/2000-hechos-sobre-la-marihuana-para-adolescentes_1.pdf
- National Institute on Drug Abuse. (2017). *Hechos sobre la marihuana para adolescentes. Algunas cosas para pensar*. (NIDA. Serie de reportes de investigación). <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/hechos-sobre-la-marihuana-para-adolescentes/algunas-cosas-para-pensar>
- National Institute on Drug Abuse. (2019). *¿Qué es la marihuana?* (NIDA. Serie de reportes de investigación). <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-marihuana/que-es-la-marihuana>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Efectos sociales y de salud para el consumo de *cannabis* sin fines médicos. *Cannabis*, 68.
- Secretaría de Gobernación. (2018). *Debate nacional sobre el uso de marihuana*. <https://www.gob.mx/debatemarihuana>
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P. Ana De la Fuente-Martín, A. y Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Med Int Méx.*, 34(2), 264-277.

Felicidad y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería

Vidales-Jara, Maricruz^{1}*
Ortega-Gómez, Verónica¹
Calderón-Botello, Liliana Elizabeth¹
Delgadillo-Legaspi, Luz Ma.¹

RESUMEN

Introducción: El consumo de alcohol y tabaco involucra aspectos legales, de salud pública, psicológica y social por los altos costos en salud y calidad de vida resultantes de su consumo y abuso, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud. La felicidad auténtica sería el grado en el que la persona posee un estado de ánimo positivo, considera que obtiene logros importantes y gratificantes y le encuentra sentido a su vida. **Objetivo:** Identificar la relación entre la felicidad y el consumo de alcohol y tabaco, así como los niveles de felicidad; conocer los patrones del consumo de alcohol y tabaco. **Metodología:** Estudio descriptivo, correlacional; se aplicó un cuestionario vía Google Forms a 1,385 estudiantes obteniendo una muestra por conglomerados de 415 estudiantes de enfermería en una universidad pública de Zacatecas. Se utilizó una cédula de datos personales, la escala de felicidad de Alarcón (AUDIT). Test de Fagerström. El estudio se realiza en apego a lo dispuesto en la Ley General de Salud, fue aprobado por comités de Ética en Investigación y de Investigación de la UAE/UAZ. **Resultados:** La Escala de Felicidad obtuvo alfa de .864, AUDIT alfa de .844. Edad de la muestra: 18 a 21 años; el sexo femenino predomina con 84.2%, pertenece al tercer semestre 25.8% de la muestra. Los estudiantes refieren una media felicidad (37.6%), baja felicidad (10.6%) y muy baja felicidad (15.9%). En cuanto a los patrones de consumo de alcohol, 47.2% presenta consumo sensato, y 94.5% un consumo de no

¹ Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas.

* Contacto: maricruz.vidales@uaz.edu.mx

dependencia al tabaco. Se obtuvo una relación negativa, pero significativa de la felicidad con el AUDIT, y edad de inicio de consumo de tabaco, consumo dependiente y consumo dañino ($p < .05$). **Conclusiones:** A mayor felicidad, menor consumo de alcohol y tabaco dependiente y dañino.

Palabras clave: felicidad, alcohol, tabaco

ABSTRACT

Introduction: The consumption of alcohol and tobacco involves legal, public health, psychological and social aspects, due to high health costs, in quality of life resulting from consumption and abuse, according to the Pan American Health Organization. Authentic happiness would be the degree to which the person has a positive state of mind, considers that he or she obtains important and rewarding achievements, and finds meaning in his or her life. **Objective:** Identify the relationship between happiness and the consumption of alcohol and tobacco, identify levels of happiness, know the patterns of alcohol and tobacco consumption. **Methodology:** Descriptive, correlational study, a questionnaire was applied in google forms, in 1385 students obtaining a conglomerate sample of 415 nursing students at the Public University of Zacatecas. A personal data card, Alarcón Happiness Scale, AUDIT. Was used. Fagerström test. It adhered to the provisions of the General Health Law. Approved by the Research Ethics and Research Committees of the UAE/UAZ. **Results:** The Happiness Scale obtained alpha of .864, AUDIT alpha of .844. Age: 18 to 21 years old, regarding sex: female predominates with 84.2%, 25.8% belong to the third semester. Regarding happiness, the students refer to a Medium happiness of 37.6%, 10.6% Low happiness, 15.9% consider to have very low happiness. Regarding the patterns of alcohol consumption, 47.2% present sensible consumption; and 94.5% a consumption of non-dependence on tobacco. A negative but significant relationship was obtained between happiness with the AUDIT, and age of onset of tobacco use, dependent use, and harmful use ($p < .05$) **Conclusions:** The greater the happiness, the lower the consumption of alcohol and tobacco, dependent and harmful. **Keywords:** happiness, alcohol, tobacco

Introducción

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población en todo el mundo y

tiene una repercusión directa sobre muchas de las metas relacionadas con la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluidas las de la salud materno infantil, las enfermedades infecciosas (infección por el VIH, hepatitis virales, tuberculosis), las enfermedades no transmisibles, la salud mental, los traumatismos y las intoxicaciones. A menudo, el alcohol se consume antes, junto con o después de otras sustancias psicoactivas. La comorbilidad de la dependencia del alcohol y el tabaco es elevada y está bien documentada. El *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) refiere que el consumo de alcohol en América es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial. En general, la población en el continente consume alcohol en un patrón que es peligroso para la salud. El consumo nocivo de alcohol es el principal factor de riesgo para las muertes en varones de 15 a 49 años, aunque la evidencia muestra que las mujeres son más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol. Las personas de bajo nivel socioeconómico son más vulnerables a las consecuencias negativas del consumo nocivo. En 2016, el uso nocivo del alcohol provocó unas 3 millones de muertes (5.3% de todos los decesos) en el mundo y 132.6 millones de años de vida ajustados por discapacidad [AVAD], es decir, 5.1% de todos los AVAD en ese año.

En lo que respecta al consumo de tabaco, éste representa un factor significativo en la tasa de morbilidad general; la carga estimada atribuible es de 59 millones de AVAD por consumo de tabaco en el mundo, debido a sus consecuencias negativas para la salud, como el cáncer de pulmón, entre muchas otras implicaciones. Tras revisar alguna literatura sobre el consumo de drogas y su vinculación con el profesional de enfermería, se encontró que los estudiantes de enfermería enfrentan diversas situaciones en el contexto académico y clínico que pueden provocar estrés, irritabilidad, ansiedad, cansancio y cambios en los patrones de sueño, los cuales son factores de riesgo que propician el consumo de tabaco y otras drogas como una forma de disminuir estados emocionales negativos, situación que también refleja la falta de mecanismos positivos de afrontamiento ante estas situaciones (Telumbre et al., 2016).

Algunos autores refieren que la felicidad surge no sólo de la experimentación de bienestar, sino también de la idea de estar haciendo bien las cosas, que se considera como un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien deseado. Por tanto, la felicidad auténtica sería el grado en el que la persona posee un estado de ánimo positivo, considera que obtiene logros importantes y gratificantes y le encuentra sentido a su vida (López et al., 2020).

En México, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat, 2016-2017) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRF] et al., 2017), el mayor problema del consumo de alcohol es el patrón de grandes cantidades por ocasión; la encuesta refiere que 71.3% de la población consumió alcohol alguna vez en la vida, se consumen en promedio 8.7 copas por ocasión, la edad de inicio reportada fue de 17.9 años en promedio, y para el estado de Zacatecas se presenta un consumo excesivo en el último año de 33.6%, lo que representa un consumo per cápita de 9.4 litros de alcohol.

En su reporte de tabaco, la Encodat (2016-2017) refiere que 17.6% de la población de 12 a 65 años consume tabaco actualmente. Son fumadores 8.7% de mujeres y 27.1% de hombres. En promedio, 6.4% fuma diariamente un promedio de 7.4 cigarrillos. La edad de inicio en el consumo es de 19.3 años. Respecto a los resultados reportados para Zacatecas, 18.0% de la población fuma actualmente (6.6% mujeres, 30.5% hombres) 7.5 cigarrillos promedio al día, con una edad de inicio de 21.9 años para mujeres y 18.0 años para hombres. Los estudiantes de enfermería son una población vulnerable para el consumo de alcohol y otras drogas, ya que se consideran los futuros promotores de la salud. Cuando un estudiante es consumidor, dicha conducta puede tener consecuencias académicas negativas como la reprobación y deserción escolar, aunado a los efectos sobre la salud.

La felicidad se ha vinculado con numerosos resultados positivos en la vida y en la conducta paralela del éxito personal. Estudios previos en salud han demostrado que la felicidad es un elemento predictor para los estilos de vida saludables que inciden en la reducción de los riesgos para el desarrollo de enfermedades, entre estos, el consumo de sustancias nocivas para la salud. A nivel nacional, son

pocos los estudios que tratan sobre la felicidad, y en el estado, éste es el primer estudio que integra la variable de la felicidad haciendo referencia al contexto del consumo de alcohol y tabaco, por tanto, es de interés realizar estudios a nivel local que permitan suministrar información sobre la felicidad y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en población estudiantil de licenciatura en Enfermería, ya que se ha observado que el consumo en estos estudiantes va en aumento, por lo que se busca indagar cómo se relacionan estas variables. Por lo anteriormente descrito, surge la pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre la felicidad y el consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes de licenciatura en Enfermería? Los resultados servirán para mejorar la toma de decisiones en intervenciones educativas para disminuir el consumo de sustancias.

Método

La investigación se realizó mediante un diseño descriptivo y correlacional, aplicado vía Google Forms; la población estuvo conformada por 1,387 estudiantes de los diferentes semestres que conforman la licenciatura en Enfermería de una universidad pública en Zacatecas; la muestra quedó integrada por 415 estudiantes mediante un muestreo no probabilístico a disponibilidad (Polit y Tatano, 2018).

Los instrumentos utilizados fueron una cédula de datos personales (CDP) donde se indaga edad, sexo y semestre, edad de inicio, cantidad de copas y cigarrillos consumidos en un día típico. Para medir la felicidad en los estudiantes de Enfermería, se aplicó la Escala de Felicidad desarrollada por Alarcón (2006). Toribio et al. (2012) validaron el instrumento en adolescentes mexicanos, obteniendo una varianza de 50.3 y un alfa de 0.91. López et al. (2017) obtuvieron una alfa deseable (.91) en población de estudiantes universitarios de Enfermería.

El instrumento consta de 26 reactivos construidos en una escala tipo Likert con cinco alternativas de respuestas. Éste reporta cuatro dimensiones, cada una con sus respectivos reactivos. Tiene un valor mínimo de 26 y máximo de 130, donde los puntajes más altos indican reacciones positivas hacia la felicidad. De acuerdo con el puntaje

total, se divide en cinco niveles de felicidad: 26 a 87: muy baja felicidad, 88 a 95: baja felicidad, 96 a 110: media felicidad, 111 a 118: alta felicidad y 119 a 130: muy alta felicidad.

Para medir los patrones de consumo de alcohol, se utilizó el cuestionario de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) de De la Fuente y Kershenobich (1992). Consta de diez reactivos que evalúan el uso de alcohol durante los últimos 12 meses y sus consecuencias, y se distribuye en tres dominios: (1) los reactivos 1 a 3 determinan la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol o consumo sensato; (2) los reactivos 4 a 6 exploran la posibilidad de que exista dependencia al alcohol, y (3) los reactivos 7 a 10 exploran el consumo dañino de alcohol. La posible puntuación en esta prueba oscila entre 0 y 40 puntos. Si se obtiene un valor de 1 a 3, se considera un consumo sin riesgo (sensato), si se obtienen de 4 a 7 puntos se asume que el sujeto evaluado presenta problemas con el consumo de alcohol (dependencia), y si se registran de 8 a 40 puntos se considera que el sujeto presenta un consumo con riesgo elevado o dañino. Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en México y en Zacatecas por Vidales-Jara et al. (2020) reportando alfas aceptables superiores a 0.80.

Para medir la adicción a la nicotina, se aplicó el Test de Fagerström, conformado por 6 ítems de los cuales 4 tienen una respuesta dicotómica y 2 respuestas tipo Likert de 0 a 3. El puntaje puede variar de 0 a 10 puntos según la frecuencia y cantidad del consumo de cigarrillos. Se consideró como punto de corte para diferenciar entre fumadores dependientes y no dependientes de la nicotina el valor de 6 puntos. El test fue creado en 1978 con la finalidad de discriminar a los fumadores eventuales de los dependientes a la nicotina.

Consideraciones éticas del estudio

La investigación se apegó a lo dispuesto en el Reglamento General en Materia de Investigación para la Salud, de la Ley General de Salud (Secretaría de Salud, 2014). Se obtuvo el dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación y del Comité de Investigación de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

Objetivo general

Identificar la relación entre la felicidad y el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de licenciatura en Enfermería.

Objetivos específicos

Identificar los niveles de felicidad, las prevalencias y patrones de consumo del AUDIT y los niveles de dependencia a la nicotina en los estudiantes de licenciatura en Enfermería.

Los resultados fueron analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22) versión para Windows.

Resultados

Con base en el perfil sociodemográfico y académico, se encontró que la edad de los participantes estuvo entre 18 y 31 años, la mayoría tiene entre 18 y 21 años; la mayor proporción por sexo corresponde a las mujeres (84.2%), 27.2% cursa primer semestre y 90.6% de los participantes son solteros.

Tabla 1. Niveles de felicidad de los estudiantes de la licenciatura en Enfermería

<i>Niveles</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Muy baja felicidad	66	15.9
Baja felicidad	44	10.6
Media felicidad	156	37.6
Alta felicidad	74	17.8
Muy alta felicidad	75	18.1

Nota: *f*= frecuencia; *%*= porcentaje; *n*= 415

Fuente: elaboración propia.

Para responder al objetivo específico 1, se encontró que la mayor proporción de los estudiantes se encuentran en media felicidad, sin embargo, también 15.9% de los participantes presenta una baja felicidad.

Tabla 2. Tipos de consumo de alcohol y tabaco

<i>Alcohol</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>Tabaco</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Consumo sensato	153	47.2	No dependencia	392	94.5
Consumo dependiente	94	29.0	Dependencia	23	5.5
Consumo dañino	77	23.8			

Nota: *f*= frecuencia; *%*= porcentaje; *n*= 415

Fuente: elaboración propia.

Para responder al objetivo específico que pretende identificar los patrones de consumo de alcohol, el consumo sensato fue el que se identificó con mayor proporción (47.2%), y el consumo dañino en menor proporción (23.8%). Respecto al tabaco, la mayoría de la muestra presentó no dependencia, frente a sólo 5.5% que presentó dependencia a la nicotina.

Tabla 3. Correlación de felicidad y consumo de alcohol y tabaco

<i>Correlación de variables</i>	<i>r^s</i>	<i>p</i>
1. Felicidad y consumo de alcohol AUDIT	-.158**	.001
2. Felicidad y consumo sensato	-.082	.094
3. Felicidad y consumo dependiente	-.156**	.001
4. Felicidad y consumo dañino	-.169**	.001
5. Felicidad y cantidad de copas	-.139**	.005
6. Felicidad y consumo de tabaco	-.042	.390
7. Felicidad y cantidad de cigarrros	-.059	.226
8. Felicidad y edad de inicio de consumo de tabaco	-.102	.037

Nota: *r^s*= correlación de Spearman; *p*= significancia

Fuente: elaboración propia.

Respecto al objetivo general, se encontró una relación negativa, pero significativa entre la felicidad y el consumo de alcohol ($r_s = -.158$, $p < .05$), asimismo, la felicidad y el consumo dependiente, dañino y la cantidad de copas mostraron relación negativa y significativa ($p < .05$); en lo referente al consumo de tabaco, se registró

relación negativa, pero significativa con la edad de inicio de consumo de tabaco ($rs = -.102$, $p = 0.37$).

Discusión

El presente estudio permitió comprobar estadísticamente la relación que existe entre la felicidad y el consumo de alcohol en una muestra de 415 estudiantes de Enfermería de una universidad pública en Zacatecas; se encontró que la edad media fue de 20.2 años, la edad de inicio de consumo de alcohol es de 15.3 años ($DE = 3.63$), la cantidad de copas consumidas en un día fue de 3.94, la sumatoria de felicidad arroja una media de 103.6, el consumo de alcohol respecto al AUDIT fue de una media de 5.38. De acuerdo con el test Fagertström, el consumo de tabaco tuvo una media de 0.889, la edad de inicio de consumo de tabaco fue de 8.24 años y la cantidad de cigarrillos consumidos en un día típico fue de 0.74. Resultados similares se pueden encontrar en otros estudios a nivel nacional (Encodat, 2016-2017), siendo el mayor referente respecto al análisis del consumo. Es importante señalar que en el presente estudio la población se integra con estudiantes universitarios, y en la Encodat el consumo se describe con población general, lo que se traduce en un mayor problema, puesto que los estudiantes son población vulnerable a presentar estilos de vida no saludables y requieren de atención inmediata por medio de intervenciones educativas para disminuir o limitar el consumo de estas sustancias.

En lo que concierne a los niveles de felicidad, se obtuvo que los participantes presentan un nivel medio de felicidad (37.6%), lo que resulta similar a los hallazgos de López, Morales y Rodríguez (2017) y Alvitez y Jaramillo (2021), en cuyos estudios la media de felicidad oscila entre 35 y 40% de los participantes. De igual forma, se presentaron niveles de baja felicidad y muy baja felicidad en los estudios de López y colaboradores (2020) en la ciudad de Puebla y en el estudio de Alvitez y Jaramillo en Perú (2021), sin embargo, estos resultados resaltan el hecho de que los estudiantes no se sienten felices, lo que hace evidente que se tienen que diseñar intervenciones específicas que incluyan variables externas como el éxito profesional y personal, la deseabilidad social concebida como esa necesidad que sienten

los estudiantes o jóvenes de conseguir aprobación social y aceptación de sus pares, y con la creencia de que ésta se puede obtener por medio de conductas culturalmente apropiadas y aceptables (Marlowe y Crowne, 1961).

Los patrones o tipos de consumo de alcohol y tabaco se presentan como sensato de alcohol y no dependencia a la nicotina (47.2 y 94.5%, respectivamente). Tales resultados son similares a lo reportado por López y cols. (2017) y Telumbre y cols. (2016), y difiere de los hallazgos de Parackal y Parackal (2016). Los resultados del presente estudio y de la literatura revisada son relevantes, ya que la característica de ser estudiantes de Enfermería maximiza la problemática, dado que los informantes serán, en un futuro próximo, profesionales del área de la salud que se enfrentarán a situaciones complicadas en la vida personal y profesional, puesto que, a pesar de ser un trabajador temporal, está sujeto a desgaste psicofísico por actividades académicas y por convivir con riesgos de tipo psicosocial, organizacional, ergonómico y físico en el ambiente laboral que deben considerarse como causas o efectos para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Se encontró una relación negativa, pero significativa de la felicidad con el consumo de alcohol (AUDIT), esto se puede interpretar en el sentido de que a menor felicidad, mayor consumo de alcohol ($r_s = -.158^{**} .001$), estos resultados coinciden con lo reportado por López y cols. (2017), Cable, Román y Kelly (2017), y Parackal y Parackal (2016), quienes en sus diferentes estudios refieren resultados similares: correlación negativa significativa de la felicidad con el consumo de alcohol. Respecto a la felicidad y la edad de inicio de consumo de tabaco, se encontró una relación negativa, pero significativa ($r^s = -.102, p = .037$), lo que puede expresarse como: a menor felicidad, menor es la edad de inicio de consumo de tabaco, puesto que se encontró que los estudiantes inician a consumir a edades muy tempranas (8 años). Palacios y Cañas (2010) informan que el consumo de tabaco está condicionado por un menor bienestar subjetivo, entendiendo a este constructo como sinónimo de la felicidad desde la perspectiva de la psicología positiva. Llinares (2019), en su estudio, reporta que los participantes presentan puntuaciones de felicidad inferiores y peor calidad de vida; cabe destacar que los informantes fueron personas drogodependientes y policonsumidores, lo que

coincide con lo reportado, ya que en ambos estudios se encontró dependencia al alcohol y tabaco, y en el estudio de Llinares todos los participantes consumían algún tipo de drogas, entre las que destacan los depresores del sistema nervioso central. Por otra parte, un estudio realizado en estudiantes universitarios de Reino Unido (Zhou et al., 2013) refiere que la felicidad es un factor predictor en el consumo.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio aportan información veraz y oportuna respecto al perfil de consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de licenciatura en Enfermería de Zacatecas, México. El estudio señala que el consumo de tabaco y alcohol está vinculado con elementos psicológicos y de deseabilidad social, por lo que la comprensión de estos permitirá entender la naturaleza del comportamiento adictivo en estudiantes universitarios.

Se considera que la felicidad en los diferentes ámbitos universitarios tiene efectos positivos en la salud, es decir, a mayor nivel de felicidad, es menor el consumo de alcohol y tabaco, sin embargo, los resultados del presente estudio demostraron que a menor felicidad, es mayor el consumo de alcohol o tabaco. Los hallazgos indican que se debe tener en cuenta el paso por la vida universitaria de estos jóvenes, ya que genera ansiedad, estrés, depresión y consumo de alcohol y tabaco.

Ante toda esta situación, se recomienda realizar intervenciones educativas de prevención de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes desde niveles más tempranos, así como dirigir educación a la familia para evitar la permisibilidad y normalización del consumo. Se sugiere incluir en futuros estudios otras variables, como la deseabilidad social.

Referencias

- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 44(1), 1-8.
- Alvitez Díaz, C. Y. y Jaramillo Carrión, C. C. (2021). *Felicidad y razones para vivir en estudiantes de psicología de una universidad*

- privada de Trujillo*. [Tesis] Universidad Privada Anterior Obregón. https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7204/1/REP_PSIC_CLAUDIA.ALVITEZ_FELICIDAD.RAZONES.VIVIR_ESTUDIANTES.PSICOLOG%C3%8DA.UNIVERSIDAD.PRIVADA.TRUJILLO.pdf
- Cable, N., Román Mella, M. F. y Kelly, Y. (2017). What could keep young people away from alcohol and cigarettes? Findings from the UK Household Longitudinal Study. *BMC Public Health*, 17(371). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4284-x>
- De la Fuente, J. y Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 35(2), 47-51. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74093>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y tabaco 2016-2017*. <https://www.gob.mx/salud/7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Llinares Masanet, Y. (2019). Felicidad y calidad de vida en el mundo de las drogodependencias. *Rev. Enfermería Integral*, 121, 63-68.
- López, J. A., Morales, F. A. y Rodríguez, A. L. (2017). Dimensiones de la felicidad y su relación con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes universitarios de Enfermería. *Nure Inv.*, 14(90).
- López Walle, J., Tristán, J., Tomás, I., Gallegos Guajardo, J., Góngora, E. y Hernández Pozo, R. (2020). Estrés percibido y felicidad auténtica a través del nivel de actividad física en jóvenes universitarios. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 20(2), 265-275. <https://doi.org/10.6018/cpd.358601>
- Marlowe, D. y Crowne, D. P. (1961). Social desirability and response to perceived situational demands. *Journal of Consulting Psychology*, 254, 109-115. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0041627>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe sobre la situación mundial del*

- alcohol y la salud 2018*. <https://www.paho.org/es/documentos/informe-sobre-situacion-mundial-alcohol-salud-2018-resumen>
- Palacios Delgado, J. R. y Cañas Martínez, J. L. (2010). Características psicosociales asociadas al consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes de Chiapas. *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 27-36. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915921004>
- Parackal, M. y Parackal, S. (2016). Implicación del consumo de alcohol en el bienestar general. *Perspectivas en Salud Pública*, 137(4), 220-226.
- Polit, D. F. y Tatano, B. Ch. (2018). *Investigación en enfermería: fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería* (9a. Ed.). Wolters Kluwer.
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Telumbre Terrero, J. Y., Esparza Almanza, S. E., Alonso Castillo, B. A. y Alonso Castillo, M. T. L. (2016). Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 30, 1-16.
- Toribio Pérez, L., González Arratia, N. I., Valdez Medina, J. L., González Escobar, S. y Van Barnevel, H. O. (2012). Validación de la Escala de Felicidad de Alarcón para adolescentes mexicanos. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 71-79. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133924623008>
- Vidales-Jara, M., Delgadillo-Legaspi, L. M., Calderón-Botello, L. E., Ortega-Gámez, V., Casillas-de Lara, G. y Juárez-García, V. M. (2020). Relación entre el estrés de conciencia y el consumo de alcohol y tabaco en personal de Enfermería. *Revista Enfermería Innovación y Ciencia*, 1(1).
- Zhou, J., O'Brien, K. S. y Heim, D. (2013). Alcohol consumption in sportspeople: the role of social cohesion, identity and happiness. *International Review for the Sociology of Sport*, 17, 1-16. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1012690213493105>

Efectos terapéuticos de los cannabinoides THC y CBD de la *Cannabis sativa* en algunas patologías

Olarte-Saucedo, Maricela^{1}*

Hernández-Salas, Claudia¹

Moreno-Longoria, Julieta¹

Flores-Treviño, Nora Elia¹

Meza-Lamas, Esteban¹

RESUMEN

Introducción: La *Cannabis sativa* es una planta herbácea anual con múltiples usos como aplicaciones textiles, alimenticias y medicinales. China e India fueron las primeras en utilizarla con fines terapéuticos. A México llegó en la época de la Colonia, utilizada principalmente para la obtención de fibras textiles. Esta planta, también conocida como marihuana, es la droga ilegal que más se consume a nivel mundial. Contiene sustancias activas llamadas cannabinoides que tienen como función tratar algunos padecimientos como el cáncer, epilepsia, esclerosis múltiple, entre otras enfermedades, debido a que posee propiedades terapéuticas. Gracias a sus efectos farmacológicos se ha podido lograr su legalización en algunos países, e incluso se comercializa en algunos medicamentos que se han puesto a la venta pública. **Objetivo:** Revisar los efectos terapéuticos de los cannabinoides THC y CBD de la *Cannabis sativa* en algunas patologías. **Método de estudio:** Se hizo una revisión bibliográfica en los buscadores más importantes y actualizados (PubMed/MEDLINE, Science, Google Académico, entre otros). **Resultados:** De los 400 componentes químicos presentes en esta planta, aproximadamente 100 son cannabinoides, de los cuales los más estudiados han sido el THC y el CBD, dado que en investigaciones científicas han tenido gran éxito en el tratamiento de varios padecimientos, en especial el

¹ Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas.

* Contacto: olarte61@hotmail.com

CBD, ya que a diferencia del THC no es psicotrópico, por lo que se le ha considerado con mayor valor farmacológico. **Conclusión:** La *Cannabis sativa*, en su forma terapéutica, ha dado buenos resultados en el tratamiento de varios padecimientos, por lo que se espera la inclusión en México de variadas formas farmacéuticas que contengan el principio activo de esta planta para dicho fin.

Palabras clave: *Cannabis sativa*, efectos terapéuticos, THC y CBD

ABSTRACT

Introduction: Cannabis sativa is an annual herbaceous plant, with multiple uses such as textile, food and medicinal applications. China and India were the first to use it for therapeutic purposes. It arrived in Mexico at the time of the Colony, where it was used mainly to obtain textile fibers. This plant, also known as marijuana, is the illegal drug that is most consumed worldwide. It contains active substances called cannabinoids, whose function is to treat some conditions such as cancer, epilepsy, multiple sclerosis, among other diseases, due to their therapeutic properties. Thanks to its pharmacological effect, its legalization has been achieved in some countries, and it is even marketed in some medicines that have been put up for public sale. **Objective:** To review the therapeutic effects of the cannabinoids THC and CBD from *Cannabis sativa* in some pathologies. Study method: A literature review was carried out in the most important and up-to-date search engines (PubMed/MEDLINE, Science, Google Scholar, etc.). **Results:** Of the 400 chemical components of this plant, approximately 100 are cannabinoids, of which the most studied have been THC and CBD, because it is known through scientific research that they have been highly successful in the treatment of various ailments, especially the CBD, since unlike THC it is not psychotropic, which is why it has been considered to have more pharmacological value. **Conclusion:** Cannabis sativa in its therapeutic form has been seen to have given good results in several ailments, so the inclusion of more pharmaceutical forms containing the active ingredient of this plant in Mexico for this purpose is expected.

Keywords: *Cannabis sativa*, therapeutic effects, THC and CBD

Introducción

La *Cannabis sativa*, conocida a nivel mundial como marihuana, es una droga ilegal en la mayoría de los países. En México, según el *Diario Oficial de la Federación*, el uso legal de esta planta está permitido

desde el año 2017, y para uso lúdico ha sido aprobado en el Senado de la Republica en agosto de 2021 (López-Rodríguez et al., 2001). *Cannabis sativa* es una planta que está conformada por hojas secas, flores, tallos y semillas, posee distintos principios activos, denominados cannabinoides, que son compuestos orgánicos pertenecientes al grupo de los terpenofenoles, que activan a los receptores de cannabinoides en el organismo humano, donde se ha visto que tienen un efecto farmacológico positivo para algunas patologías. De esta planta se han identificado más de 400 sustancias, de las cuales más de 100 son cannabinoides, dentro de los cuales los más estudiados son el THC (tetrahidrocannabinol) y el CBD (cannabidol), ya que tienen un mecanismo de acción más específico para actuar de forma terapéutica. El THC es el cannabinoide más conocido de la planta, es el principal compuesto psicotrópico producido y ayuda para tratar enfermedades como el dolor neuropático, la esclerosis múltiple, el Alzheimer y el Parkinson, entre otras. El CBD es el cannabinoide natural más estudiado y con más potencial terapéutico, es anticonvulsivo, antiinflamatorio, ayuda en enfermedades como epilepsia, cáncer, depresión, ansiedad, dolor crónico y diabetes, por mencionar algunas (Ramos et al., 2000). Por tanto, la *Cannabis sativa* ha sido utilizada con éxito por sus propiedades analgésicas, antiinflamatorias, relajantes musculares, anticonvulsivas y ansiolíticas en varios padecimientos (Vidot et al., 2017). En la mayoría de los países, esta planta ha sido estudiada ampliamente para su uso terapéutico, ya que tiene varios usos, es de fácil distribución y, al parecer, está dando buenos resultados, sobre todo en enfermedades crónico degenerativas. Infortunadamente, en México, debido al alto consumo y al tráfico ilegal, se le ha regulado de manera rigurosa para su estudio científico, por lo que se han autorizado pocas formas farmacéuticas; debido a ello, en este trabajo se pretende evidenciar los principales aportes farmacológicos de los cannabinoides THC y CBD en algunas patologías.

Objetivo

Investigar los efectos terapéuticos de los cannabinoides THC y CBD de la *Cannabis sativa* en algunas patologías.

Material y método

Se hizo una revisión sistemática en bases de datos bibliográficas (PubMed/MEDLINE, Science, Redalyc, SciELO, Google Scholar, Science-Research, entre otras) a través de internet, resultando en un total de 28 revistas públicas. Se contemplaron criterios de inclusión como *Cannabis sativa*, efecto farmacológico, cannabinoides, enfermedades, entre otros, y criterios de exclusión como drogadicción y formas de consumo, por ejemplo, así como un conjunto de variables para analizar las características de los artículos seleccionados, como THC, CBD, marihuana y patologías.

Resultados

Cannabis sativa

En 1753, Linneo le dio el nombre de *Cannabis sativa* a esta planta herbácea anual, que crece libremente en las regiones tropicales y subtropicales de todo el mundo (Fernández-Ruiz, 2012; Sánchez, 2021), es dioica, erecta con una altura de 3 a 4 metros, llegando hasta 6 metros. Pertenece a la familia de las Cannabáceas (Sánchez, 2021), es originaria de la zona este y central de Asia (Fraguas-Sánchez et al., 2014; Raja et al., 2020; Carranza, 2012). El uso de extractos de *Cannabis sativa* como medicina se describieron en China e India (Degenhardt et al., 2008) de 1,400 a 2,000 años antes del nacimiento de Cristo (Sánchez, 2021). Ha sido utilizada por el hombre desde la Antigüedad con una amplia variedad de objetivos, que van desde aplicaciones textiles o alimentarias hasta su uso con fines recreativos, religiosos y terapéuticos (Fraguas-Sánchez et al., 2014; Pellati et al., 2018). En México, el uso de *Cannabis sativa* se produce en la época de la Colonia, donde se utilizó principalmente para la obtención de fibras textiles (Ángeles et al., 2014). Se sabe que esta planta llegó a México con el descubrimiento de América, y era transportada en las embarcaciones en cuerdas hechas de cáñamo (Calafat, 2000). Actualmente, la distribución en nuestro país incluye los estados de Chiapas, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Oaxaca,

Querétaro, Sinaloa, Sonora, Yucatán y Zacatecas (Carranza, 2012; Ángeles et al., 2014).

Componentes de la Cannabis sativa

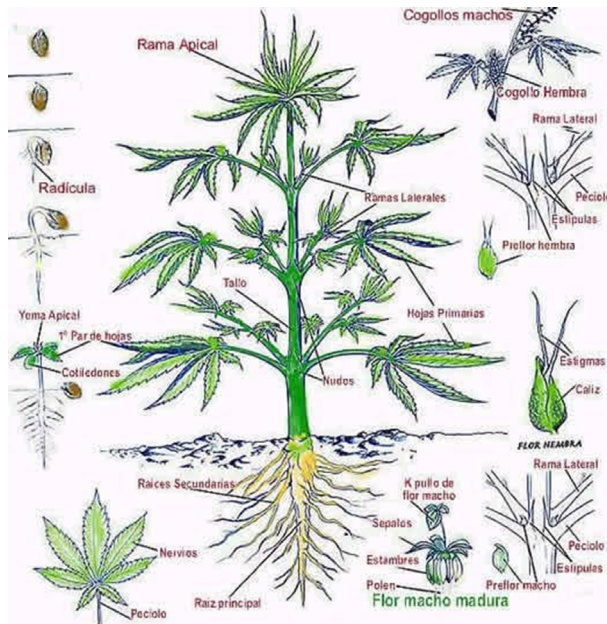
Estructura

La *Cannabis sativa* está compuesta de varias partes:

- Semilla: es el embrión de la planta que germina para dar una nueva planta (Meza et al., 2015).
- Cotiledones: son las dos primeras hojas que desarrolla la plántula.
- Hojas reales: son las primeras hojas aserradas que nacerán después de los cotiledones. Las hojas son las encargadas de la fotosíntesis, la respiración y la transpiración (Fernández-Ruiz, 2012).
- Raíz principal: también llamada primaria, pivotante, axonomorfa o fusiforme, es la raíz que crece verticalmente hacia abajo, forma un centro del cual otras raíces pueden brotar lateralmente (Fernández-Ruiz, 2012).
- Raíces secundarias: son todas las raíces que brotan de la raíz primaria hacia los laterales.
- Tallo: es la zona leñosa y aérea de la planta y la que la hace sostenerse.
- Nudos: son las partes del tallo en donde brotan las hojas (Fernández-Ruiz, 2012).
- Hojas primarias: son las hojas que nacen del tallo y son las más grandes y fuertes de toda la planta (Meza et al., 2015).
- Hojas secundarias: son todas las hojas que nacerán en las ramas laterales, de menor tamaño que las primarias.
- Haz: parte superior de la hoja.
- Envés: parte inferior de la hoja.
- Estípula: es una estructura de forma laminar, como una vaina, verde, que se forma a cada lado de la base de las hojas junto al tallo (Meza et al., 2015).
- Pecíolo: es el pequeño tallo leñoso o rabillo que une la hoja al nudo del tallo donde ha brotado.

- Foliolo: es cada una de las piezas separadas de la hoja, en la marihuana serían las “puntas”, donde la más común es la hoja de cinco foliolos.
- Nervios o nervadura: es el conjunto de vasos vasculares que comunican los órganos de la hoja con el resto de la planta y por donde fluye la savia (Fernández-Ruiz, 2012) (figura 1).

Figura 1. Partes estructurales que conforman la *Cannabis sativa*



Fuente: Meza et al. (2015).

Sustancias químicas (cannabinoides)

La planta posee distintos principios activos, denominados cannabinoides, que son compuestos orgánicos pertenecientes al grupo de los terpenofenoles, los cuales activan a los receptores de cannabinoides en el organismo (Ramos et al., 2000). El cuerpo humano posee muchos receptores en las células, los cuales son sitios específicos

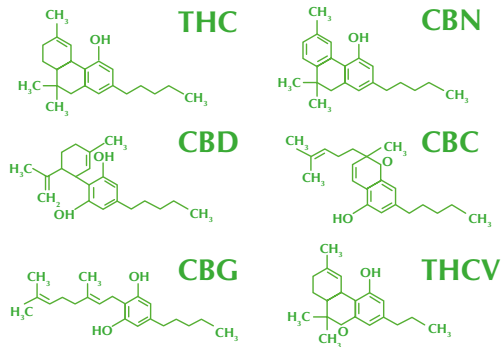
donde se acoplan estos principios activos de la planta, es decir, los fitocannabinoides (Zuardi et al., 2006). Los más comunes, y de los cuales se tiene mayor información, son el tetrahidrocannabinol (THC), cannabigerol (CBG) y cannabidiol (CBD), principalmente. Los receptores de estos cannabinoides son denominados CB1 y CB2, encontrándose distribuidos por todo el cuerpo. El organismo también produce moléculas similares a las de la planta de *Cannabis sativa*, llamados endocannabinoides (Flores et al., 2005). Se han identificado más de 400 sustancias sintetizadas por la planta, de las cuales más de 100 son cannabinoides que tienen distintas funciones, algunas descubiertas y, en su mayoría, sin tener en claro aún cuál es el propósito; otras permiten tratar algunos padecimientos como cáncer, epilepsia, glaucoma, esclerosis múltiple, fibromialgia, dolor crónico, por mencionar algunas (Flores et al., 2005).

Principales cannabinoides con efecto terapéutico

Los cannabinoides son sustancias que tienen una estructura de 21 carbonos y están formados generalmente por tres anillos: ciclohexeno, tetrahidropirano y benceno (Rodríguez, 2012). Las formas THC y CBD han demostrado tener mayor actividad terapéutica (figura 2):

1. THC-Tetrahidrocannabinol: llamado también Δ -9-Tetrahidrocannabinol, es el cannabinoide más ampliamente conocido y es el compuesto psicotrópico de la planta (Timpone et al., 1997).
2. CBG-Cannabigerol: es un fitocannabinoide presente en la marihuana. Se diferencia de los llamados endocannabinoides porque estos son producidos por nuestro cuerpo (Timpone et al., 1997). El CBG tiene una ligera afinidad con los receptores CB1, es un cannabinoide no psicoactivo con potencial terapéutico.
3. CBD-Cannabidiol: es anticonvulsivo, antipsicótico, antiinflamatorio, antioxidante y antidepresivo. El CBD ayuda para enfermedades como epilepsia, cáncer, depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, dolor crónico o diabetes (Timpone et al., 1997).
4. CBN-Cannabinol: es psicoactivo, al igual que el THC.

Figura 2. Estructura de los principales cannabinoides presentes en la planta de *Cannabis sativa*



Fuente: modificado de Ángeles et al., 2014.

Efectos del THC en el sistema nervioso central

El THC tiene tendencia a adherirse a la membrana de las células neuronales causando diversos efectos debido a su afinidad con las sustancias lipofílicas. Los efectos producidos por la estimulación de las principales zonas donde se encuentran receptores cannabinoides son:

- **Corteza cerebral:** en ella se realizan funciones relacionadas con la memoria, la conciencia o el pensamiento. El THC puede alterar el estado de conciencia, distorsionando las percepciones del usuario y afectando la memoria, especialmente la de corto plazo.
- **Hipotálamo:** se controlan distintos procesos metabólicos y hormonales. Un efecto típico del THC es la estimulación del apetito, la sensación de hambre.
- **Tronco encefálico:** controla diversas funciones básicas del organismo, como el ritmo cardiaco, la presión arterial, el vómito, el dolor o el movimiento. El THC afecta todas estas funciones, de manera que en muchos casos puede ser efectivo para tratar, por ejemplo, el dolor o los vómitos.
- **Hipocampo:** gestiona la memoria y los recuerdos. Como ya se ha mencionado, la actividad del THC en el cerebro puede conllevar dificultades en la memoria.

- Cerebelo: funciones motrices, de coordinación muscular. El THC puede provocar una disminución en la coordinación, reduciendo asimismo la espasticidad.
- Amígdala: gestión de las emociones. Se puede producir hostilidad reducida, aunque en algunos casos el THC puede provocar ansiedad, paranoia o pánico (Timpone et al., 1997).

Efectos del CBD en el sistema nervioso central

El CBD actúa como un antagonista del THC, no actúa sobre los receptores cannabinoides presentes en el cerebro CB1, esto quiere decir que reduce el efecto del THC, es decir, reduce el efecto psicoactivo. Interactúa con otros receptores que son los que canalizan sus efectos medicinales, acoplados a proteínas G localizadas en el SNC y periférico. El CBD también actúa como antagonista del receptor 5-HT1, cuya función es la de regular la expresión de la serotonina (5-HT1) en el SNC y puede explicar muchas de las propiedades que representa el CBD para aliviar la depresión y ansiedad (Timpone et al., 1997).

Patologías tratadas terapéuticamente con *Cannabis sativa*

Se ha propuesto a los cannabinoides como opciones terapéuticas de segunda línea para el tratamiento de algunos padecimientos (García et al., 2011).

En la tabla 1 se muestra la acción terapéutica de algunos de ellos.

Tabla 1. Cannabinoides con efectos terapéuticos

<i>Cannabinoides</i>	<i>Efecto terapéutico</i>
THC-Tetrahidrocannabinol	Es un estimulante del apetito, disminuye las náuseas y vómitos en pacientes con cáncer en tratamiento con quimioterapia, además, posee propiedades analgésicas, sedantes moderadas y anticancerígenas, entre otras.

Tabla 1. Cannabinoides con efectos terapéuticos (continuación)

<i>Cannabinoides</i>	<i>Efecto terapéutico</i>
CBG-Cannabigerol	Tiene propiedades antiinflamatorias, antimicrobianas y analgésicas (Pellati et al., 2018). El CBG tiene una ligera afinidad con los receptores CB1, es un cannabinoide no psicoactivo con potencial terapéutico, también se ha demostrado que tiene función antitumoral e inhibe la agregación plaquetaria (Ramírez et al., 2005).
CBD-Cannabidiol	El cannabidiol no tiene efecto psicoactivo y constituye hasta 40% del extracto vegetal (Garza-Cervantes et al., 2020), sin embargo, tiene gran efecto medicinal, ya que actúa como un antagonista del THC, disminuyendo el efecto psicoactivo de éste debido a que tiene poca afinidad por los receptores CB1 y CB2 de los cannabinoides (Pellati et al., 2018), reduce las convulsiones en epilepsia, ayuda a controlar la depresión, ansiedad, psicosis y alteraciones del sueño (Elms et al., 2019), proporciona efectos neuroprotectores (por ejemplo, ante accidentes cerebrovasculares), tiene efecto antiinflamatorio, analgésico, ansiolítico, antipsicótico, también ayuda a controlar náuseas y vómitos (Atalay et al., 2020). Actúa en trastornos autoinmunes como esclerosis múltiple y artritis, así como también en esquizofrenia y cáncer (Pellati et al., 2018; Raja et al., 2020).
CBN-Cannabinol	Es psicoactivo, al igual que el THC, en un 10%. Se cree que reduce la paranoia y la ansiedad asociada con el consumo de <i>Cannabis sativa</i> (Gómez et al., 2021). También tiene efecto antiemético (reduce náuseas y vómitos) y anticonvulsivo (Timpone et al., 1997), sin embargo, los dos últimos efectos son menos potentes que los que se obtienen con el THC y CBD (Gómez et al., 2021).

Fuente: elaboración propia.

Efectos secundarios generales de la *Cannabis sativa*

Los efectos del consumo de *Cannabis sativa* pueden ser diferentes para cada persona, pues dependen de la dosis y la forma de administración, pero de manera general, se pueden citar los siguientes: sensación de felicidad, relajamiento o euforia, reacciones y coordinación más lentas, mareos, percepción distorsionada del tiempo y la distancia, dificultad para razonar, aprender y recordar, confusión, ansiedad o pánico, ritmo cardiaco 20 a 100% más rápido, aumento de la presión sanguínea, menos interés en las actividades normales, hambre, boca seca, ojos rojos, psicosis, entre otros. Normalmente, estos efectos duran de dos a cuatro horas después de haber inhalado o fumado marihuana. Si la marihuana se ingiere, los efectos tardan más en comenzar y pueden durar de cuatro a diez horas. La potencia o intensidad de la marihuana depende de la planta y del proceso de excreción (Durán et al., 2004; Pagano et al., 2014).

Conclusión

El consentir que en México se permita el uso de cannabinoides para tratar algunos padecimientos, da oportunidad y abre el campo para que *Cannabis sativa* sea utilizada de manera legal a nivel farmacéutico, ya que se ha demostrado que tiene un gran aporte en la medicina para apoyar el tratamiento de algunos padecimientos como el cáncer, diabetes, entre otros.

El THC es el cannabinoide más ampliamente conocido, es el principal compuesto psicotrópico producido por la marihuana, mientras que el CBD es anticonvulsivo, antiinflamatorio y antidepresivo. El CBD ayuda a tratar enfermedades como la epilepsia, cáncer, depresión, ansiedad o diabetes.

Estos dos cannabinoides, en conjunto, ofrecen un gran aporte en el uso terapéutico, ya que tienen un mecanismo de acción bastante específico. Consumir *Cannabis sativa* también conlleva un sinnúmero de efectos secundarios, los cuales dependen de cada persona y de la dosis que se haya ingerido.

Con ayuda de esta investigación, se logra determinar que *Cannabis sativa* tiene un efecto terapéutico muy importante en el tratamiento

de diferentes enfermedades, sobre todo crónicas degenerativas; no se descarta el uso comercial de más formas farmacéuticas en México en un futuro inmediato.

Referencias

- Ángeles López, G. E., Brindis, F., Cristians Niizawa, S. y Ventura Martínez, R. (2014). *Cannabis sativa* L., una planta singular. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 45(4), 1-6.
- Atalay, S., Jarocka-Karpowicz, I. y Skrzydlewska, E. (2020). Antioxidative and anti-inflammatory properties of cannabidiol. *Antioxidants*, 9(1), 21.
- Calafat, A. (2000). Consumo y consumidores de *cannabis* en la vida recreativa. *Adicciones*, 12(5), 197-230.
- Carranza, R. R. (2012). Los productos de *Cannabis sativa*: situación actual y perspectivas en medicina. *Salud Mental*, 35(3), 247-256.
- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C., Anthony, J. C., Angermeyer, M., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., Gureje, O., Huang, Y., Karam, A., Kostyuchenko, S., Lepine, J. P., Medina Mora, M. E., Neumark, Y., Ormel, J. H., Pinto-Meza, A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Takeshima, T. y Wells, J. E. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, *cannabis*, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 5(7), e141.
- Durán, M., Laporte, J. y Capellà, D. (2004). Novedades sobre las potencialidades terapéuticas del *Cannabis* y el sistema cannabinoide. *Medicina Clínica*, 122(10), 390-398.
- Elms, L., Shannon, S., Hughes, S. y Lewis, N. (2019). Cannabidiol in the treatment of post-traumatic stress disorder: a case series. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 25(4), 392-397.
- Fernández-Ruiz, J. (2012). Fármacos cannabinoideos para las enfermedades neurológicas: ¿qué hay detrás? *Revista de Neurología*, 54, 613-628.

- Flores Sánchez, I. J., Choi, Y. H. y Verpoorte, R. (2005). Metabolic analysis of elicited cell suspension cultures of *Cannabis sativa* L. by (1)H-NMR spectroscopy. *Biotechnol. Lett.*, 32, 935-941.
- Fraguas-Sánchez, A. I., Fernández-Carballido, A. M. y Torres-Suárez, A. I. (2014). Cannabinoides: una prometedora herramienta para el desarrollo de nuevas terapias. *Anales de la Real Academia de Farmacia*, 80(3), 555-577.
- García, B., Menor, J. y Perales, A. (2011). La imagen de la droga en la prensa española. *Comunidad y Drogas*, 2, 5-81.
- Garza-Cervantes, J. A., Ramos-González, M., Lozano, O., Jerjes-Sánchez, C. y García-Rivas, G. (2020). Therapeutic applications of cannabinoids in cardiomyopathy and heart failure. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2020.
- Gómez, O. G., Vázquez, Y. E. G., Carralero, W. R. y Milord, R. B. (2021). Efectos terapéuticos de los cannabinoides. *Revista Es-TuSalud*, 2(2).
- López-Rodríguez, M. L., Viso, A., Ortega-Gutiérrez, S., Lastres-Becker, I., González, S., Fernández-Ruiz, J. y Ramos, J. A. (2001). Design, synthesis and biological evaluation of novel arachidonic acid derivatives as highly potent and selective endocannabinoid transporter inhibitors. *Journal of Medicinal Chemistry*, 44(26), 4505-4508.
- Meza, M., David-Rivera, A. D., Nava-Aguilar, V. y Jiménez, A. (2015). Activity of some Mexican medicinal plant extracts on carrageenan-induced rat paw edema. *Phytomedicine*, 11, 446-451.
- Pagano, G., Fornari, E., Annoni, J. M., Chtioui, H., Dao, K., Fabritius, M., Favrat, B., Mall, J. F., Maeder, P. y Giroud, C. (2014). Long-term effects of *Cannabis* on brain structure. *Neuropsychopharmacology*, 39(9), 2041-2048.
- Pellati, F., Borgonetti, V., Brighenti, V., Biagi, M., Benvenuti, S. y Corsi, L. (2018). *Cannabis sativa* L. and nonpsychoactive cannabinoids: their chemistry and role against oxidative stress, inflammation, and cancer. *BioMed Research International*, 2018.

- Raja, A., Ahmadi, S., de Costa, F., Li, N. y Kerman, K. (2020). Attenuation of oxidative stress by Cannabinoids and *Cannabis* extracts in differentiated neuronal cells. *Pharmaceuticals*, 13(11), 328.
- Ramírez, B. G., Blázquez, C., del Pulgar, T. G., Guzmán, M. y De Ceballos, M. L. (2005). Prevention of Alzheimer's disease pathology by cannabinoids: neuroprotection mediated by blockade of microglial activation. *Journal of Neuroscience*, 25(8), 1904-1913.
- Ramos Atance, J. A. y Fernández Ruiz, J. (2000). Cannabinoides: propiedades químicas y aspectos metabólicos. *Monografía cannabis*, 41.
- Rodríguez, R. (2012). *Prescripción basada en la evidencia y la presencia de los productos milagro: los retos de la salud en México*. Coordinación de la Investigación Científica. <https://www.slideserve.com/kendra/prescripci-n-basada-en-la-evidencia-y-la-presencia-de-los-productos-milagro>
- Sánchez, P. P. C. (2021). Consecuencias médico-legales del uso y abuso de la marihuana. *Revista Criminalia Nueva Época*, 88(2).
- Timpone, J. G., Wright, D. J., Li, N., Egorin, M. J., Enama, M. E., Mayers, J. y Galetto, G. (1997). The safety and pharmacokinetics of single-agent and combination therapy with megestrol acetate and dronabinol for the treatment of HIV wasting syndrome. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 13(4), 305-315.
- Vidot, D., Prado, G., Hlaing, W. M., Arheart, K. L. y Messiah, S. E. (2017). Problemas emergentes para la salud de nuestra nación: la intersección del uso de marihuana y el riesgo de enfermedades cardiometabólicas. *J Addict Dis.*, 33, 1-8.
- Zuardi Macotela, M., Rufino-González, Y., De la Mora, J. I., González-Maciel, A., Reynoso-Robles, R. y Martínez-Gordillo, M. N. (2006). Mortality and morphological changes in *Giardia duodenalis* induced by exposure to ethanolic extracts of *Justicia spicigera*. *Proc West Pharmacol Soc.*, 44, 151-152.

Análisis del uso problemático de tecnología y consumo de alcohol durante el confinamiento en estudiantes universitarios

Ortega-Gómez, Verónica^{1}
Vidales-Jara, Maricruz¹
Delgadillo-Legaspi, Luz Ma.¹*

RESUMEN

Introducción: Las nuevas tecnologías han sido pieza clave en esta nueva normalidad, sin embargo, el uso excesivo y sin control puede generar una adicción conductual que sigue un proceso muy similar al de una persona que consume cualquier otra droga. **Objetivo:** Conocer el uso problemático de las tecnologías y la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de Enfermería debido al confinamiento. **Método del estudio:** Diseño transversal, descriptivo. Se aplicaron dos instrumentos a 321 estudiantes de la licenciatura en Enfermería. Se utilizó una Cédula de Datos personales y prevalencias de consumo de alcohol y tabaco (CDPyPCAT) y el cuestionario de Uso Problemático de Nuevas Tecnologías (UPNT). **Resultados:** La media de edad de inicio de consumo de alcohol es de 16 años, 8.4% manifestó que el uso excesivo de las tecnologías le producen ganas de consumir alcohol y 2.2% considera que la falta de uso de tecnologías le producen ganas de consumirlo; 34.9% manifestó que el encierro por la pandemia le ha generado deseos de consumir alcohol; 18.7% considera que estar siempre conectado le está ocasionando problemas en su entorno familiar. **Conclusiones:** El uso excesivo de la tecnología causa una serie de desajustes en la vida del estudiante que pueden afectar su entorno social, familiar, escolar y motivar el consumo de alguna sustancia, ya que ambas

¹ Filiación Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas.

* Contacto: veronica.ortega@uaz.edu.mx

actividades se pueden considerar de ocio y socialización, lo que puede establecer una unión entre ellas. Actualmente, el uso excesivo de las tecnologías no es considerado una adicción como tal, pero sí es un problema de conducta que puede ocasionar comportamientos similares a los de una persona que tiene problemas de adicción hacia alguna sustancia (el alcohol, por ejemplo), tales como: saliencia, modificaciones de humor al no poder tener acceso a ellas, tolerancia, síndrome de abstinencia y conflictos interpersonales.

Palabras clave: alcohol, tecnología, confinamiento

ABSTRACT

Introduction: New technologies have been a key piece in this new normality, however excessive and uncontrolled use can generate a behavioral addiction that follows a process very similar to that of a person who consumes any other drug. **Objective:** To know the problematic use of technologies and the prevalence of alcohol consumption in Nursing students due to confinement. **Methodology:** Cross-sectional, descriptive design. Two instruments were applied to 321 undergraduate nursing students: The CDPYPCAT and the Problematic Use of New Technologies Questionnaire (UPNT). **Results:** The age of starting alcohol consumption is below the national average, 8.4% stated that the excessive use of technology makes them want to consume alcohol and 2.2% consider that the lack of use of technology makes them want to consume it. 34.9% stated that due to the confinement due to the pandemic they have made them want to consume alcohol. 18.7% consider that being always connected is causing problems in their family environment. **Conclusions:** The excessive use of technology causes a series of imbalances in the life of the student himself that can affect his social, family, school environment and motivate the consumption of some substance since both activities can be considered leisure and socialization, which can establish a union between them. Currently, the excessive use of technologies is not considered an addiction as such, but it is a behavior problem that can cause behaviors similar to those of a person who has an addiction problem with a substance such as alcohol, such as: Saliency, modifications of humor when not being able to have access to them, tolerance, withdrawal syndrome and interpersonal conflicts.

Keywords: alcohol, technology, confinement

Introducción

Históricamente, cuando hablamos de alguna adicción, se piensa en drogas como el tabaco y el alcohol. Los tiempos han evolucionado y

desde los años noventa expertos se han enfocado en indagar sobre cómo las tecnologías pueden generar un trastorno cuando son utilizadas de manera excesiva. Actualmente, se sabe que el elemento esencial de todos los trastornos adictivos es la falta de control, es decir, el descontrol de la persona afectada sobre determinada conducta, que al comienzo le es placentera, pero después va ganando terreno entre sus preferencias hasta llegar a dominar su vida, generando problemas en cualquiera de sus tres esferas básicas de desarrollo, a saber: su familia, vida social y trabajo o escuela. Cía (2013) explica que a muchas personas les cuesta resistirse ante lo atractivo de las nuevas tecnologías, y tal conducta se vuelve un desafío cuando la tecnología deja de ser una herramienta útil y se convierte en el centro de la vida. En México, para el año 2018, 74.3 millones de usuarios estaban conectados a internet (*Reporte Índigo*, 2019). El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) estimó que en México, en el año 2020, había una población de 84.1 millones de usuarios de internet, que representan 70.2% de la población de seis años o más edad. Esta cifra revela un aumento de 1.9 puntos porcentuales respecto a lo registrado en el año 2019 (70.1%). Las principales actividades que realiza la gente en México al conectarse a internet en el año 2020 son: comunicarse (93.8%), buscar información (91.0%) y acceder a redes sociales (89.0%).

En lo relacionado con el consumo de alcohol, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 (Ensanut), en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública y el Inegi, publicaron que en México había en ese año 22.88 millones de niñas, niños y adolescentes entre los 10 y los 19 años de edad. De esa cifra, hay 16.36 millones que nunca han tomado alcohol, pero también 6.51 millones que han ingerido al menos alguna vez bebidas alcohólicas; de ellos, 419,042 beben alcohol al menos una vez al día; 698,797 declaran que beben al menos una vez a la semana; 1.72 millones beben alcohol al menos una vez al mes; 2.47 millones toman bebidas alcohólicas sólo ocasionalmente; mientras que 1.51 millones declaran que actualmente no ingieren alcohol. Asimismo, hay 82.76 millones de personas de 20 años y más, de los cuales, sólo 29.94 millones de personas nunca han tomado alcohol, mientras que 52.81 millones sí han ingerido bebidas alcohólicas al menos una vez en su vida. De

esa suma, hay 2 millones que declaran tomar alcohol todos los días; 11.53 millones que beben alcohol alguna vez a la semana; 6.38 millones toman bebidas alcohólicas una vez al mes; 30.95 millones ingieren bebidas alcohólicas ocasionalmente, mientras que 1.9 millones no declararon la frecuencia de consumo. El panorama es grave, pues los niveles de adicción, tanto a drogas legales como ilegales, ya eran altos y crecientes en la etapa previa a la emergencia sanitaria, tal como lo documentó la Ensanut (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018).

En un estudio realizado por un grupo de investigadores del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), que es el principal organismo dedicado a la promoción de la ciencia y la tecnología en Argentina, se publicó que la cantidad de personas que toma alcohol todos los días durante el aislamiento se triplicó en comparación con el periodo anterior a la pandemia. Si la soledad, el encierro y la incertidumbre dispararon los consumos problemáticos en personas sin antecedentes con respecto a este tipo de hábitos, quienes sí registraban un consumo elevado de diversas sustancias vieron muy incrementadas sus dificultades para controlarlo. El alcohol y el tabaco son las drogas legales que más se consumen, cuya ingesta se incrementó entre el sector de la población de 16 a 25 años (*El Universal*, 2020).

En México, expertos de la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic) alertaron sobre la posibilidad no sólo del incremento de adicciones entre la población mexicana, sino además de recaídas entre aquellos que ya estaban bajo terapia o alguna otra modalidad de rehabilitación. El que las personas usen drogas en situaciones contextualmente estresantes o de aislamiento social no es algo nuevo. Una serie de investigaciones pioneras, que datan de finales de los años setenta, dan cuenta de que los factores contextuales son un gran determinante para el inicio en el uso de sustancias (tanto como para el desarrollo de una adicción), otorgándole un peso específico incluso por sobre la droga misma (Rojas, 2020).

Durante los primeros meses de la epidemia en México, se encontró que 12% de las personas aumentaron su consumo de alcohol, 39% lo disminuyó y 48% no reportó cambios en su consumo, en tanto que el incremento en la frecuencia de la ingesta diaria durante el

confinamiento se presentó en mujeres (Secretaría de Salud, 2020). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) publicó el estudio *El impacto de las pantallas en la vida familiar durante el confinamiento*, realizado por la plataforma digital Empantallados y la consultora GAD3 (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], 2020), en el que se muestra que uno de cada dos padres o madres de niños y adolescentes españoles piensa que las tecnologías han contribuido en algún momento a fomentar el aislamiento de cada miembro de la familia, 25% cree que la tecnología ha aumentado los conflictos con los hijos y cuatro de cada diez opinan que es necesario crear hábitos de desconexión. Entre sus preocupaciones principales respecto a los efectos de un uso indebido de la tecnología por parte de la infancia se encuentran la pérdida de salud ocular y el insomnio.

En el estudio de *Hábitos de los consumidores móviles en México* (Deloitte, 2019), emitido por una empresa de asesoría privada, 96% de los encuestados mencionó que el *smartphone* es el dispositivo con mayor uso, seguido de la laptop (70%) y la computadora de escritorio (62%). A pesar de que las computadoras continúan en segundo y tercer lugar de la lista, las tabletas digitales han ganado posición en los últimos años. Esta encuesta llama la atención ya que afirma que 76% de los encuestados percibe que hace un uso excesivo del dispositivo, lo cual es un motivo de preocupación para ellos y no sólo por el tiempo que se invierte, sino también por los momentos que se escogen para ocuparlo; por ejemplo, mientras se está con amigos y familia, o en medio de actividades de estudio y trabajo, causando interrupciones. Aunado a lo anterior, el confinamiento por el SARS-CoV-2 ha hecho que la población esté demasiado tiempo conectada, convirtiendo a la tecnología en una posible fuente de ansiedad y estrés, principalmente entre los jóvenes y niños, e incluso docentes que han tenido que adaptar su sistema de enseñanza y aprendizaje bajo estas nuevas modalidades de escolarización (Vargás, 2020).

Una de las primeras personas en hablar de “adicción a las computadoras” fue M. Shotton, quien creyó vislumbrar esta nueva adicción en un grupo de desarrolladores de *software* y *hardware*. Según Shotton, estos sujetos estaban absolutamente absortos en sus actividades en el laboratorio, lo que repercutía directamente sobre la relación con sus familias y amistades. Los comportamientos con respecto a su adicción

eran similares a los de los alcohólicos, así como a los de los jugadores compulsivos (Pacher, 2009). Mark Griffiths (2000), investigador del tema, considera este nuevo grupo de problemas como adicciones no químicas que se relacionan con la interacción máquina-hombre. Según este investigador, puede tratarse de adicciones pasivas —como la adicción a la televisión— o activas —como la adicción a las computadoras—, y es posible identificar determinadas características que refuerzan el desarrollo de estas tendencias patológicas.

Ello da lugar a una obsesión que cobra el lugar de un deseo constante, inevitable, que ocupa la mayoría de los intereses o actividades del sujeto, dejando a las demás de lado (Garrote, 2013). En países como España, se han puesto sobre la mesa datos a raíz de la presentación del informe *Detección temprana y prevención de adicciones tecnológicas en adolescentes*, del Observatorio de la Infancia en Andalucía, donde se ha indicado que en torno a 2.5% de los adolescentes presenta adicción al juego *online* y 5% a las redes sociales y el teléfono móvil, además de que 15% de los jóvenes las usan “de forma excesiva” (García, 2020). La Comunidad de Madrid ha desarrollado un servicio para atender los casos de la posible dependencia de las nuevas tecnologías en adolescentes. El programa está formado por expertos que ofrecen a adolescentes, familias y profesionales de diferentes ámbitos (educativo, social, sanitario) un servicio dirigido a tres áreas: la prevención y sensibilización, la formación y la intervención, la cual está dirigida a adolescentes que presenten conductas de uso inadecuado, abuso o dependencia de las nuevas tecnologías, así como a sus familias. Para Becoña y Cortés (en Garrote, 2013), si las tecnologías no se saben usar adecuadamente o no se dosifica la cantidad de tiempo dedicado a éstas, pueden llegar a ser adictivas y en lugar de ayudar a la persona a vivir mejor, pueden ser un impedimento en su vida cotidiana o personal. Sólo en 2019, este servicio de apoyo ante la adicción a las nuevas tecnologías atendió a 3,108 personas, de las cuales 336 recibieron tratamiento especializado, generalmente relacionado con la adicción a redes sociales o videojuegos (García, 2020).

En cuanto al consumo de alcohol (etílico o etanol), se trata de una sustancia que se encuentra presente en la cerveza, vino y licor, entre otras bebidas. El alcohol se produce a través de la fermentación de la levadura, los azúcares y los almidones. Es un depresor del

sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y en el intestino delgado, desde donde se distribuye al torrente sanguíneo. Dicha sustancia afecta a todos los órganos del cuerpo del bebedor. De la Fuente y Kershenobich (citado en Telumbre-Terrero y Sánchez-Jaimes, 2015) clasifican el consumo de alcohol en tres tipos: consumo sensato, consumo dependiente y consumo perjudicial o dañino. En el primer tipo el consumo de alcohol no se da en más de tres veces por semana (cuatro bebidas estándar) en los varones y no más de tres veces por semana (dos bebidas estándar) en las mujeres. En el consumo dependiente se consumen de cinco a nueve copas por ocasión para los hombres y de tres a cinco copas por ocasión en las mujeres, además, se considera que los bebedores dejan de realizar sus actividades a causa del consumo o, una vez iniciada la ingesta de alcohol, ésta no pueda detenerse. El consumo dañino o perjudicial ocurre cuando los hombres ingieren en un día típico diez o más copas y las mujeres seis o más copas, además de que sus familiares o personal de salud hayan manifestado su preocupación por su forma de beber alcohol, se haya lastimado a sí mismo o a alguien más por consecuencia de su consumo, tenga remordimiento por su forma de beber o haya olvidado algo que hubiera ocurrido mientras estuvo ingiriendo alcohol (García, 2017).

Objetivo

Conocer el uso problemático de las tecnologías y la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de Enfermería debido al confinamiento.

Material y método

El diseño fue descriptivo de corte transversal. La población de interés estuvo formada por 321 estudiantes de la licenciatura en Enfermería de una universidad pública en un rango de edad de 17 a 37 años. Se aplicaron dos instrumentos: Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco (CDPyPCAT) y el Cuestionario de Uso Problemático de Nuevas Tecnologías (UPNT), de Labrador, Villadangos, Crespo y Becoña (2013). La herramienta Prevalencia de Consumo de Tabaco y Alcohol

está conformada por tres secciones: la primera integra datos sociodemográficos, la segunda indaga la prevalencia de consumo de tabaco y la sección tres se encamina a conocer la prevalencia de consumo de alcohol, que es la variable de interés para este estudio; se constituye por cuatro preguntas dicotómicas de sí y no, además de dos preguntas abiertas vinculadas con edad de inicio y número de bebidas alcohólicas que ingiere el adolescente por ocasión de consumo. Se incluye una pregunta con seis opciones de respuesta enfocada a conocer la bebida alcohólica que mayormente consumen los adolescentes. Se cuestiona la frecuencia en el consumo de tabaco y alcohol: alguna vez en la vida, en el último año, en los últimos 30 días y en los últimos siete días. Al final, se incluyen preguntas dicotómicas sobre la relación de consumo de alcohol y el uso de tecnología, además de que se busca averiguar si el encierro provocado por la pandemia les ha despertado el deseo de consumirlo y si lo han consumido debido al confinamiento.

El UPNT es un cuestionario autoadministrado, previamente validado en otros estudios de investigación (Labrador et al., 2013) que presenta un análisis de fiabilidad (alfa de Cronbach) de valores superiores al 0.70 en su escala total y subescalas. Este instrumento está dirigido a identificar el riesgo de conductas problemáticas en el uso de internet, videojuegos, teléfono móvil y televisión. Consta de dos preguntas sobre frecuencia, uso y problemas en el uso de las nuevas tecnologías consideradas, seguidas de 10 ítems para identificar posibles conductas problemáticas en el uso de internet, videojuegos y teléfono móvil, y 9 para televisión. Todas las preguntas son cerradas, con opciones de respuesta. Además, incluye reactivos para evaluar la frecuencia de uso, presencia de problemas y características de su utilización, como lugar y horas dedicadas a su uso. El instrumento tiene una adecuada validez clínica que se calcula utilizando como referencia el ítem: “Indica si alguna de las siguientes actividades te causa problemas porque le dedicas exceso de tiempo, tienes discusiones debido a ellas con tus padres, gastas demasiado dinero en ella o te encuentras en parte enganchado a ella”. Se cataloga sin problemas a personas que respondan a la pregunta con “nunca” o “a veces”, y con posibles problemas a quienes respondieron “con frecuencia” o

“siempre”, Lo anterior permite realizar un análisis de las cuatro escalas y lograr identificar cuál es la que puede ocasionar más problemas en el estudiante, horas de conexión y frecuencia de uso.

La recogida de datos fue realizada por los docentes que forman parte del grupo de investigación en adicciones; por cuestiones de pandemia, el instrumento se aplicó de manera electrónica por medio de un formulario realizado en Google Forms, en donde el alumno aceptaba su participación voluntaria previo consentimiento informado en donde el participante era notificado del objetivo del instrumento, la finalidad de éste y la confidencialidad de su información.

Los datos fueron analizados en el programa SPSS para Windows, por medio de análisis de estadísticos descriptivos de cada uno de los ítems de los cuestionarios para verificar la presencia de los diferentes indicadores planteados en los objetivos.

Resultados

En la tabla 1 se identifican las características sociodemográficas y variables categóricas en donde 80.06% de la población es de género femenino y 19.94% masculino; la mayoría (73.83%) se ubica en el rango de edad de 17-20 años y 47.04% son estudiantes de primer semestre.

Tabla 1. Características sociodemográficas y variables categóricas

	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Género</i>		
Femenino	257	80.06
Masculino	64	19.94
<i>Edad</i>		
17-20	237	73.83
21-24	80	24.92
25-28	3	0.93
33-37	1	0.31

Tabla 1. Características sociodemográficas y variables categóricas (continuación)

	<i>f</i>	%
<i>Semestre</i>		
Primero	151	47.04
Tercero	91	28.35
Quinto	38	11.84
Séptimo	41	12.49
<i>Estado civil</i>		
Soltero	304	94.70
Casado	9	2.80
Unión libre	8	2.49

Nota: *f*= frecuencia; %= porcentaje; *n*= total de la muestra
Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2 se puede identificar que los estudiantes encuestados tienen un promedio de 19.57 años (*DE* = 1.90), la media de edad inicio de consumo de alcohol es de 16.18 años (*DE* = 1.88), consumiendo aproximadamente 2 copas por ocasión (*DE* = 4.41).

Tabla 2. Medidas de tendencia central para variables continuas

	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad en años	321	19.57	19	1.90	17	37
Años de escolaridad	321	13.16	13	2.02	6	22
Edad de inicio de consumo de alcohol	300	16.18	17	1.88	5	21
Número de bebidas ingeridas en un día típico	283	2.44	2	4.41	1	60

Nota: *n*= tamaño de la muestra; *X*= media; *Mdn*= mediana;
DE= desviación estándar; *Min*= valor mínimo; *Max*= valor máximo
Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3 se observan las frecuencias en relación con la prevalencia de consumo de alcohol, en donde 93.46% refirió haber consumido alcohol alguna vez en la vida, 73.21% en el último año, 39.25% en el último mes y 15.89% en la última semana.

Tabla 3. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol

	Sí		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alguna vez en la vida	300	93.46	21	6.54
En el último año	235	73.21	86	26.79
En el último mes	126	39.25	195	60.75
En los últimos 7 días	51	15.89	270	84.11

Nota: *f*= frecuencia; %= porcentaje

Fuente: elaboración propia.

En relación con el uso de la tecnología, en la tabla 4 se puede identificar la frecuencia de uso de los dispositivos y si el estudiante considera que el uso de esta tecnología le ocasiona algún problema en su entorno familiar, con sus amigos y sus estudios. Así, 95.64% refirió que usa el internet todos los días y 95.33% usa todos los días el teléfono móvil. Internet y el teléfono móvil presentan las frecuencias más altas tanto en uso como en causa de conflicto por su uso excesivo.

Tabla 4. Frecuencia y causa de algún problema por uso de tecnología

	<i>Internet</i>	<i>Videojuegos</i>	<i>Teléfono móvil</i>	<i>Televisión</i>	<i>Ciber</i>
Todos los días	95.64	4.98	95.33	30.84	2.80
Alguna vez a la semana	2.80	22.12	2.49	41.43	20.56
Alguna vez al mes	0.62	33.64	1.87	18.69	31.15
Nunca	0.93	39.25	.31	9.03	45.48
<i>Causa algún problema por el uso en exceso</i>					
Todos los días	18.69	1.87	15.89	2.49	1.56
Alguna vez a la semana	16.51	7.79	20.56	6.23	7.79
Alguna vez al mes	28.04	14.02	32.71	21.18	14.33
Nunca	36.76	76.32	30.84	70.09	76.32

Nota: % = porcentaje

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 5 se puede identificar si el estudiante tiene algún problema con el uso de las nuevas tecnologías. Con base en el instrumento, se considera que existe un posible problema cuando su respuesta se encuentra en las opciones de “con frecuencia” y “siempre”. Se identifican factores como el tiempo que el informante le dedica, así como ponerse mal por no utilizarlo, mentir a su familia y amigos en relación con el uso de dispositivo y si se pone nervioso cuando pasa un tiempo y no lo puede utilizar. Por tanto, 23.36% responde que siempre le dedica más tiempo del que considera necesario al internet, 11.53% siempre se pone mal por no poder utilizarlo, 1.56% siempre miente a su familia en relación con su uso y 2.49% considera que siempre se pone nervioso si pasa mucho tiempo sin utilizar el internet.

Tabla 5. Presencia de posible problema por el uso de tecnología

	<i>Dedicas más tiempo del que crees necesario</i>	<i>Te pones mal por no poder usarlo</i>	<i>Mientes a tu familia / amigos</i>	<i>Te sientes nervioso si pasas mucho tiempo sin usarlo</i>
<i>Internet</i>				
Nunca	4.36	27.73	69.78	63.55
A veces	46.73	48.60	23.99	27.73
Con frecuencia	25.55	12.15	4.67	6.23
Siempre	23.36	11.53	1.56	2.49
<i>Videojuegos</i>				
Nunca	83.18	90.34	91.59	90.65
A veces	14.64	8.72	7.84	8.41
Con frecuencia	1.25	—	—	0.31
Siempre	0.93	0.93	0.93	0.62
<i>Teléfono móvil</i>				
Nunca		43.30	71.34	62.31
A veces		42.99	23.05	28.97
Con frecuencia		8.10	4.05	6.23
Siempre		5.61	1.56	2.49

Nota: *f*= frecuencia; %= porcentaje

Fuente: elaboración propia.

Por último, para poder identificar el consumo del alcohol debido al confinamiento, se integraron dos preguntas dicotómicas en donde se le preguntaba al estudiante si ha tenido el deseo de consumo y si ha consumido alcohol debido al confinamiento derivado de la pandemia, así, 30.84% refirió que sí ha tenido el deseo de consumir alcohol y 34.89% lo ha consumido. Para poder identificar el porcentaje de estudiantes que al estar continuamente usando la tecnología sean motivados a consumir alcohol, 8.4% refirió que sí consume alcohol por el uso excesivo de tecnología y 2.22% manifestó que la falta de uso de tecnologías le genera el deseo de consumirlo.

Discusión

La prevalencia de consumo de alcohol (alguna vez en la vida, 93.46%) coincide con los resultados de estudios realizados en estudiantes de Medicina en otros países, como España (Martínez Córdor et al., 2018), en donde 92% declaró haberlo consumido alguna vez en la vida. Es importante observar que los porcentajes son bajos en cuanto al deseo de consumir alcohol por el confinamiento y el hecho de haberlo consumido; al respecto, la psicóloga Elsa Taschini (citada en National Geographic, 2020) confirma que, en situación de cuarentena, la mayoría de las estrategias de adaptación al estrés (como el deporte o las salidas) se han visto anuladas, mientras que el uso de estas sustancias sigue estando al alcance de la población. El uso de las nuevas tecnologías se ha visto incrementado de manera significativa en los últimos años, y al enfrentar el confinamiento debido a la pandemia, estas horas se han visto incrementadas, aunado al hecho de que veamos el uso ininterrumpido de los dispositivos como un comportamiento natural y necesario. Infortunadamente, las consecuencias pueden ser no muy favorables para la salud de los jóvenes; en los resultados presentados, aunque los indicadores son bajos, sí puede existir una relación entre el uso excesivo del móvil y del internet y el deseo de consumir alcohol, como lo señalan los estudios realizados por Frank (2010, citado en Garrote, 2013), que muestran un porcentaje de adolescentes hiperconectados en comparación con quienes hacían uso no tan intensivo del móvil y del internet. Por otra parte, se

determinó un incremento de riesgo de desarrollar ciertas conductas: 84% de consumir drogas ilegales, 94% de participar en peleas y 64% de consumir alcohol en exceso. Los resultados reflejan que el exceso de uso de la tecnología les ocasiona a los participantes problemas familiares o ansiedad por no estar conectados. Estos hallazgos coinciden con los presentados por Díaz-Vicario et al. (2019), quienes confirman que el uso de las tecnologías tiene una amplia presencia en la vida cotidiana, sugiriendo que su uso excesivo genera impactos negativos en los ámbitos académico, social y familiar de los jóvenes.

Conclusión

Al igual que en México, en el estado de Zacatecas el consumo de alcohol representa un problema serio de salud pública, principalmente entre los adolescentes, ya que los índices de consumo se encuentran por arriba de la media nacional. Es preocupante la edad de inicio de consumo de alcohol, el cual puede relacionarse con la facilidad con la que la sustancia puede encontrarse, inclusive en el propio hogar. El uso excesivo de la tecnología causa una serie de desajustes en la vida del estudiante, los cuales pueden afectar su entorno social, familiar y escolar, así como motivar el consumo de alguna sustancia, ya que ambas actividades se pueden considerar de ocio y socialización, lo que puede establecer una unión entre ellas. Actualmente, el uso excesivo de las tecnologías no es considerado una adicción como tal, pero sí constituye un problema de conducta que puede ocasionar comportamientos similares a los de una persona que tiene algún problema de adicción hacia alguna sustancia, tales como: saliencia, modificaciones de humor al no poder tener acceso a ellas, tolerancia, síndrome de abstinencia y conflictos interpersonales. En el DSM-V y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), a partir de enero de 2022, finalmente se ha decidido incluir el “trastorno por videojuegos” (*Gaming disorder*), que se refiere al uso excesivo de juegos digitales o videojuegos, ya sea mediante conexión a internet o sin ella. Esto representa un parteaguas para esta línea de investigación, ya que lograr una detección oportuna permite orientar el trabajo como grupo de investigación de adicciones para planear acciones de prevención

y concientización sobre el buen uso de la tecnología y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios.

Referencias

- Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 210-217.
- Deloitte. (2019). *Hábitos de los consumidores móviles en México*. <https://www2.deloitte.com/mx/es/pages/technology/articulos/habitos-consumidores-moviles-2019.html>
- Díaz-Vicario, A., Mercader Juan, C. y Gairín Sallán, J. (2019). Uso problemático de las TIC en adolescentes. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 12. <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/1882/1740>
- El Universal*. (2020, 08 de febrero). Editorial. Adicciones y pandemia. <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/editorial-el-universal/adicciones-y-pandemia>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Se dispara el uso de pantallas en niños y niñas durante el confinamiento*. <https://ciudadesamigas.org/pantallas-infancia-cuarentena/>
- García, P. (2020, 19 de agosto). Adicción a las nuevas tecnologías crece durante el confinamiento. *GN Diario*. <https://www.gndiario.com/adiccion-nuevas-tecnologias-confinamiento>
- García Méndez, T. J. (2017). *Valores y consumo de alcohol y tabaco en jóvenes universitarios*. [Tesis de maestría] Universidad Autónoma de Nuevo León [Repositorio Académico Digital]. <http://eprints.uanl.mx/14469/1/1080252251.pdf>
- Garrote Pérez de Aveniz, G. (2013). *Uso y abuso de tecnologías en adolescentes y su relación con algunas variables de personalidad, estilos de crianza, consumo de alcohol y autopercepción como estudiante*. [Tesis doctoral] Universidad de Burgos. <https://1library.co/document/qo5nj6ky-tecnologias-adolescentes-relacion-variables-personalidad-estilos-autopercepcion-estudiante.html>

- Griffiths, M. (2000). Does internet and computer “addiction” exist? Some case study evidence. *Cyber Psychology and Behavior*, 3, 211-218.
- Labrador, F. J., Villadangos, S. M., Crespo, M. y Becoña, E. (2013). Desarrollo y validación del cuestionario de uso problemático de nuevas tecnologías (UPNT). *Anales de Psicología*, 29(3), 836-847. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.159291>
- Martínez Córdor, D., Martínez González, F. y Velázquez Miranda, A. (2018). Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de primero de Medicina de la Universidad del País Vasco. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(1), 12-28. https://www.aesed.com/upload/files/vol-43/n1/num-completos/v43n1_orig1.pdf
- National Geographic. (2020, 26 de marzo). *Especialistas revelan que la cuarentena puede abrir la puerta a las adicciones*. <https://www.ngenespanol.com/salud/especialistas-revelan-que-la-cuarentena-puede-abrir-la-puerta-a-las-adicciones/>
- Pacher, F. J. (2009). *La adicción a internet y los rasgos de personalidad*. [https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12600/La Adicci%C3%B3n a Internet y personalidad.pdf?sequence=1](https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12600/La%20Adicci%C3%B3n%20a%20Internet%20y%20personalidad.pdf?sequence=1)
- Reporte Índigo. (2019). El uso “mexicano” de las TIC’s. [Archivo de video]. <https://www.youtube.com/watch?v=71KGjpZEx0w>
- Rojas Clara, C. (2020). Cuarentena, aislamiento forzado y uso de drogas. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(1), 24-28. <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/395/442>
- Secretaría de Salud. (2020). *Fortalecen acciones para disminuir bebidas alcohólicas*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/207-fortalecen-acciones-para-disminuir-consumo-de-bebidas-alcoholicas?idiom=es>
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. Presentación de resultados. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

- Telumbre-Terrero, J. Y. y Sánchez-Jaimes, B. E. (2015). Consumo de alcohol en adolescentes del estado de Guerrero, México. *Salud y Drogas*, 15(1), 79-86. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83938758008>
- Vargas, S. (2020, 17 de junio). Estrés tecnológico durante el confinamiento. *Eje Central*. <https://www.ejecentral.com.mx/estres-tecnologico-durante-el-confinamiento/>

Estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas

Samaniego-Garay, Rafael Armando^{1}*

Del Río-Mendoza, María de Lourdes²

García-Alonso, Isauro¹

Reyna-Barajas, Gloria Velia¹

Velázquez-Sandoval, Sandra Isela²

RESUMEN

Introducción: Actualmente, y después de los efectos de la pandemia de SARS-CoV-2, la investigación sobre los estados anímicos y emocionales en estudiantes de la carrera de Enfermería es una tarea necesaria para la psicología y las ciencias de la salud. Las diferentes modalidades de enseñanza, las relaciones interpersonales distantes o de reencuentro, la restricción de las horas de sueño, entre otros elementos, en muchas ocasiones llevan a los estudiantes a desarrollar cuadros clínicos relacionados con el estrés, la ansiedad y la depresión. **Objetivo:** Conocer si existe relación entre el estrés, la ansiedad y la depresión en estudiantes de semestres avanzados de la carrera de Enfermería. **Metodología:** Estudio descriptivo-correlacional. **Muestra:** Tipo de muestreo intencional, el tamaño de la muestra fue de 132 participantes. **Instrumentos:** Se utilizó la escala DASS-21 de Gurrola et al. Se realizaron análisis descriptivos y se utilizó la prueba de Pearson (r). **Resultados:** Existen correlaciones significativas entre los tres factores de estrés, ansiedad y depresión, así, los resultados manifiestan importantes retos de intervención bio-psico-social; consideramos necesario realizar con mayor frecuencia estudios sobre factores psicológicos en estudiantes de Enfermería. Es importante contar con una

¹ Unidad Académica de Psicología, Universidad Autónoma de Zacatecas.

* Contacto: rasaman@uaz.edu.mx

² Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas.

visión más amplia de la situación de salud mental que ellos atraviesan y que esto permita implementar estrategias de atención a la salud mental a corto y mediano plazos.

Palabras clave: estrés, depresión, ansiedad, estudiantes, enfermería

ABSTRACT

Currently, and after the effects of the SARS-COV2 pandemic, research on moods and emotional states in Nursing students is a necessary task for psychology and health sciences. Where, the different teaching modalities, distant or reunion interpersonal relationships, the restriction of sleeping hours, among others, often lead students to develop clinical pictures related to stress, anxiety, and depression. **Objective:** To know if there is a relationship between stress, anxiety, and depression in students of advanced semesters of the Nursing career. **Type of study:** Descriptive-correlational. **Sample:** Type of intentional sampling and sample size was 132 participants. **Instruments:** The DASS-21 scale, Gurrola, G. M., Balcázar, P. was used. Descriptive analyzes were performed and the Pearson (r) test was used. **Results:** There are significant correlations between the three factors of stress, anxiety, and depression, thus, the results show important bio-psycho-social intervention challenges, we consider it necessary to carry out more frequent studies on psychological factors in Nursing students. It is important to have a broader vision of the mental health situation that they are going through and that this allows for the implementation of short- and medium-term mental health care strategies.

Keywords: stress, depression, anxiety, students, nursing

Introducción

En el presente apartado se describirán las variables seleccionadas para el estudio, a saber: estrés, ansiedad y depresión.

En cuanto al estrés, la literatura describe que Han Selye (1976) observó que los pacientes presentaban una sintomatología en común: cansancio, astenia, pérdida de apetito, bajo peso, entre otras, fenómeno al que denominó “Síndrome de estar enfermo”.

En relación con lo anterior, el eje hipofisoadrenal se encarga de activar las reacciones físicas y psíquicas por medio de la secreción de la hormona adenocorticotropa (ACTH), la cual estimula las glándulas suprarrenales para producir corticoides (glucocorticoides y andrógenos) que en el torrente sanguíneo originan una excitación

orgánica que prepara al organismo para el afrontamiento por medio del aumento de la frecuencia cardiaca, la contracción del bazo para liberar eritrocitos, la vasoconstricción periférica, la vasodilatación a nivel muscular, cardiaco y cerebral, la dilatación de las pupilas y el aumento de la coagulación sanguínea y de linfocitos. Por su parte, el sistema nervioso vegetativo secreta catecolaminas (adrenalina y nora-drenalina) que se encargan de poner al cuerpo en un estado de alerta y prepararlo para la lucha o huida; sin embargo, estas respuestas en el organismo dependerán de la percepción que el individuo tenga sobre las demandas del trabajo (Nogareda-Cuixart, 1994).

En el ámbito fisiológico, el estrés produce dolor muscular, sequedad de boca, hiperventilación, taquipnea, vómitos, diarrea, colitis, poliuria, fatiga, dermatitis e hipertensión arterial. En el ámbito psicológico se desencadenan estados de ansiedad, pérdida del sentido del humor, pesadillas, insomnio, dificultad en la capacidad de concentración, en el aprendizaje y en la memoria. Las consecuencias que el estrés genera a nivel social están relacionadas con un cambio de conducta que tiende a la agresión, la irritabilidad, la suspicacia y el aislamiento, los cuales deteriorarán las relaciones interpersonales, que resultan relevantes al momento de establecer redes de apoyo (Nogareda-Cuixart, 1994).

En lo referente a la ansiedad, observamos que existe gran variedad de construcciones conceptuales que han sido utilizadas para definir este factor psicológico; además, se han publicado múltiples estudios en relación con este tema en el campo de la salud mental, donde se ha destacado multiplicidad de acepciones y además su carácter ambiguo, generando debate y confusión respecto a su definición, por tanto, delimitar las cualidades del término ansiedad es fundamental para su entendimiento y estudio en toda su extensión (Sarudiansky, 2013).

El modelo que ha tenido mayor difusión y valor dentro de la investigación ha sido el de Charles D. Spielberg, quien considera la ansiedad-estado como una emoción que es temporal y la ansiedad-rasgo como una característica de personalidad y la tendencia a responder a las situaciones de forma ansiosa (Fernández-Abascal et al., 2010). De tal manera que, si se tratara de enlistar los signos y síntomas principales de la ansiedad, estos se pueden presentar de forma muy general de la siguiente manera:

- Sensación de nerviosismo, agitación o tensión.
- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe.
- Aumento del ritmo cardiaco.
- Respiración acelerada (hiperventilación).
- Sudoración.
- Temblores.
- Sensación de debilidad o cansancio.

Con lo anterior, observamos que la ansiedad se caracteriza por tensión, sufrimiento y sentimientos de peligro por algo que, supuestamente, habrá de suceder y por una activación del sistema nervioso simpático, ya que en la ansiedad el objeto o razón de la ansiedad no siempre es claro; la intensidad de la ansiedad suele ser mayor que el peligro objetivo. En el caso del grupo de los estudiantes de enfermería, sobresalen como elementos detonantes sobrecarga de trabajo, ambiente laboral negativo, turnos diferenciados, largas jornadas de trabajo, privación de sueño, quejas o malos tratos de los pacientes, mala alimentación, los cuales resultarían en la afección de la calidad de vida de los estudiantes y, por consiguiente, en la calidad de atención que brindan a los pacientes.

En cuanto a la depresión, desde la disciplina de la psicología y retomando algunos de los elementos de las tríadas anteriores, se trataba de generar una definición respecto a la depresión, y en general, se puede decir que la psicología la entendía como un trastorno mental que implicaba también indefensión, desesperanza, culpa e inutilidad, y que estos elementos pueden estar acompañados de alteraciones de la alimentación, del sueño, el auto abandono, la inactividad y la pérdida de iniciativa personal, esto en relación con diversas lecturas generales que se llevaron a cabo en fuentes de información como diccionarios y enciclopedias de la disciplina de la psicología.

Sin embargo, como podemos observar, ninguna de las dos definiciones está cercana a lo que desde el punto de vista científico pueda servir para fundamentar de manera más amplia y sólida el conocimiento en cuanto a este trastorno del estado de ánimo. Esto trae como consecuencia que el concepto de depresión bien puede ser —y es— utilizado de manera arbitraria y confusa por diversas disciplinas en el campo de la salud en general.

Por otra parte, retomando la información que ofrece una de las herramientas que ha tomado mayor fuerza durante las últimas décadas en el campo de los trastornos y enfermedades mentales y que, de igual manera, ha tomado gran aceptación y uso por parte de los diferentes profesionales de la salud, el *Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales* (DSM V; American Psychiatric Association, 2014) presenta los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno depresivo:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso) (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la

información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio con un plan específico.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no de la esquizofrenia y psicosis.

Como bien es sabido en la actualidad, en la depresión interviene una compleja combinación de factores anímicos, emocionales, biológicos, contextuales y ambientales que, en su conjunto o de manera parcial, algunos de estos son capaces de desencadenar la aparición, el curso y desarrollo de este trastorno mental con su respectivo cuadro de signos y síntomas (Zarraoitiá, 2011).

En términos generales, la depresión es una alteración del estado de ánimo que conlleva agotamiento emocional, afectando todas las áreas de la vida de la persona: la familiar, la social, la laboral.

En el caso del grupo de estudio que aquí se pretende abordar, se ha encontrado que los estudiantes de enfermería no están exentos de padecer este tipo de trastornos, ya que reportan tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración.

Objetivos

- Evaluar si el estrés tiene relación con la ansiedad y la depresión en estudiantes de semestres avanzados de la carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

- Comparar si existe diferencia de género en el estrés, la ansiedad y la depresión en estudiantes de semestres avanzados de la carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

Material y método

Dado que es una investigación que se realizó con el fin de analizar si el estrés tiene relación con la ansiedad y la depresión en estudiantes de semestres avanzados de la carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas, se implementó un tipo de estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal (Kerlinger y Lee, 2002). Los participantes en este estudio fueron estudiantes de semestres avanzados de la carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas que se encontraban realizando sus prácticas profesionales y su servicio social en las distintas clínicas, centros de salud y hospitales del estado de Zacatecas de donde se obtuvo una muestra representativa. Con base en su participación voluntaria, se buscó que los informantes cumplieran con diferentes criterios de inclusión, de exclusión y de eliminación necesarios para que fueran considerados como participantes del estudio. Entre otros criterios de información, se tiene contemplado obtener datos de: rango de edades, género, número de hijos, estado civil, características sobre el esquema de prácticas profesionales o de servicio social que otorgan, turnos, estado de salud físico y mental, por ejemplo. Para efectos de la presente investigación, se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico de tipo intencional. De esta forma, el tamaño de la muestra fue de 98 participantes.

Se utilizó una cédula de entrevista que permitió obtener información de diversas dimensiones importantes relacionadas con las principales variables de este estudio, a saber: Dimensión 1: Datos sociodemográficos; Dimensión 2: Trastornos mentales.

Para la medición de las diferentes variables que se plantearon en el presente estudio, se seleccionó el siguiente instrumento: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21 (Henry y Crawford, 2005), validada para México por Gurrola, Balcázar, Bonilla y Virseda (2006).

Es una escala auto aplicable que consta de 21 reactivos con escala tipo Likert ascendente de 0 a 3 en la que se indica la frecuencia en que la situación descrita en el reactivo se presenta. Consta de 3 dimensiones con 7 reactivos cada una:

1. *Depresión*: cuenta con reactivos relacionados con tristeza, expectación, fortaleza personal, baja afectividad, positividad, entusiasmo, pérdida de sentido de vida y fortaleza (alfa de Cronbach de .81).
2. *Ansiedad*: contiene reactivos relacionados con agitación psicofisiológica, hipo e hiperventilación, resequedad de boca, taquicardia, miedo, pánico, temblores (alfa de Cronbach de .79).
3. *Estrés*: cuenta con reactivos relacionados con reactividad, susceptibilidad, nerviosismo, tranquilidad, cansancio paulatino, intolerancia y agitación (alfa de Cronbach de .76). La escala DASS-21 mostró una estructura y carga factorial igual o mayor a .40 y una consistencia interna que la hacen confiable para evaluar los constructos que mide, reportando una fiabilidad alfa de Cronbach total de .86.

La recolección de los datos se llevó a cabo sometiendo el protocolo de investigación a los comités de ética en la investigación y departamentos de enseñanza de las clínicas y hospitales para su debida revisión y aprobación. Una vez obtenido el permiso para la realización del trabajo de campo, la aplicación de la cédula de entrevista y del instrumento se hizo a través de un formulario de Google, el cual incluía los instrumentos antes señalados y se distribuyó de manera electrónica a los estudiantes en el estado de Zacatecas. En los aspectos éticos y de acuerdo con los apartados que se marcan dentro del código ético de la Sociedad Mexicana de Psicología, también se plantea que existen normas de conducta que se basan en una serie de principios y acciones éticas que están en función de la calidad de las intervenciones psicológicas, también en la calidad de la enseñanza, supervisión e investigación, y en los resultados del psicólogo, como la comunicación de resultados y la confidencialidad de estos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

En lo referente al análisis estadístico de los datos, se realizaron análisis descriptivos (f), medias (\bar{X}) y porcentajes (%) para las diferentes dimensiones que integran la cédula de entrevista. En cuanto a la relación del estrés con la ansiedad y la depresión en estudiantes de semestres avanzados de la carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas, los datos se sometieron a la prueba del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r); el resultado es que la prueba aquí planteada sí cumple con los supuestos de las pruebas paramétricas.

Resultados

Tabla 1. Perfil de la muestra

	f	%
<i>Género</i>		
Femenino	90	91.8
Masculino	8	8.2
<i>Estado civil</i>		
Soltero	74	75.5
Casado	16	16.3
Unión libre	8	8.2
Edad: Rango: 22 a 36 años Media: 23.52 años		

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 1, la muestra de estudiantes que se encuentran realizando su servicio social en la carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas fue de 98 participantes, la cual se estableció de la siguiente forma: en la distribución del género, 90 estudiantes son mujeres (91.8%) y 8 son hombres (8.2%). En cuanto al estado civil, se observa que la mayoría de los estudiantes ($n= 74$) son solteros (75.5%), seguidos de los casados ($n= 16$; 16.3%), y en unión libre ($n= 8$; 8.2%). En lo referente a la edad de los participantes, van desde los 22 hasta los 36 años, con una media de 23.5 años al momento de la recolección de los datos.

Tabla 2. Diagnóstico de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de servicio social en la carrera de Enfermería

	<i>Sí</i>		<i>No</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Estrés	23	23.5	75	76.5
Ansiedad	27	27.6	71	72.4
Depresión	23	23.5	75	76.5

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 2, en la muestra de estudiantes que se encuentran realizando su servicio social en la carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas, y en lo referente a los diagnósticos que se reportaron en relación con el estrés, la ansiedad y la depresión, se tiene lo siguiente: en lo que corresponde al estrés, sólo 23 estudiantes reportan haber contado con el diagnóstico correspondiente (23.5%) y 75 mencionan no contar con un diagnóstico sobre este factor (76.5%). En lo que corresponde a la ansiedad, sólo 27 estudiantes reportan contar el diagnóstico (27.6%) y 71 mencionan no tenerlo (72.4%). En lo referente a la depresión, 23 estudiantes reportan contar con el diagnóstico (23.5%) y 75 mencionan no tenerlo (76.5%).

Tabla 3. Hallazgos importantes de la correlación de Pearson (*r*) para estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de la carrera de Enfermería

		<i>Estrés</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Depresión</i>
Estrés <i>n</i> = 98	Correlación de Pearson	1	.891**	.844**
	Sig. (bilateral)		.000	.000
Ansiedad	Correlación de Pearson	.891**	1	.797**
	Sig. (bilateral)	.000		.000
Depresión	Correlación de Pearson	.844**	.797**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3 observamos los resultados generales de la prueba estadística de coeficiente de correlación producto-momento de Pearson (r), la cual establece que sí existen correlaciones entre las variables de estrés, ansiedad y depresión en los estudiantes, ya que los hallazgos principales muestran correlaciones significativas positivas: Estrés muestra una correlación positiva con la variable Ansiedad ($r = .89, p = < .000$). La segunda correlación positiva se ubica entre Estrés y Depresión ($r = .84, p < .000$), generando un total de tres asociaciones positivas altas entre las variables del presente estudio.

Discusión

Se postula que 85% de personas que padecen depresión también sufren significativos síntomas de ansiedad, y de manera similar ocurre en 90% de personas con ansiedad en las que se presentan síntomas de depresión (Gorman, 1996; Muñoz et al., 2005; Shankman y Klein, 2003).

Los resultados demuestran que el estrés (caracterizado por reactividad, susceptibilidad, nerviosismo, intranquilidad, cansancio paulatino, intolerancia y agitación) mostró asociaciones positivas y altas con la ansiedad (caracterizada por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos) y también con la depresión (entendida en lo general como tristeza, expectación, fortaleza personal, baja afectividad, positividad y entusiasmo, pérdida de sentido de vida y fortaleza).

Con base en lo anterior, observamos que al estrés en el ámbito escolar se le suele interpretar en referencia a una amplia gama de experiencias, entre las que figuran el nerviosismo, la tensión, el cansancio, el agobio, la inquietud y otras sensaciones similares, como la desmesurada presión escolar, laboral o de otra índole.

En cuanto a la depresión, los estudiantes presentan desinterés, dificultades en la concentración y en la atención, factores que pueden influir en el rendimiento académico, y más aún, cuando su duración se prolonga en el tiempo.

En relación con la ansiedad, y para el caso de los estudiantes, se observa que dicho estado puede interferir con la capacidad

de enfocarse y de aprender, lo que puede conllevar problemas en la escuela y, por ende, tener un impacto a largo plazo. También es posible que ocasione problemas físicos, tales como dolores de cabeza, dolor crónico, problemas digestivos y enfermedades del corazón más adelante. En lo general, llama la atención que las tres variables de estudio interfieren de manera significativa en el ámbito escolar de los estudiantes: relación con los compañeros, relación con los docentes, actividades de servicio social, hábitos de estudio, cumplimiento de tareas escolares, y más aún, después de pasar por la suspensión de su actividad cotidiana por causa de la pandemia.

Conclusión

De acuerdo con los resultados encontrados en el presente estudio, es imperante reforzar la atención, investigación e intervención sobre los factores psicológicos aquí abordados, los cuales dependen del aspecto anímico, emocional y comportamental de los seres humanos, en este caso, de los estudiantes de licenciatura de la carrera de Enfermería. Con base en lo anterior, podemos generar las siguientes sugerencias de actuación:

- Incrementar el número de investigaciones relacionadas con el estado anímico y emocional de los estudiantes de la carrera de Enfermería desde un abordaje de tipo inter y multidisciplinario, a través de estrategias de intervención que se vean reflejadas en programas y proyectos que coadyuven a generar bienestar individual en los estudiantes y, por ende, también un mejor rendimiento y aprovechamiento escolar.
- Implementar campañas permanentes de psicoeducación relacionadas con el estrés, la ansiedad y la depresión, por medio de las cuales se ayude a la identificación de sus manifestaciones clínicas y cómo éstas —ya sea de una manera directa o indirecta— generan una afectación en las actividades escolares (rendimiento y aprovechamiento en su formación académica y escolar, abandono, reprobación y hasta deserción escolar), con posibles consecuencias negativas en su aspecto personal

(consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, enfermedades físicas, entre otras).

- Implementar un programa de atención a la salud integral del estudiante de la carrera de Enfermería orientado principalmente al tratamiento psicológico de los alumnos, donde también puede ser posible la participación de otros profesionales de la salud tales como especialistas de la medicina, fisioterapeutas, nutriólogos, por ejemplo, con el objetivo de que el estudiante pueda transitar de la mejor manera posible sus estudios universitarios.

Para terminar, establecemos que las anteriores sugerencias generales de actuación también permitirían que los estudiantes se pudieran integrar a las instituciones de salud para llevar a cabo actividades académico-formativas en su rol de prestadores de servicio social de una manera apta y favorable para ellos, y que cuando los estudiantes se encuentren en dichos escenarios de participación clínica y hospitalaria, los cuadros de estrés, ansiedad y depresión no generen un impacto mayor en su calidad de vida y en la prestación de sus servicios a la población.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5a. Ed.). Médica Panamericana.
- Fernández-Abascal, E. G., Rodríguez, B. G., Sánchez, M. P. J., Díaz, M. D. M. y Sánchez, F. J. D. (2010). *Psicología de la emoción*. UNED/ Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Gorman, J. M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4, 160-168.
- Gurrola Peña, G. M., Balcázar Nava, P., Bonilla Muños, M. P. y Virseda Heras, J. A. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés en una muestra no clínica (DASS-21). *Psicología y Ciencia Social*, 8(002), 3-7. <http://www.redalyc.org/pdf/314/31480201.pdf>
- Henry, J. D. y Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity

- and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16004657/>
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. McGraw-Hill/Interamericana.
- Muñoz, R., McBride, M., Brnabic, J., López, C., Hetem, L., Secin, R. y Dueñas, H. (2005). Major depressive disorder in Latin America: the relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 86, 93-98.
- Nogareda-Cuixart, S. (1994). *Fisiología del estrés*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. http://www.insht.es/Insh-tWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_355.pdf
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28.
- Selye, H. (1976). *The stress of life* (2a. Ed.). McGraw-Hill.
- Shankman, S. y Klein, D. (2003). The relation between depression and anxiety: an evaluation of the tripartite, approach-withdrawal and valence arousal models. *Clinical Psychology Review*, 23, 605-637.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código Ético del psicólogo* (5a. Ed.). Trillas.
- Zarraoitiá, A. I. (2011). *Depresión: generalidades y particularidades*. Ciencias Médicas.

Estrés académico y ansiedad en estudiantes de licenciatura en Enfermería

Clemente-Arias, Zitlally Anahí^{1}*

De Ávila-Arroyo, María Luz¹

Tenabua-Quitl, Inés¹

Torres-Reyes, Alejandro¹

Gallegos-Acevedo, Ma. Guadalupe²

Contreras-De la Fuente, Hilda Saray²

RESUMEN

Introducción: A nivel mundial, los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública: de 10 a 25% de la población adulta desarrolla algún problema por esta causa. En estudiantes de enfermería se reporta que entre 30 y 45% padecen estrés, así como 13 a 17% ansiedad; esto puede provocar la deserción escolar, mortalidad, pérdida de años escolares y exacerbar las condiciones de padecer enfermedades crónicas. **Objetivo:** Identificar la relación de estrés académico y ansiedad en estudiantes de la licenciatura en Enfermería. **Método del estudio:** Estudio descriptivo, comparativo y correlacional. La población fue de 561 estudiantes de licenciatura en Enfermería de 18 a 28 años de una universidad pública en el estado Puebla; la muestra se conformó por 275 estudiantes, se llevó a cabo un muestreo aleatorio estratificado por grado y grupo escolar y se utilizó el inventario de estrés académico (SV-21) segunda versión e inventario de Ansiedad de Beck. Para analizar los datos se aplicó ANOVA y correlación de Pearson. El estudio se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación. **Resultados:** 93% presentó estrés académico, 42.6% en grado severo, 32.8% moderado y 24.6% leve. En el caso de la ansiedad,

¹ Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

* Contacto: maluz_deavila@hotmail.com

² Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas.

estuvo presente en el total de la muestra: en 35.3% fue leve, en 29.5% moderada, en 17.8% mínima y en 17.5% severa. Existieron diferencias significativas entre el estrés académico ($F= 3.31, p= .002$) y ansiedad ($F= 2.06, p= .048$) por semestre. Existe una relación positiva y significativa moderada entre el estrés académico y la ansiedad ($r= .461; p= .001$). **Conclusiones:** Los estudiantes de licenciatura en Enfermería presentan elevados porcentajes de estrés académico y ansiedad, además, el incremento del estrés aumenta la ansiedad, por tanto, se deben implementar estrategias que les permitan a los estudiantes adquirir competencias socioemocionales adecuadas para afrontar estos padecimientos.

Palabras clave: estrés, estrés académico, ansiedad, estudiantes de enfermería

ABSTRACT

Introduction: Worldwide mental disorders are a serious public health problem, from 10 to 25% of the adult population develops a problem for this reason. In nursing students, it is reported that 30% and 45% suffer from stress, as well as 13% to 17% anxiety; this can lead to school dropout, mortality, loss of school years, and exacerbate chronic disease conditions. **Objective:** To identify the relationship between academic stress and anxiety in undergraduate nursing students. **Study method:** Descriptive, comparative and correlational study. The population was 561 undergraduate nursing students aged 18 to 28 from a public university in Puebla; The sample consisted of 275 students, a random sampling stratified by grade and school group was carried out, and the second version of the Academic Stress Inventory (SV-21) and the Beck Anxiety Inventory were used. To analyze the data, ANOVA and Pearson's correlation were applied. The study adhered to the General Health Law on Research. **Results:** 93% presented academic stress, of this 42.6% was severe, 32.8% moderate and 24.6% mild. In the case of anxiety, it was present in the total sample, in 35.3% it was mild, 29.5% moderate, 17.8% minimal and 17.5% severe. There was a significant difference between academic stress ($F = 3.31, p = .002$) and anxiety ($F = 2.06, p = .048$) per semester. There is a moderate positive and significant relationship between academic stress and anxiety ($r = .461; p = .001$). **Conclusions:** Nursing undergraduate students present high percentages of academic stress and anxiety, in addition, the increase in this increases anxiety, therefore strategies must be addressed in students that allow them to acquire socio-emotional skills to face these conditions.

Keywords: stress, academic stress, anxiety, nursing students

Introducción

Los trastornos mentales constituyen un problema de salud pública e implican un alto costo social, pues las tasas de prevalencia oscilan entre 12.2 y 48.6% en la vida y 8.4 a 29.1% de manera anual; además, 14% de la carga de morbilidad en países de ingreso bajo y mediano es atribuible a los padecimientos mentales, entre los que destacan depresión, estrés y ansiedad (Secretaría de Salud, 2018). Estos son calificados como factores de riesgo que exacerbaban las condiciones de padecer enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, infarto agudo al miocardio y cáncer (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2017).

El estrés afecta a 50% de la población a nivel mundial, provoca manifestaciones cognitivas, emocionales y conductuales que impactan en la salud (Gutiérrez y Amador, 2016; Castro y Luévano, 2018; Montalvo-Prieto et al., 2015; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). En el caso de la ansiedad, ésta se presenta en más de 260 millones de personas en el mundo, y en la región de las Américas, 2.1% de quienes la padecen presentan altos niveles de discapacidad (OMS, 2017; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018); a nivel escolar, estas condiciones también son un problema, pues afectan a los estudiantes en diferentes ámbitos educativos.

En el nivel superior se presenta estrés académico, pues frente a la presencia de estresores, el estudiante se ve obligado a emplear estrategias de afrontamiento ante las amenazas que alteran su equilibrio, ya que existen situaciones que no son controladas por ellos, por lo que deben pasar por un proceso psicológico y de adaptación al valorar las demandas denominadas estresores, entre ellas, la competitividad, sobrecarga de tareas, tiempo limitado para hacer el trabajo y el tipo de labores que los profesores solicitan (Barraza, 2007a; 2007b; Barraza-Macías, 2018). Entre los síntomas que se presentan por esta causa destacan los físicos, psicológicos y comportamentales. En el caso de los estudiantes de enfermería, se ha reportado que asistir a práctica clínica y comunitaria, el contacto con los pacientes, experimentar con el dolor, aumento en la carga de trabajo y horarios prolongados son situaciones que propician la presencia del estrés (Dios et al., 2017; Garay et al., 2018).

A nivel nacional, se identificó que los principales estresores de los estudiantes son la sobrecarga de tareas, programación de exámenes y deficiencias metodológicas del profesorado (Garay et al., 2018; Toribio-Ferrer y Franco-Bárceñas, 2016), también que elevados niveles de estrés académico aumentan la frecuencia de enfermedades infecciosas como resfriado común (61.7%), herpes (21.3%) y los estudiantes se vuelven vulnerables a presentar ansiedad por esta causa (Marty et al., 2005).

La literatura señala que de 85 a 98% de estudiantes de enfermería experimentan estrés académico de manera frecuente (Jerez-Mendoza y Oyarzo-Barria, 2015; Maldonado y Muñoz, 2019), y que entre 30 y más de 40% de ellos presentan niveles altos y medios. Los estresores que se detectaron con mayor prevalencia fueron la sobrecarga del estudiante (82%), programación de exámenes (70.72%) y deficiencias metodológicas del profesorado (64.5%), además de tiempo limitado para hacer trabajos (81.2%). Asimismo, se encontró que el estrés académico prevaleció en segundo (39.3%), tercero (38.3%) y primer semestre (28.6%), además de que los síntomas que más destacaron fueron la necesidad de dormir, problemas para concentrarse, somnolencia, fatiga, tristeza, dolor de cabeza y ansiedad (Garay et al., 2018; Montalvo-Prieto et al., 2015; Sarduy et al., 2019).

De manera que, al padecer estrés académico, existe vulnerabilidad para que se presente la ansiedad, pues ésta es una respuesta adaptativa o sistema de alarma que prepara al organismo a contener contra un peligro potencial. Cuando existe un estímulo previo y la intensidad es excesiva o de duración prolongada, se genera un grado de disfuncionalidad en las personas, identificado con inquietud, aprehensión, aumento en la vigilancia del entorno, tensión muscular, dificultad para concentrarse y presencia de síntomas autonómicos entre los que destacan palpitaciones, sudoración, falta de aliento y molestias digestivas; en casos extremos, se puede describir una sensación de irrealidad y estar separado de uno mismo, temor a desmayarse o morir (Pérez, 2003; Secretaría de Salud, 2010).

Esta situación también la enfrentan los estudiantes de enfermería, pues entre ellos se reporta la presencia de ansiedad en un nivel principalmente moderado (47.4%), seguido de leve (32.1%) y severo (20.5%). Los síntomas que se presentan fueron sentirse bajo presión

($M = 2.28$, $DE = 0.09$), tenso ($M = 2.04$, $DE = 0.09$), nervioso ($M = 1.96$, $DE = 0.17$), asustado ($M = 1.57$, $DE = 0.15$), preocupado por posibles desgracias futuras ($M = 1.54$, $DE = 0.15$) (Castillo et al., 2016).

Pese a la problemática que refleja la presencia de estas variables en el contexto universitario, en la revisión de la literatura no se han encontrado suficientes investigaciones que muestren el estudio de estrés académico y ansiedad, así como la relación entre estas variables en estudiantes de licenciatura en Enfermería en Puebla. Sin embargo, estudios internacionales y a nivel nacional evidenciaron la presencia y el nivel de estrés académico y ansiedad en estudiantes de enfermería, por tanto, los resultados que se obtengan a partir de esta investigación podrán contribuir a llenar este vacío de conocimientos en el estado de Puebla. Además, permitirá a la disciplina ampliar la visión para la investigación de variables relacionadas con la salud mental y evidenciar su impacto en el ambiente universitario, para con ello establecer intervenciones que ayuden al manejo y control del estrés académico y ansiedad, así como la prevención de posibles enfermedades asociadas a estas condicionantes.

Objetivo

Identificar la relación del estrés académico y ansiedad en estudiantes de licenciatura en Enfermería.

Material y método

El diseño del estudio fue descriptivo, comparativo y correlacional (Burns y Grove, 2012) aplicado en una población de 561 estudiantes de 18 a 28 años, en una universidad pública del estado de Puebla. El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula de población finita obteniendo una $n = 250$, al que se le agregó 10% para tasa de no respuesta, quedando conformada finalmente por 275 estudiantes. Se llevó a cabo un muestreo probabilístico aleatorio estratificado por semestre y grupo, los estratos se definieron de acuerdo con la proporción del tamaño de la muestra. Para la selección de los estudiantes, se consideró aquellos inscritos al programa educativo de licenciatura en Enfermería en modalidad escolarizada, que fueran seleccionados

de manera aleatoria, estuvieran presentes el día de la recolección de datos y que aceptaran participar en el estudio; se excluyeron aquellos que se negaron y se eliminaron aquellos instrumentos con respuestas dobles o incompletos.

Los datos se recolectaron con el SISCO SV-21 segunda versión (Barraza-Macías, 2018) que mide el estrés académico; el instrumento consta de 21 ítems: el primero es una pregunta filtro que permite determinar si el participante es candidato o no a contestar el inventario, su opción de respuesta es dicotómica (sí/no), y el segundo muestra el nivel de intensidad en un escalamiento de cinco valores numéricos que van del 1 (poco) al 5 (mucho); posteriormente, las preguntas abarcan tres dimensiones: estresores, síntomas y estrategias de afrontamiento; la medición se hace con una escala tipo Likert de seis valores: nunca (0), casi nunca (1), rara vez (2), algunas veces (3), casi siempre (4) y siempre (5). El instrumento presenta los siguientes puntos de corte para clasificar el nivel de estrés académico: de 0 a 48 leve, 49 a 60 moderado, y del 61 al 100 severo. El inventario reportó un alfa de Cronbach de .876.

En el caso de la ansiedad, se utilizó el inventario de ansiedad de Beck ([BAI], Beck, versión 2001). Integrado por 21 reactivos, con una escala de medición tipo Likert que va desde nada (0), ligeramente (1), moderadamente (2), hasta severamente (3), es considerado como un autorreporte que determina la severidad de los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad. Este instrumento clasifica los niveles de ansiedad de acuerdo con los siguientes puntos de corte con base en la gravedad de los síntomas: de 0 a 5 mínimo, 6 a 15 leve, 16 a 30 moderado y 31 a 63 severo; mostró un alfa de Cronbach de .935 (Secretaría de Salud, 2010).

La investigación se apegó a lo establecido por el Reglamento de Investigación que marca la Ley General de Salud (Secretaría de Salud, 2014), de tal modo que fue sometida para su revisión y autorización en la universidad pública participante, a partir de lo cual se obtuvo el número de registro SIEP/ME/076/2019. Para captar a los estudiantes, se solicitó el registro del total de grupos por semestre, una vez que se cumplió con ello, se realizó la estratificación por semestre y grupo para obtener el tamaño del estrato, en seguida, se acudió a cada estrato para abordar a los participantes que de manera voluntaria decidieron participar, se les informó la importancia, objetivos, procedimiento, riesgos

y beneficios de su participación, además de entregar el consentimiento informado de manera impresa para obtener su firma de autorización, cumpliendo así con las consideraciones éticas para el desarrollo de la investigación. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 23, se identificó que existió distribución normal de las variables, por lo que se utilizó ANOVA y correlación de Pearson.

Resultados

Los resultados indican que el mayor porcentaje de los estudiantes tuvo de 18 a 20 años (50.5%), con un promedio de 23.20 años ($DE = 2.07$); la mayoría eran mujeres (87.3%) y solteras (94.1%); cursaban segundo (20.0%), cuarto (20.0) y sexto semestres (18.2%). En relación con el estrés académico, se encontró que 93% lo presentó; en el caso de la ansiedad, estuvo presente en el total de la muestra, donde los niveles para ambas variables fueron altos (tabla 1). Al realizar comparaciones por grupo de edad, se encontró que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el estrés académico ($t = .947, p = .750$) y la ansiedad ($t = .572, p = .567$).

Tabla 1. Ansiedad en estudiantes de licenciatura en Enfermería

Variable	f	IC 95%		
		%	LS	LI
<i>Estrés académicoⁿ¹</i>				
Leve	60	24.6	34	15
Moderado	80	32.8	43	22
Severo	104	42.6	54	32
<i>Ansiedadⁿ²</i>				
Mínima	49	17.8	26	9
Leve	97	35.3	46	25
Moderada	81	29.5	40	19
Severa	48	17.5	26	9

Nota: la variación del tamaño de la muestra responde al total de estudiantes que señalaron estar preocupados en el semestre, $n^1 = 275, n^2 = 256$

Fuente: elaboración propia.

Al buscar diferencias de las variables por el semestre que cursaban los estudiantes, se encontró que existe diferencia significativa con estrés académico ($F = 3.31, p = .002$), al igual que con ansiedad ($F = 2.06, p = .048$), donde los mayores puntajes se presentaron en el sexto y séptimo semestres, respectivamente, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Prueba ANOVA para estrés académico y ansiedad por semestre de los estudiantes de licenciatura en Enfermería

<i>Variable</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Estrés académico</i>				
Primero	59.17	11.17		
Segundo	53.11	14.03		
Tercero	50.55	14.56	3.31	.002
Cuarto	61.37	12.16		
Quinto	53.77	14.15		
Sexto	61.64	11.71		
Séptimo	57.57	13.24		
Octavo	56.24	13.88		
<i>Estrés académico</i>				
Primero	21.56	12.32		
Segundo	16.09	11.73		
Tercero	17.27	10.22		
Cuarto	20.65	12.40	2.06	.048
Quinto	17.24	13.57		
Sexto	18.62	12.92		
Séptimo	21.70	13.69		
Octavo	12.74	11.06		

Nota: la variación del tamaño de la muestra responde al total de estudiantes que señalaron estar preocupados en el semestre, $n^1 = 275, n^2 = 256$

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, al identificar la relación del estrés académico y ansiedad en los estudiantes de licenciatura en Enfermería, se encontró que

existe una relación positiva y significativa moderada entre las variables ($r = .461$; $p = .001$), datos que se confirmaron con una regresión lineal simple, que muestra una dirección transversal ascendente, de magnitud positiva, con una varianza explicada de $R^2 = 21.3\%$; dicho resultado hace referencia a que el estrés académico explica la presencia de ansiedad entre los estudiantes.

Discusión

Entre los estudiantes de licenciatura en Enfermería de una universidad pública de Puebla, se encontró un elevado porcentaje que presentaba estrés académico, los resultados muestran que los participantes indican estar preocupados en el semestre, todos tienen estrés académico leve, moderado y severo, resultados que coinciden con lo obtenido por otros autores como Maldonado y Muñoz (2019), Sarduy et al. (2019), Montalvo-Prieto et al. (2015) y Jerez-Mendoza y Oyarzo-Barria (2015), en cuyas investigaciones exponen que la población estudiada presentó niveles altos. Por tanto, los hallazgos sugieren que en el contexto académico los estudiantes, al encontrarse en un proceso adaptativo ante las demandas, presentan un desequilibrio sistémico que se manifiesta por la presencia de síntomas que pueden ocasionar alteraciones físicas, psicológicas y comportamentales que interfieren en su vida. Además, que la capacidad de respuesta ante las situaciones amenazantes no es adecuada y posiblemente llegue a ser una vivencia continua, prolongada y dañina que provoque efectos negativos en el rendimiento académico (Barraza-Macías, 2018).

Por otra parte, se evidenció que todos los estudiantes que participaron en el estudio tienen ansiedad, siendo superior en los grados leve y moderada, resultados semejantes a los que obtuvieron Castillo et al. (2016), que indican la presencia de ansiedad en niveles moderados y altos. Esto puede ser porque la ansiedad es una respuesta adaptativa que va a preparar al organismo para actuar ante un potencial peligro que se puede considerar normal, ya que los síntomas pueden ser imperceptibles, lo que se puede reflejar en las actividades del contexto escolar; sin embargo, estos datos llaman la atención, pues la intensidad con que se presente y su duración ocasionan disfuncionalidad en las personas, asimismo, es posible que los estudiantes

manifiesten alteraciones en la concentración, sudoración, palpitaciones y temor.

De manera adicional, al comparar las variables por rango de edad, se identificó que no existen diferencias entre el estrés académico y la ansiedad entre los estudiantes de 18 a 20 años y 21 a 28. Esto se puede explicar desde el punto de vista teórico, que expone que el estrés y la ansiedad dependen más de los mecanismos de afrontamiento de las personas que de la edad, por lo que éste no es un factor condicionante para ello. En relación con el semestre, existen diferencias estadísticamente significativas con el estrés académico, presentándose mayormente en cuarto y sexto semestres; los datos discrepan de los hallazgos de Montalvo-Prieto et al. (2015), quienes señalan que primero, segundo y tercero son los semestres donde se presenta con mayor frecuencia. Estos resultados parecen mostrar que el nivel de estrés puede deberse al grado de complejidad del semestre que se encuentre cursando el estudiante, ya que las exigencias y compromisos pueden ser mayores o diferentes, sobre todo en semestres más avanzados en comparación con los iniciales.

Al identificar la relación del estrés académico y ansiedad en los estudiantes de licenciatura en Enfermería de una universidad pública del estado de Puebla, los resultados evidenciaron una relación positiva y significativa de magnitud moderada, lo que significa que a mayor estrés académico, mayor ansiedad. Dichos datos confirman lo reportado en estudios previos que señalan que la existencia de niveles elevados de estrés condiciona la presencia de manifestaciones de ansiedad en los estudiantes de enfermería (Montalvo-Prieto et al., 2015; Sarduy et al., 2019). Además, desde el punto de vista teórico, pareciera factible que estas dos variables estén relacionadas, dado que cuando la demanda del ambiente académico es alta y rebasa los recursos de afrontamiento que posee el estudiante, se manifestarán una serie de reacciones adaptativas o negativas como la ansiedad, por tanto, al existir un desequilibrio por la presencia e incremento de estrés, éste va a condicionar la ansiedad como una respuesta, por lo que se infiere que los mecanismos de afrontamiento de los estudiantes no son lo suficientemente eficientes para enfrentar las situaciones que interpreten como amenazantes y limiten la presencia tanto de

estrés académico como de ansiedad, y que estos a su vez afecten las actividades académicas del estudiante.

De tal modo que se recomienda replicar el estudio y realizar comparaciones durante la práctica y el curso de las materias teóricas. Asimismo, se sugiere realizar estudios longitudinales para comparar los resultados de acuerdo con el tiempo y establecer intervenciones que permitan manejar la presencia de estrés académico y ansiedad en la formación de estos futuros profesionistas.

Conclusión

Los estudiantes de licenciatura en Enfermería presentan elevados porcentajes de estrés académico y ansiedad, además, el incremento de éste aumenta la ansiedad, por tanto, se deben implementar estrategias que permitan a los estudiantes adquirir competencias socioemocionales para afrontar estos padecimientos. Los hallazgos evidencian un panorama que puede estar afectando a los estudiantes de enfermería durante su proceso de formación, por lo que se considera que estos no sólo deben adquirir conocimientos teóricos sobre las materias del plan de estudios, sino también sobre el desarrollo de habilidades sociales, emocionales y estrategias de afrontamiento que les permitan desarrollar mejor el ejercicio de la profesión de enfermería, donde se les informe sobre los efectos que tienen estas variables sobre la salud física y mental en las personas y cómo identificarlos. Además, se requiere continuar profundizando en el estudio de estas variables para obtener información que permita, en un futuro, desarrollar programas específicos de atención y afrontamiento.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2017). *Actualización Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2017_es-1510859958213.pdf
- Barraza, A. (2007a). El campo de estudio del estrés: del programa de investigación estímulo-respuesta al programa de investigación

- persona-entorno. *Revista Internacional de Psicología*, 8(2), 1-21. <https://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/48>
- Barraza, A. (2007b). El estrés académico en alumnos de maestría y sus variables moduladoras: un diseño de diferencia de grupos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2), 270-289. <http://www.redalyc.org/pdf/799/79926212.pdf>
- Barraza-Macías, A. (2018). *Inventario sistémico cognoscitivista para el estudio del estrés académico*. Ecorfan. [http://www.ecorfan.org/libros/Inventario SISCO SV-21/Inventario sist%C3%A9mico cognoscitivista para el estudio del estr%C3%A9s.pdf](http://www.ecorfan.org/libros/Inventario%20SISCO%20SV-21/Inventario%20sist%C3%A9mico%20cognoscitivista%20para%20el%20estudio%20del%20estr%C3%A9s.pdf)
- Burns, N. y Grove, S. K. (2012). *Investigación en enfermería: fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*. Elsevier.
- Castillo, C., Chacón de la Cruz, T. y Díaz-Veliz, G. (2016). Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Revista de Investigación en Educación Médica*, 5, 230-237.
- Castro, J. y Luévano, E. (2018). Influencia del estrés académico sobre el rendimiento escolar en educación media superior. *Revista Panamericana de Pedagogía*, 26, 97-117.
- Dios, M., Varela, I., Braschi, L. y Sánchez, E. (2017). Estrés en estudiantes de enfermería. *Educación Médica Superior*, 31(3), 111-117.
- Garay, J., Santos, M., Félix, M., Beltrán, M. y Jiménez, V. (2018). Estrés académico en estudiantes universitarios de enfermería. *Paraninfo Digital*, 12(28). <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e166.pdf>
- Gutiérrez, A. y Amador, M. (2016). Estudio del estrés en el ámbito académico para la mejora del rendimiento estudiantil. *Revista Quipukamayok*, 24, 23-28.
- Jerez-Mendoza, M. y Oyarzo-Barria, C. (2015). Estrés académico en estudiantes del departamento de salud de la Universidad de los Lagos Osorno. *Revista Chilena de Neuro psiquiatría*, 5, 149-157. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272015000300002

- Maldonado, S. y Muñoz, M. (2019). *Estrés académico y modos de afrontamiento del estrés en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad privada de Lima Este*. [Tesis]. Universidad Peruana Unión.
- Marty, C., Lavín, M., Figueroa, M., Larraín, D. y Cruz, C. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 43, 25-32. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v43n1/art04.pdf>
- Montalvo-Prieto, A., Blanco-Blanco, K., Cantillo-Martínez, N., Castro-González, Y., Downs-Bryan, A. y Romero-Villadiego, E. (2015). Estrés académico en los estudiantes del Área de la Salud en una universidad pública, Cartagena, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas*, 6(2), 309-318.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Día Mundial de la Salud Mental 2017 - Salud mental en el trabajo*. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-salud-mental-2017-salud-mental-trabajo>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud Mental*. <https://www.who.int/es/health-topics/mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas 2018*. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Pérez, M. (2003). Dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas. *Ciencia*, 54(2). https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54_2/como_produce_ansiedad.pdf
- Sarduy, A., Sarduy, M., Collado, L. y Cardet, A. (2019). *Características del estrés académico presente en estudiantes de enfermería de segundo semestre de la Universidad Estatal Península Santa Elena, Ecuador*. Trabajo presentado en el Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería, La Habana, Cuba. <http://enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/view/271/200>
- Secretaría de Salud. (2010). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Evidencias y recomendaciones*. <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/eyr/IMSS-392-10.pdf>

Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Secretaría de Salud. (2018). *Programa de acción específico. Salud Mental 2013-2018*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud Mental.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf)

Toribio-Ferrer, C. y Franco-Bárceñas, S. (2016). Estrés académico: el enemigo silencioso del estudiante. *Salud y Administración*, 3, 11-18.

Enfermedad cardiovascular y prevalencia de sobrepeso-obesidad en jóvenes estudiantes del estado de Zacatecas

Moreno-Longoria, Julieta^{1}*

Meza-Lamas, Esteban²

Hernández-Salas, Claudia²

Olarte-Saucedo, Maricela¹

Flores-Treviño, Nora Elia²

RESUMEN

Introducción: El desarrollo de sobrepeso y obesidad se relaciona con hábitos de alimentación poco saludables que a su vez son factores que predisponen el desarrollo de la enfermedad cardiovascular (ECV). La ECV es empleada para identificar una serie de problemas relacionados con el corazón y vasos sanguíneos. La aterosclerosis es la causa subyacente a las enfermedades cardiovasculares, los niveles altos de colesterol en sangre son un factor de riesgo que predispone a la ECV; una forma rápida de evaluar el riesgo es mediante el Índice Aterogénico de Castelli (Índice Aterogénico= Colesterol Total / Colesterol HDL). **Objetivo:** Determinar la prevalencia de sobrepeso-obesidad y compararlo con la prevalencia de ECV en jóvenes de una universidad pública. **Material y métodos:** Es un estudio descriptivo comparativo con muestreo probabilístico aleatorio simple, la muestra fue integrada con 396 participantes, los criterios fueron el IMC, perímetro abdominal e Índice Aterogénico de Castelli, se tomaron medidas antropométricas y muestra sanguínea para determinaciones bioquímicas. El análisis de los datos se realizó mediante el programa

¹ Unidad Académica Ciencias Químicas, Universidad Autónoma de Zacatecas.

* Contacto: julietalex@uaz.edu.mx

² Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas.

estadístico de Microsoft Excel. **Resultados:** Se contó con 396 participantes, 79 hombres y 317 mujeres. El sobrepeso presentó una prevalencia de 26.26%, obesidad tipo 1 de 4.30%, se obtuvo 2.78% para la obesidad tipo 2. La frecuencia de riesgo de ECV asociado al Índice Aterogénico es bajo en la mayoría de la muestra, con 75.25% de prevalencia. Con riesgo alto, los varones presentan prevalencia de 10.13%, mientras que las mujeres registran 8.51%. Al relacionar el perímetro abdominal con el riesgo de ECV, la prevalencia de riesgo moderado en varones fue de 2.53% y de 9.46% en las mujeres, el riesgo alto se presentó únicamente en mujeres con 5.99% de prevalencia. **Conclusión:** Existe un riesgo de ECV en relación con la obesidad que registra mayor prevalencia en las mujeres, aunque esto pudiera deberse a que ellas representan la mayoría de participantes. El sobrepeso y la obesidad continúan siendo un problema de salud pública que predispone al desarrollo de otras enfermedades.

Palabras clave: enfermedad cardiovascular, sobrepeso, obesidad

ABSTRACT

Introduction: The development of overweight and obesity is related to unhealthy eating habits, which in turn will be factors that predispose to the development of cardiovascular disease (CVD). CVD is used to identify a number of problems related to the heart and blood vessels. Atherosclerosis is the underlying cause of cardiovascular diseases, high blood cholesterol levels is a risk factor that predisposes to CVD, a quick way to assess the risk is through the Castelli Atherogenic Index (Atherogenic Index = Total Cholesterol / HDL cholesterol). **Objective:** To determine the prevalence of overweight-obesity, and compare it with the prevalence of CVD in young people from a public university. **Material and methods:** It is a comparative descriptive study with simple random probabilistic sampling, the sample was 396 participants, the criteria were BMI, abdominal perimeter and Castelli Atherogenic Index, anthropometric measurements and blood sample for biochemical determinations were taken. Data analysis was performed using the Microsoft Excel statistical program. **Results:** There were 396 participants, 79 men and 317 women. Overweight presented a prevalence of 26.26%, type 1 obesity of 4.30%, and 2.78% for type 2 obesity. The frequency of CVD risk associated with the Atherogenic Index, the majority present a low risk with 75.25% prevalence, with risk high males have prevalence with 10.13% while women is 8.51%. When relating the abdominal perimeter with the risk of CVD, the prevalence of moderate risk in men was 2.53% and 9.46% in women, the high risk was presented only in women with 5.99% prevalence.

Conclusion: There is a risk of CVD in relation to obesity, being more prevalent in women, although this could be due to the fact that they represent the highest % of participants. Overweight and obesity continue to be a public health problem that predisposes to the development of other diseases.

Keywords: cardiovascular disease, overweight, obesity

Introducción

La obesidad constituye un problema de salud pública a nivel mundial, su importancia radica en que predispone para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles aumentando el riesgo de muerte prematura y los requerimientos hospitalarios. Se estima que el costo de la obesidad equivale a 0.5% del Producto Interno Bruto (PIB) y representa 9% del gasto en salud, además, es la causa de entre 8 y 10% de muertes prematuras (Córdova, 2016). Éste es un problema multifactorial donde se involucra la predisposición genética, el estilo de vida y el entorno, donde destacan conductas como el elevado consumo de calorías, el exceso de exposición a las pantallas y la falta de actividad física (Bryce-Moncloa et al., 2017; Shamah-Levy et al., 2020).

La obesidad central se asocia con el incremento de morbilidad al relacionarse con enfermedad cardiovascular (ECV), término empleado para identificar una serie de problemas relacionados con el corazón y los vasos sanguíneos (Bryce-Moncloa et al., 2017). Este tejido adiposo centralizado es metabólicamente más activo, es responsable de causar mayor resistencia a la insulina, así como dislipidemias tales como aumento en los niveles de colesterol total y de triglicéridos, además de colesterol transportado por las lipoproteínas de baja densidad (LDL-C), estas partículas tienden a ser de menor tamaño y muy aterogénicas, y aunadas al descenso del colesterol transportado por lipoproteínas de alta densidad (HDL-C), favorecen el desarrollo del proceso aterogénico (Fernández-Travieso, 2016).

Cinza Sanjurjo et al. (2019) reportan en su estudio una prevalencia de sobrepeso de 36.6% en hombres y 34.9% en mujeres (promedio de 35.7%), los sujetos con sobrepeso presentaron mayor prevalencia de alteraciones ligadas a esta condición, como enfermedad cardiovascular

21.2 vs. 15.3%; $p < 0,001$ con respecto a los no obesos, por lo que concluyen que la enfermedad cardiovascular es más frecuente en las personas con obesidad.

Martínez, Leiva y Celis-Morales (2016) encontraron una tendencia de incremento en el nivel de colesterol total, colesterol LDL y glicemia, entre otros, como los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV), además, en las mujeres se presentó mayor riesgo de obesidad abdominal, con tendencia a incrementar con la edad.

Objetivo

Determinar la prevalencia de sobrepeso-obesidad central y comparar dicho índice con la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en función del Índice Aterogénico de Castelli en estudiantes de una universidad pública.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo comparativo transversal, se empleó el muestreo probabilístico aleatorio simple en estudiantes de nuevo ingreso en una universidad pública. La muestra se obtuvo a través de la fórmula para muestreo en población finita $n = N * Z_{\alpha/2}^2 * p * q / d^2 * N - 1 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q$, con un tamaño de muestra de 400.

Criterios de selección: se incluyó a aquellos alumnos de nuevo ingreso adscritos al programa de enfermería; se excluyeron aquellos que cursaban un semestre superior y no desearan participar, se eliminó aquellos cuya muestra no fue suficiente para las determinaciones bioquímicas o no estuviera legible algún dato de las mediciones. Se contó con 448 voluntarios, sin embargo, con los criterios de exclusión, la muestra se conformó con 396 participantes.

Los criterios diagnósticos para la obesidad y obesidad central se basan en el Índice de Masa Corporal (IMC) y el perímetro abdominal, respectivamente; los puntos de corte para el IMC propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son: desnutrición ($< 18.5 \text{ kg/m}^2$), estado nutricio adecuado (18.5 a 24.9 kg/m^2), sobrepeso (25.0 a 29.9 kg/m^2), obesidad tipo 1 (30.0 - 34.9 kg/m^2), obesidad

tipo 2 (35.0-39.9 kg/m²), y obesidad extrema o tipo 3 (≥ 40 kg/m²). Para el análisis de la circunferencia de cintura se empleó el criterio propuesto por la Federación Internacional de Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés), que considera como obesidad abdominal una circunferencia de cintura > 80 cm en mujeres y > 90 cm en hombres (Secretaría de Salud, 2012; NOM-174-SSA1-1998, 1998). Para evaluar el riesgo de ECV en función de los niveles de colesterol, se usó el Índice Aterogénico de Castelli (Índice Aterogénico= Colesterol Total / Colesterol HDL), se consideraron niveles de riesgo bajo ($< 5\%$ para hombres y $< 4.5\%$ para mujeres), moderado (5-9% en hombres y 4.5-7% en mujeres) y alto ($> 9\%$ para hombres y $> 7\%$ para mujeres).

La presente investigación se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud, la recolección de datos se llevó a cabo bajo consentimiento informado, se les tomaron medidas antropométricas (peso, talla y perímetro abdominal) a los participantes, además de muestra sanguínea. Para las determinar el peso se empleó una báscula TANITA modelo UM080, la talla se determinó mediante el uso de un estadímetro y para el perímetro se empleó una cinta métrica. Se calculó el IMC mediante la fórmula $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$. La muestra sanguínea se extrajo con una aguja BD Vacutainer 21G x 38mm, con tubo vacutainer de 6 ml estéril y sin anticoagulante. Las determinaciones de colesterol total y HDL-C se realizaron mediante los kits de la marca Biosystem, cuyos protocolos se siguieron de acuerdo con las recomendaciones del fabricante; las lecturas se realizaron en un equipo semiautomatizado modelo SPEC 310 de la marca ABBOTT. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico de Microsoft Excel, para lo cual se emplearon frecuencias y proporciones.

Resultados

Se contó con 396 jóvenes, de los cuales 79 fueron hombres y 317 mujeres. Los rangos de edades van de los 17 a los 36 años, teniendo como promedio 19.47 años, ya que no todos comienzan inmediatamente sus estudios universitarios (tabla 1).

Mediante las mediciones antropométricas, se determinó la prevalencia de sobrepeso y obesidad (tabla 2). En general, la prevalencia

de sobrepeso fue de 26.26%, así, 4.30% presenta obesidad del tipo 1 y 2.78% presenta sobrepeso de tipo 2. Los datos analizados por género muestran una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad tipo 1 en mujeres, mientras que la de tipo 2 es mayor en los varones, asimismo, entre ellos, la prevalencia de sobrepeso fue de 25.33%: de 2.53% para obesidad tipo 1 y 6.33% para tipo 2. En las mujeres, el sobrepeso fue de 26.50%: 4.73% de obesidad tipo 1 y 1.89% de obesidad tipo 2.

Tabla 1. Edad de los participantes

<i>Edad</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
17	35	8.83
18	112	28.28
19	102	25.76
20	75	18.94
21	27	6.81
22	19	4.78
23	11	2.78
24	2	0.51
25	2	0.51
26	2	0.51
27	2	0.51
28	2	0.51
31	1	0.25
32	2	0.511
33	1	0.25
36	1	0.25

Nota: *f*= frecuencia; % = proporción

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Estado nutricional de los jóvenes reportado por hombres, mujeres y en general

<i>Clasificación según el IMC</i>	<i>Hombres</i> %	<i>Mujeres</i> %	<i>General</i> %
Desnutrición (<18.5 kg/m ²)	2.53	6.94	6.06
Peso adecuado (18.5 a 24.9 kg/m ²)	63.29	59.94	60.60
Sobrepeso (25.0 a 29.9 kg/m ²)	25.33	26.50	26.26
Obesidad 1 (30.0-34.9 kg/m ²)	2.53	4.73	4.30
Obesidad 2 (35.0-39.9 kg/m ²)	6.33	1.89	2.78
Obesidad 3 (≥ 40 kg/m ²)	0	0	0
Total	100	100	100
Prevalencia	34.19	33.12	33.34

Nota: datos obtenidos a partir de las mediciones antropométricas de talla y peso; % = proporción
Fuente: elaboración propia.

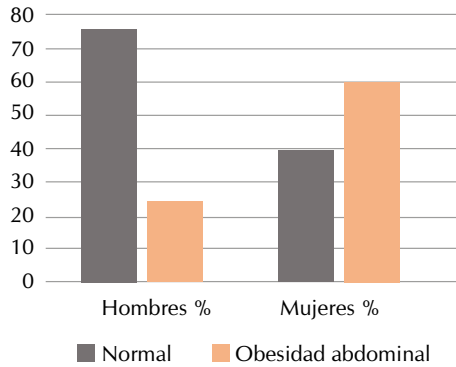
En relación con la obesidad abdominal, 75.95% de los estudiantes varones tienen un perímetro abdominal normal (menor a 90 cm), mientras que 24% presenta obesidad abdominal. En las mujeres, 39.43% se encuentra dentro del parámetro que se establece como normal (menor o igual a 80 cm), mientras que 60.57% presentan obesidad abdominal (tabla 3 y figura 1).

Tabla 3. Frecuencia de obesidad abdominal

<i>Clasificación y prevalencia del perímetro abdominal</i>				
	<i>Hombres</i> <i>f</i>	<i>%</i>	<i>Mujeres</i> <i>f</i>	<i>%</i>
Normal > 80 cm en mujeres > 90 cm en hombres	60	75.95	125	39.43
Obesidad abdominal < 80 cm en mujeres < 90 cm en hombres	19	24.05	192	60.57

Nota: datos obtenidos a partir de la medición del perímetro abdominal;
f= frecuencia; % = proporción
Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Prevalencia del perímetro abdominal



Fuente: elaboración propia.

La frecuencia de riesgo de ECV asociado al Índice Aterogénico (IA) se expone en la tabla 4, la población analizada muestra en general un riesgo bajo con 75.25%, mientras que 24.75% reporta un riesgo de moderado a alto. Por género, los varones presentan mayor riesgo, ya que se obtuvo una prevalencia de 10.13% en riesgo alto frente a 8.51% de las mujeres.

Tabla 4. Valores de prevalencia del Índice Aterogénico, reportada por género y en general

<i>Clasificación IA</i>	<i>Hombres f</i>	<i>%</i>	<i>Mujeres f</i>	<i>%</i>	<i>General f</i>	<i>%</i>
Riesgo bajo	57	72.15	241	76.03	298	75.25
Riesgo moderado	14	17.72	49	15.46	63	15.91
Riesgo alto	8	10.13	27	8.51	35	8.84
Total	79	100	317	100	396	100
Prevalencia		27.85		23.97		24.75

Nota: IA= Índice Aterogénico; f= frecuencia; %= proporción

Fuente: elaboración propia.

La asociación del perímetro abdominal con el riesgo de ECV arroja en hombres que de quienes presentan obesidad abdominal, sólo 2

individuos se clasifican con riesgo moderado, lo que representa 2.53%. En las mujeres, 9.46% presenta riesgo moderado de ECV, y 5.99% presenta riesgo alto (tabla 5).

Tabla 5. Resultados de asociación entre perímetro abdominal y ECV

<i>Riesgo de ECV</i>	<i>Hombres f</i>	<i>%</i>	<i>Mujeres f</i>	<i>%</i>
Riesgo bajo	17	21.51	143	45.11
Riesgo moderado	2	2.53	30	9.46
Riesgo alto	0	0	19	5.99
Prevalencia	2	2.53	49	15.45

Nota: ECV= enfermedad cardiovascular; f= frecuencia; %= proporción

Fuente: elaboración propia.

Discusión

La obesidad y el sobrepeso son problemas de salud pública relacionados con el desorden alimenticio y el estilo de vida poco saludable.

La presencia de sobrepeso y obesidad en escolares y en adolescentes en México, reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut; Secretaría de Salud, 2016), es altamente prevalente, ya que se registra en más de una tercera parte de la población de estos grupos de edad, esto es similar a lo encontrado en este estudio, donde 33.34% de la población muestra presenta sobrepeso u obesidad.

Estos resultados indican que la prevalencia de sobrepeso es de 26.26%, dato que concuerda con el 23.8% reportado por Shamah-Levy et al. (2020), en cambio, con respecto a la obesidad, se obtuvo una prevalencia de 7.08%, mucho menor al 14.7% que reportan los mismos autores.

Además, se encontró que la prevalencia de obesidad abdominal en hombres es de 24.05%, mientras que en mujeres es de 60.57% para el número de personas involucradas en el estudio; esto concuerda con lo reportado por Diéguez et al. (2017), donde la prevalencia de obesidad abdominal fue de 22.31%, con predominio del sexo femenino.

En lo que respecta al IA que presenta la población de estudio, se encontró que para el caso de hombres, 27.8% presentan un riesgo de moderado a alto, mientras que en mujeres este valor alcanza 23.97%, resultados similares fueron publicados por González et al. en estudios realizados en 2010. El índice de Castelli > 4.5 , fue propuesto hace 30 años como indicador de riesgo coronario, ante el cual debía iniciarse tratamiento hipolipemiante, actualmente, ese valor ha disminuido a 3.25. En el presente estudio, 24.75% de la población presenta valores mayores (García et al., 2020).

La obesidad es un factor que predispone una mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular, encontrando un riesgo moderado en varones (2.53%) y de moderado a alto en mujeres (9.46 y 5.99%, respectivamente), esto concuerda con lo reportado por Cinza Sanjurjo et al. (2019), donde los sujetos con sobrepeso presentan mayor prevalencia de ECV 21.2 vs. 15.3%; $p < 0,001$ de los no obesos.

Conclusiones

Se determinaron los índices de sobrepeso y obesidad encontrando que más de la cuarta parte de la población de estudio presenta dicha condición, aunque estos valores se encuentran por debajo de la media nacional reportada por la Ensanut. Existe un riesgo de ECV en relación con la obesidad con mayor prevalencia en las mujeres, aunque esto pudiera deberse a que representan el mayor porcentaje de participantes en el presente estudio. El sobrepeso y la obesidad continúan siendo un problema de salud pública que predispone al desarrollo de otras enfermedades, y cabe destacar que hay conductas que podrían modificarse en los estudiantes con el fin de disminuir dichos índices.

Referencias

- Bryce-Moncloa, A., Alegría-Valdivia, E. y San Martín-San Martín, M. G. (2017). Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 202-206. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13218>
- Cinza Sanjurjo, J., Prieto Díaz, M., Llisterri Caro, J., Barquilla García, A., Rodríguez Padial, L., Vidal Pérez, R., Rodríguez Roca, G. C.,

- Badimón Maestro, J. J. y Pallarés Carratalá, V. (2019). Prevalencia de obesidad y comorbilidad cardiovascular asociada en los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN (Identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal). *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(5), 311-322. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359318304325>
- Córdova Villalobos, J. (2016). La obesidad: la verdadera pandemia del siglo XXI. *Cirugía y Cirujanos*, 84(5), 351-355. <https://www.redalyc.org/pdf/662/66247013001.pdf>
- Diéguez Martínez, M., Miguel Soca, P., Rodríguez Hernández, R., López Báster, J. y Ponce de León, D. (2017). Prevalencia de obesidad abdominal y factores de riesgo cardiovascular asociados en adultos jóvenes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3), 1-16. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n3/spu07317.pdf>
- Fernández-Travieso, J. C. (2016). Incidencia actual de la obesidad en las enfermedades cardiovasculares. *Revista CENIC. Ciencias Biológicas*, 47(1), 1-12. <https://www.redalyc.org/pdf/1812/181244353001.pdf>
- García Muñoz, A., Melo Buitrago, P., Rodríguez Arcila, M. y Silva Zambrano, D. (2020). Índices aterogénicos y composición corporal en cadetes de una escuela de formación militar colombiana. *Sanidad Militar*, 76(1), 13-18. <https://scielo.isciii.es/pdf/sm/v76n1/1887-8571-sm-76-01-13.pdf>
- González-Zavala, M., Cabello-Valdés, A., Izquierdo-Olivares, M., Zugasti-Cruz, A., De La Cruz Galicia, M., González-Cárdenas, M., Terrazas-Fiovez, J., Madrueño-Gutiérrez, V. et al. (2010). Determinación del riesgo cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2 en una muestra poblacional de estudiantes universitarios. *Revista Científica de la Universidad Autónoma de Coahuila*, 2(3).
- Martínez S., M. A., Leiva O., A. M. y Celis-Morales, C. (2016). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de la Universidad Austral de Chile. *Rev Chil Nut*, 43(1), 32-38. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v43n1/art05.pdf>
- NOM-174-SSA1-1998. (1998, 7 de diciembre). Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo

integral de la obesidad. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4901897&fecha=07/12/1998

Secretaría de Salud. (2012). *Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena* (Actualización 2011). <http://dcs.uqroo.mx/paginas/guiasclinicas/gpc/docs/IMSS-046-08-ER.pdf>

Secretaría de Salud. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - MC 2016*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/index.php>

Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Méndez-Gómez, H. I., Morales-Ruán, C., Valenzuela-Bravo, D., Gaona-Pineda, E., Ávila-Arcos, M. A. y Rivera-Dommarco, J. (2020). Prevalencia y predisposición a la obesidad en una muestra nacional de niños y adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 62(6), 725-733. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11552/12001>

**ENFERMERÍA Y CUIDADOS
EN LA POBLACIÓN ADULTA
Y ADULTA MAYOR**



Intervenciones adaptadas culturalmente para la prevención del VIH en personas migrantes de origen latino: revisión sistemática

Esquivel-Rubio, Abraham Isaac^{1}*

Márquez-Vega, María Aracely²

Alvarado-Pizarro, Ángel Noé³

González-Sánchez, Alejandra¹

RESUMEN

Introducción: El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un problema de salud vigente en la población migrante de origen latino, ya que por diversos factores, antes, durante y al final del tránsito, mantienen conductas sexuales de riesgo que los colocan en situación de vulnerabilidad ante el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En las recomendaciones para el desarrollo de intervenciones en esta población, la literatura refiere la necesidad de adaptar las acciones emprendidas a los elementos culturales de los grupos de poblaciones migrantes. **Objetivo:** Realizar una revisión sistemática para identificar intervenciones en prevención de VIH con adaptaciones culturales en la población de personas migrantes de origen latino. **Material y método:** Búsqueda de literatura en inglés, portugués y español en Pubmed, Scopus, Cochrane, Scielo Citation Index, Web of Science y EBSCO HOST utilizando MeSH y operadores booleanos. El cribado se realizó de acuerdo con las recomendaciones de los elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA); la calidad de la metodología se evaluó mediante la evaluación crítica de

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California.

* Contacto: abraham.esquivel@uabc.edu.mx

² Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León.

³ Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Cochrane y la evaluación de riesgos de sesgo. **Resultados:** Seis intervenciones cumplieron los criterios de elegibilidad; se informa la utilización de la adaptación cultural en intervenciones dirigidas a aumentar el uso del condón como estrategia de prevención frente al VIH. **Conclusión:** La educación y capacitación sustentada en un enfoque cultural, dirigida hacia el uso del condón, es una herramienta fundamental para la prevención de la infección por VIH en la población latina.

Palabras clave: conducta sexual, latinos, VIH, migrantes

ABSTRACT

Introduction: The human immunodeficiency virus is a current health problem in the migrant population of Latin origin, because of several factors that have been present before, during the end of the transit, they maintain risky sexual behaviors, which place them in the situation vulnerability, HIV and other sexual transmission infections. In the recommendations for the development of interventions in this population, there is a need to adapt the actions taken, to the cultural elements of the migrant population groups. **Objective:** To carry out a systematic review to identify interventions in HIV prevention with cultural adaptations in the population of migrant persons of Latin origin. **Method:** Literature search in English, Portuguese and Spanish in PubMed, Scopus, Cochrane, Scielo Citation Index, Web of Science and EBSCO HOST using MeSH and Boolean operators. The cribado was carried out in accordance with the recommendations of the elements of preferred reports for systematic reviews and metaanalysis (PRISMA); the quality of the methodology was evaluated by means of the critical evaluation of Cochrane and the evaluation of risk of bias. **Results:** Six interventions fulfilled the eligibility criteria; the use of cultural adaptation is reported in interventions aimed at increasing the use of the condition, as a prevention strategy. of HIV. **Conclusion:** Education and training supported by a cultural approach, directed towards the use of the condition, is a fundamental tool for the prevention of HIV infection in the Latin population.

Keywords: sexual behavior, latinos, HIV, migrant

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Blumenthal et al., 2018), han representado un complejo problema social y económico en todo el mundo, el cual proviene principalmente del desarrollo de conductas sexuales

de riesgo (CSR). Para finales de 2019, 38 millones de personas a nivel global vivían con el VIH; informes indican que, en ese mismo año, América Latina y el Caribe en conjunto reportaron 132,000 nuevos casos, mientras que Europa Central y Occidental y América del Norte registraron un total de 65,000 nuevos casos.

La población de origen latino, particularmente la migrante, adquiere un significado especial, ya que debido a problemas económicos, violencia o desplazamiento forzado, se ve obligada a abandonar su lugar de origen para insertarse en escenarios mundiales (Onusida, 2016; Herrera y Sørensen, 2017). Estados Unidos es uno de los principales destinos de esta comunidad; tan sólo en el año 2013, se estimó que la población de origen latino que vivía en aquel país superó los 54 millones de personas, lo que equivale a 17% del total de habitantes, mientras que, en 2018, esta población alcanzó los 57.5 millones de personas (Hernández-Nieto et al., 2017).

Como consecuencia de la migración de millones de personas a nivel mundial, se han generado corredores migratorios que conectan a diversos países y culturas entre sí (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2020a), situación que ha llevado a los sistemas de salud mundiales a tomar medidas relevantes para evitar la distribución de enfermedades (Martínez et al., 2015). Es así que la migración se ha convertido en un factor de relevancia en el tema de la infección por VIH (OIM, 2020b). Algunos estudios sobre prevención y diagnóstico consideran que la conducta sexual de las personas migrantes es un elemento importante para contraer la infección (Berger et al., 2016), situación que está permeada por factores sociales y culturales (Sánchez et al., 2016).

De esta forma, las CSR pueden considerarse como un grupo de comportamientos que tienden a aumentar la probabilidad de experimentar consecuencias negativas como resultado de la actividad sexual (Granados y Sierra, 2016). La literatura refiere que entre estos comportamientos se encuentran: iniciación sexual temprana (Cardona et al., 2015), uso inconsistente e incorrecto del condón, relaciones sexuales con trabajadoras sexuales (Folch et al., 2014), actividad sexual bajo la influencia de diversas drogas lícitas e ilícitas, múltiples parejas sexuales y tener una pareja sexual con alguna ITS (Castaño et al., 2013). Estos comportamientos aumentan la probabilidad de contraer una ITS, VIH/sida, o el desarrollo de embarazos no planificados.

Debido a esto, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (Onusida) lanzó la estrategia 2016-2021 de acción acelerada para acabar con el sida, en la que, entre otros temas, se consideró retomar el elemento de cultura en la aplicación de programas de prevención, pues se considera un factor relevante para el éxito en las intervenciones que buscan el cambio de las CSR en poblaciones vulnerables, como son las personas migrantes (Dennis et al., 2013; Kwakwa et al., 2017; Sastre et al., 2015). En este sentido, existe evidencia de la aplicación de acciones en salud que desarrollan adaptaciones culturales, las cuales pueden definirse como la modificación de intervenciones que consideran el idioma, la cultura y el contexto de la persona, de tal manera que sean compatibles con los patrones, los significados y valores culturales de otra población (Barrera et al., 2013).

Entre las poblaciones que se han beneficiado de la incorporación de estas acciones se encuentran los migrantes latinos transgénero (Sastre et al., 2015), migrantes chinos y mujeres transgénero (Kuhns et al., 2017), inmigrantes turcos (van der Veen et al., 2013) y hombres étnicamente diversos en Estados Unidos. Algunas de las CSR que se destacan en estos grupos son el alto número de parejas sexuales, la poca comunicación sexual con la pareja, el conocimiento deficiente sobre el VIH, los valores culturales, los valores familiares y los procesos de aculturación (Armistead et al., 2014; Jeltova et al., 2005; Kwakwa et al., 2017). Asimismo, la literatura reporta el uso de medidas de resultado de importancia, como el uso del condón, realización de pruebas de VIH, conocimiento de la transmisión y prevención del VIH y estigmas dirigidos hacia las personas que viven con el virus. Algunos de los referentes teóricos utilizados son: el uso de la teoría de las normas culturales, la teoría del estrés aculturativo, la teoría cognitiva social, la teoría del empoderamiento, la teoría de la acción razonada y el comportamiento planificado.

De esta manera, la búsqueda, identificación y síntesis de información de intervenciones culturalmente adaptadas en VIH, enfocadas a la población latina, permitirá evaluar la efectividad de su aplicación y facilitará la toma de decisiones en cuanto a la prevención del VIH. Es así que el objetivo de este estudio se enfoca en realizar una revisión sistemática que permita identificar intervenciones que realicen adaptaciones culturales en la prevención del VIH en la población latina.

Material y métodos

Para la identificación de las intervenciones, se aplicó una metodología de revisión sistemática (Tyson et al., 2017) que sigue las recomendaciones del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Hutton et al., 2016). Se incluyeron estudios controlados aleatorizados de intervenciones de prevención del VIH dirigidas a la población latina (hombres y mujeres), los cuales fueran publicados en español, inglés y portugués, sin inicio de fecha de búsqueda, pero teniendo como límite el año 2019, esto derivado de la aparición de la contingencia por COVID-19 y las restricciones en las actividades presenciales. Los elementos repetidos o aquellos que no cumplieron con los criterios de elegibilidad fueron eliminados del proceso de búsqueda.

Se realizó la búsqueda sistemática en seis bases de datos: PubMed, Scopus, Cochrane Library, Scielo Citation Index, Web of Science y EBSCO, teniendo en cuenta los Medical Subject Headings, sinónimos, términos relacionados, variaciones ortográficas, abreviaturas y comodines de naturaleza idéntica. Cada uno se asoció con sus variaciones correspondientes utilizando el operador booleano “OR”, y más tarde, la adición de conceptos se realizó utilizando el operador “AND” (véase tabla 1).

Resultados

Con base en las recomendaciones de la Declaración PRISMA, se realizó un registro de la literatura reportada para cada una de las bases de datos utilizadas, que fueron: PubMed (29), Scopus (260), Cochrane (407), Scielo Citation Index (11), Web of Science ($n = 0$), y EBSCO ($n = 160$), además de obtener 3 artículos encontrados en literatura gris en Google Scholar, obteniendo un total de 867 artículos (véase tabla 2). El total fue liberado de duplicados, dando un registro de 707 artículos. Se aplicó un segundo filtro de búsqueda por título, que dio como resultado 109 documentos. Se aplicó un tercer filtro, en el cual se revisó el resumen con la intención de corroborar el desarrollo del fenómeno en estudio. De este último proceso, se obtuvieron 38 estudios.

Cada uno de los 38 estudios fue revisado en texto completo, con la intención de realizar un análisis de contenido que permitiera identificar el riesgo de sesgo; de esta forma, los artículos fueron eliminados bajo los criterios de deficiencias metodológicas y relevancia estadística. Se obtuvo un total de 14 artículos para análisis y síntesis cualitativos a los cuales se les aplicó la herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane (véase tabla 3), además de una evaluación de la evidencia presentada, utilizando los ficheros de lectura crítica (FCL 3-0), en la que se determinó que los artículos con un nivel medio o alto de calidad de evidencia y un bajo riesgo de sesgo se seleccionarían para ser incluidos en este estudio. Como resultado de todo el proceso, se seleccionó un total de seis artículos para el análisis de contenido (véase tabla 3).

Figura 1. Algoritmo de PRISMA 2009

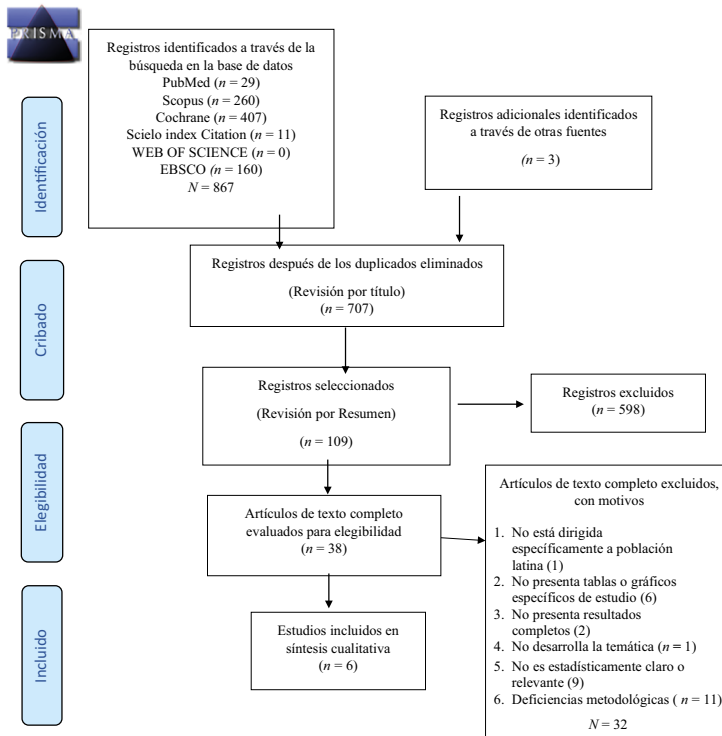


Tabla 1. Ejemplo de tabla de variables en PubMed

<i>Población</i>	<i>Variable resultado</i>	<i>Diseño de estudio</i>
Latinos	Conducta sexual	Estudio controlado aleatorizado (established proposal)
((((((((("hispanic americans"[MeSH Terms])	("sexuality"[Title/Abstract])	"clinical trials, phase ii as topic"[MeSH Terms:noexp]
"hispanics"[Title/Abstract])	"sexual relations"[Title/Abstract])	"clinical trials, phase iii as topic"[MeSH Terms:noexp]
"american, hispanic"[Title/Abstract])	"sexual riskbehavior"[Title/Abstract])	"clinical trials, phase iv as topic"[MeSH Terms:noexp]
"cuban american"[Title/Abstract]) OR	"fornication"[Title/Abstract])	"controlled clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp]
"hispanic"[Title/Abstract])	"sexual behavior"[Title/Abstract])	"randomized controlled trials as topic"[MeSH Terms:noexp]
"latino"[Title/Abstract])	"comportamento sexual"[Title/Abstract])	"early termination of clinical trials"[MeSH Terms:noexp]
"puerto ricans"[Title/Abstract])	"premarital sex"[Title/Abstract])	"multicenter studies as topic"[MeSH Terms:noexp]
"spanish americans"[Title/Abstract])	"activity, sexual"[Title/Abstract])	"Double-Blind Method"[Mesh]
"cuban americans"[Title/Abstract])	"behavior, sexual"[Title/Abstract])	((randomised[TIAB] randomized[TIAB]) AND (trial[TIAB] trials[tiab]))
"latinas"[Title/Abstract])	"sexual activities"[Title/Abstract])	((single[TIAB] double[TIAB] doubled[TIAB] triple[TIAB] tripled[TIAB] treble[TIAB] treble[TIAB]) AND (blind*[TIAB] OR mask*[TIAB])) OR ("4 arm"[tiab] OR "four arm"[tiab]))
"latinos"[Title/Abstract])	"anal sex"[Title/Abstract])	
"latina"[Title/Abstract])	"oral sex"[Title/Abstract])	
	"sexual activity"[Title/Abstract])	
	"sexual orientation"[Title/Abstract])	
	"sex undertheinfluence"[Title/Abstract])	
	"reproductivebehavior"[Title/Abstract])	
	"coitus"[Title/Abstract])	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Ejemplo de estrategia de búsqueda en PubMed

No.	Search	Result
#1	Search (((((((("hispanic americans"[MeSH Terms]) OR "hispanics"[Title/Abstract]) OR "american, hispanic"[Title/Abstract]) OR "cuban american"[Title/Abstract]) OR "hispanic"[Title/Abstract]) OR "latino"[Title/Abstract]) OR "puerto ricans"[Title/Abstract]) OR "spanish americans"[Title/Abstract]) OR "cuban americans"[Title/Abstract]) OR "latinas"[Title/Abstract]) OR "latinos"[Title/Abstract]) OR "latina"[Title/Abstract]	83,102
#2	(TITLE (sexuality) OR ABS (sexual) OR TITLE (sexual AND relations) OR ABS (sexual AND relations) OR TITLE (sexual AND riskbehavior) OR ABS (sexual AND riskbehavior) OR TITLE (fornication) OR ABS (fornication) OR TITLE (sexual AND behavior) OR ABS (sexual AND behavior) OR TITLE (comportamiento AND sexual) OR ABS (comportamiento AND sexual) OR TITLE (premarital AND sex) OR ABS (premarital AND sex) OR TITLE (activity, AND sexual) OR TITLE (behavior, AND sex) OR ABS (behavior, AND sex) OR TITLE (behavior, AND sexual) OR TITLE (sexual AND activities) OR ABS (sexual AND activities) OR TITLE (anal AND sex) OR ABS (anal AND sex)) OR TITLE (oral AND sex) OR ABS (oral AND sex) OR TITLE (sexual AND activity) OR ABS (sexual AND activity) OR TITLE (sexual AND orientation) OR ABS (sexual AND orientation) OR TITLE (sex AND under AND the AND influence) OR ABS (sex AND under AND the AND influence) OR TITLE (reproductive AND behavior) OR ABS (reproductive AND behavior) OR TITLE (coitus) OR ABS (coitus))	221,452
#3	("Clinical Trial"[PT:NoExp] OR "clinical trial, phase i"[pt] OR "clinical trial, phase ii"[pt] OR "clinical trial, phase iii"[pt] OR "clinical trial, phase iv"[pt] OR "controlled clinical trial"[pt] OR "multicenter study"[pt] OR "randomized controlled trial"[pt] OR "Clinical Trials as Topic"[mesh:noexp] OR "clinical trials, phase i as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials, phase ii as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials, phase iii as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials, phase iv as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "controlled clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "randomized controlled trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "early termination of clinical trials"[MeSH Terms:noexp] OR "multicenter studies as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR ((randomised[TIAB] OR randomized[TIAB]) AND (trial[TIAB] OR trials[tiab])) OR ((single[TIAB] OR double[TIAB] OR doubled[TIAB] OR triple[TIAB] OR tripled[TIAB] OR treble[TIAB] OR treble[tiab]) AND (blind*[TIAB] OR mask*[TIAB])) OR ("4 arm"[tiab] OR "four arm"[tiab]))	1,332,101

Búsqueda final en PubMed

29

- #1 (((((((((((("hispanic americans"[MeSH Terms]) OR "hispanics"[Title/Abstract]) OR "american, hispanic"[Title/Abstract]) OR "cuban american"[Title/Abstract]) OR "hispanic"[Title/Abstract]) OR "latino"[Title/Abstract]) OR "puerto ricans"[Title/Abstract]) OR "spanish americans"[Title/Abstract]) OR OR "cuban americans"[Title/Abstract]) OR "latinas"[Title/Abstract]) OR "latinos"[Title/Abstract]) OR "latina"[Title/Abstract]) AND (((((((((((("sexuality"[Title/Abstract]) OR "sexual relations"[Title/Abstract]) OR "sexual riskbehavior"[Title/Abstract]) OR "fornication") OR "sexual behavior"[Title/Abstract]) OR "comportamiento sexual"[Title]) OR "premarital sex"[Title/Abstract]) OR "activity, sexual"[Title/Abstract]) OR "behavior, sexual"[Title/Abstract]) OR "behavior, sexual"[Title/Abstract]) OR "sexual activities"[Title/Abstract]) OR "anal sex"[Title/Abstract]) OR "oral sex"[Title/Abstract]) OR "sexual activity"[Title/Abstract]) OR "sexual orientation"[Title/Abstract]) OR "sex undertheinfluence"[Title/Abstract]) OR "reproductivebehavior"[Title/Abstract]) OR "coitus"[Title/Abstract])))) AND (("Clinical Trial" [PT:NoExp] OR "clinical trial, phase i"[pt] OR "clinical trial, phase ii"[pt] OR "clinical trial, phase iii"[pt] OR "clinical trial, phase iv"[pt] OR "controlled clinical trial"[pt] OR "multicenter study"[pt] OR "randomized controlled trial"[pt] OR "Clinical Trials as Topic"[mesh:noexp] OR "clinical trials, phase i as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials, phase ii as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials, phase iii as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "clinical trials, phase iv as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "controlled clinical trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "randomized controlled trials as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "early termination of clinical trials"[MeSH Terms:noexp] OR "multicenter studies as topic"[MeSH Terms:noexp] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR ((randomised[TIAB] OR randomized[TIAB]) AND (trial[TIAB] OR trials[tiab])) OR ((single[TIAB] OR double[TIAB] OR triple[TIAB] OR tripled[TIAB] OR treble[TIAB] OR treble[TIAB]) AND (blind*[TIAB] OR mask*[TIAB])) OR ("4 arm"[tiab] OR "four arm"[tiab]))))

Fuente: elaboración propia.

Datos de resultados incompletos

Describir la compleción de los datos de resultado para cada resultado principal, incluidos los abandonos y las exclusiones del análisis.

Señalar si se describieron los abandonos y las exclusiones, los números en cada grupo de intervención (comparados con el total de participantes asignados al azar), los motivos de las deserciones/exclusiones cuando se detallaron, y cualquier reinclusión en los análisis realizada por los revisores.

- +
- +
- +
- +
- +
- +

Notificación selectiva de los resultados

Señalar cómo los revisores examinaron la posibilidad de la notificación selectiva de los resultados, y qué encontraron.

- +
- +
- ?
- +
- +
- +

Otras fuentes de sesgo

Señalar alguna inquietud importante acerca del sesgo no abordado en los otros dominios del instrumento. Si en el protocolo de la revisión se pre-especificaron preguntas/ítems particulares, se deberían proporcionar las respuestas para cada pregunta/ítem.

- +
- ?
- +
- +
- +
- +

Tabla 4. Resultados incorporados en cada estudio

<i>Autor, año, país, diseño y muestra</i>	<i>Población</i>	<i>Nombre de la intervención y días de aplicación</i>	<i>Duración y seguimiento</i>	<i>Variable</i>	<i>Resultados</i>
Villarruel et al., 2006 EUA ECA Grupo intervención: 553 Grupo control: NA	Adolescentes latinos	<i>¡Cuidate!</i> 2 días	3, 6 y 12 meses	Relaciones sexuales en los últimos 3 meses. Múltiples parejas sexuales. Uso metódico de condones. Relaciones sexuales sin protección.	Menos probabilidades (OR, 0,66; 95% CI, 0,46-0,96) Menos probabilidades (OR, 0,53; 95% CI, 0,31 a 0,90) (OR, 1,91; 95% CI, 1,24-2,93) (OR, 0,47; 95% CI, 0,26-0,84).
Prado et al., 2007 EUA ECA Grupo intervención: <i>Familias Unidas + PATH</i> (91 participantes) Grupo control: <i>ESOL + PATH</i> (84 participantes) <i>ESOL + HEART</i> (91 participantes)	Adolescentes latinos	49 horas Familias Unidas + Capacitación de Padres de Preadolescentes para la Prevención del VIH	36 meses	Baja en incidencia de enfermedades de transmisión sexual.	Familias Unidas + PATH (0 de 80; 0%) significativamente más baja que en adolescentes de <i>ESOL + PATH</i> (1 de 81; 1,2%) y <i>ESOL + HEART</i> (5 de 85; 5,9%)
Koniak-Griffin et al., 2011 EUA ECA Grupo intervención: 82 Grupo control: 86	Jóvenes latinos (parejas latinas)	Prevención del VIH centrada en la pareja 6 sesiones (12 horas)	3, 6 y 12 meses	Tener relaciones sexuales sin protección. Incremento en la intención de usar condones.	($p < .001$) razón de probabilidades 0,87 por mes, para la interacción del grupo x tiempo intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,82-0,93) (0,20; 95 % CI, 0,04-0,37) a los 6 meses de seguimiento

<i>Autor; año, país, diseño y muestra</i>	<i>Población</i>	<i>Nombre de la intervención y días de aplicación</i>	<i>Duración y seguimiento</i>	<i>Variable</i>	<i>Resultados</i>
Rhodes et al., 2011 EUA ECA Grupo intervención: 72 Grupo control: 70.	Hombres latinos heterosexuales	Hombres 2 Manteniendo Bienestar y Relaciones Saludables-2 (Hombres-2; Hombres que mantienen el bienestar y relaciones saludables-2). 4 módulos	3 meses	Uso de condón durante los últimos tres meses. Uso pruebas de VIH más altas durante los últimos doce meses.	[AOR] = 3.52; intervalo de confianza del 95% [CI] = 1.29-9.63; $p = .014$ (AOR = 18.3; IC del 95% = 3.59-92.9; $p < .001$).
Wingood et al., 2011 EUA CT Grupo intervención: 125 Grupo control: 127.	Mujeres latinas	AMIGAS. 4 sesiones 2,5 horas	3 y 6 meses	Uso consistente del condón durante los últimos 90 días.	($p < 0, .001$)
Perañallo et al., 2012 EUA ECA Grupo intervención: 274 Grupo control: 274.	Mujeres latinas	SEPA 5 sesiones 2 horas cada una.	3, 6 y 12 meses.	Interacción significativa en el uso de condón en un seguimiento a lo largo del tiempo. Reducción significativa en cuanto a la violencia en pareja. Cambio en el uso del condón.	$B = 0.18$, $SE = 0.06$, $p < .001$, 95% CI [0.08, 0.19] ($p < .01$, 95% CI [-0.29, -0.05]). $B = 1.55$, $SE = 0.27$, $p < .001$, 95% CI

Nota: EUA: Estados Unidos de América; ECA: Estudio Controlado Aleatorizado; PATH: Parent-Preadolescent Training for HIV Prevention; ESOL: English for Speakers of Other Languages; HEART: Heart Power! for Hispanics;

AOR: adjusted odds ratio; SE: standard error; NA: No aplica

Fuente: elaboración propia.

Análisis descriptivo

Todos los artículos analizados fueron estudios controlados aleatorizados (Pérez-Parra et al., 2017) centrados en el desarrollo de intervenciones de prevención del VIH, que se perfilaron en grupos como son: adolescentes latinos (Prado et al., 2007; Villarruel et al., 2006), hombres latinos heterosexuales (Rhodes et al., 2011), mujeres latinas (Perağallo et al., 2012; Wingood et al., 2011), y jóvenes padres latinos (Koniak-Griffin et al., 2011).

El periodo considerado para la realización de estos estudios fue de 2006 a 2012; se destaca que todos los trabajos se llevaron a cabo en Estados Unidos. Las intervenciones desarrolladas se definieron con los siguientes nombres: “AMIGAS” (Amigas, Mujeres Latinas, Informándonos, Guiándonos, y Apoyándonos contra el SIDA) (Wingood et al., 2011), “SEPA” (Salud, Educación, Promoción, y Autocuidado) (Perağallo et al., 2012), “HoMBReS” (Hombres Manteniendo Bienestar y Relaciones Saludables-2) (Rhodes et al., 2011), “Respetando y protegiendo nuestras relaciones” (Koniak-Griffin et al., 2011), “Entrenamiento preadolescente para padres para la prevención del VIH” (Prado et al., 2007) y ¡Cuídate! (Villarruel et al., 2006).

El objetivo principal de las intervenciones estaba dirigido a la prevención del riesgo de infección del VIH (Koniak-Griffin et al., 2011; Perağallo et al., 2012; Prado et al., 2007; Villarruel et al., 2006), mayor uso del condón (Koniak-Griffin et al., 2011; Rhodes et al., 2011; Wingood et al., 2011), realización de pruebas rápidas de VIH (Rhodes et al., 2011) y una reducción en el uso de sustancias (Prado et al., 2007). Los temas considerados se centraron en: conocimiento de la infección por VIH (Perağallo et al., 2012) (mecanismos de transmisión, signos y síntomas, detección y tratamiento), reducción de los factores de riesgo de infección por VIH y promoción de factores protectores, como conductas sexuales seguras, además del desarrollo de habilidades de prevención específicas como el uso del condón masculino y la mejora de la comunicación en parejas.

Las estructuras de las diversas intervenciones en los grupos experimentales variaron según la población y las características de las comunidades mismas; se observó que las estrategias aplicadas evolucionaron en torno a discusiones en grupos pequeños (Koniak-Griffin et al., 2011; Perağallo et al., 2012; Rhodes et al., 2011; Villarruel et

al., 2006; Wingood et al., 2011), el uso de videos (Prado et al., 2007; Rhodes et al., 2011; Villarruel et al., 2006), actividades para el desarrollo de habilidades (uso del condón y negociación sexual) (Koniak-Griffin et al., 2011; Rhodes et al., 2011; Villarruel et al., 2006), juegos de rol (Koniak-Griffin et al., 2011; Perağallo et al., 2012; Rhodes et al., 2011), juegos (Koniak-Griffin et al., 2011), y experiencias (Koniak-Griffin et al., 2011).

Las intervenciones establecieron medidas de resultado, tales como comportamiento sexual, uso del condón, aculturación, funcionamiento familiar, uso de sustancias, conocimiento del VIH, estigmas hacia el VIH/sida, normas culturales (machismo y marianismo), barreras para el uso del condón, sentimientos de poder en las relaciones, la presencia de una ITS (clamidia), violencia en la pareja, riesgo percibido de VIH, autoeficacia en la prevención del VIH/sida, normas para sexo seguro, depresión, prevención comunitaria, entre otros.

Las teorías de referencia, con respecto a los cambios en las conductas de riesgo y la prevención en individuos latinos, se basan en la teoría cognitiva social (Prado et al., 2007; Villarruel et al., 2006; Koniak-Griffin et al., 2011; Perağallo et al., 2012; Rhodes et al., 2011; Wingood et al., 2011), la teoría de la acción razonada y la teoría del comportamiento planificado (Koniak-Griffin et al., 2011; Villarruel et al., 2006), el género y teoría del poder (Koniak-Griffin et al., 2011; Wingood et al., 2011), la teoría del desarrollo ecológico (Prado et al., 2007) y educación para el empoderamiento (Rhodes et al., 2011).

Un punto central en el desarrollo de estas intervenciones aplicadas a los migrantes latinos es que todas consideran que las adaptaciones culturales son necesarias para un mayor apego y efectividad de la intervención, ya que, al considerar elementos como el idioma, las relaciones entre miembros de diferentes culturas y la complejidad y diversidad del pensamiento, el efecto de estas intervenciones se puede fortalecer. Dentro de las acciones de adaptación cultural se informa el uso de “monitores pares” para la instrucción de intervenciones y la adaptación del contenido al idioma; sin embargo, no se menciona el abordaje de pensamientos o creencias sobre las prácticas sexuales, el uso del condón o la percepción de lo que es el virus de inmunodeficiencia humana.

Análisis estadístico

Cinco de las seis intervenciones adaptadas culturalmente se identificaron como efectivas con respecto al uso metódico del condón. En el caso de intervenciones dirigidas a mujeres latinas, la asociación del uso metódico hasta 6 meses después de la intervención se debe a la capacitación para demostrar el uso correcto del condón ($OR: 4.87 (2.27, 10.42) p < .001$) (Wingood et al., 2011) y $B = 0.18, SD = 0.06, p < .001, IC\ 95\% [0.08, 0.19]$ (Peragallo et al., 2012).

En una de las dos intervenciones dirigidas a la población latina adolescente, se observaron resultados significativos en relación con un aumento en el uso del condón en una proyección de tiempo de 6 meses ($OR\ 1.91; IC\ 95\%; 1.24, 2.93$) (Villarruel et al., 2006). Otro estudio informa una diferencia significativamente menor (p exacto de Fisher = 0.05) con respecto a la incidencia de ITS entre el grupo experimental (0 de 8; 0%) y el grupo control (1 de 81; 1.2%) (Prado et al., 2007).

Otro estudio destacó el aumento en el uso del condón en una población de jóvenes padres latinos, donde la acción se vuelve significativa cuando se cruza por género; esto significa que las mujeres que tomaron esta intervención tenían más probabilidades de desarrollar un comportamiento protector del uso del condón en los 6 meses posteriores a la intervención (0.20; IC del 95%: 0.04 a 0.37) (Koniak-Griffin et al., 2011). Un estudio adicional, dirigido a hombres heterosexuales, resultó en un mayor uso del condón en el seguimiento a los tres meses ($OR\ 3.52; IC$ del 95%: 1.29-9.63; $p = .014$) (Rhodes et al., 2011) (véase tabla 4).

Discusión

En el caso de las intervenciones dirigidas a la población adolescente latina, se presenta evidencia de la efectividad de la intervención; sin embargo, en el análisis de las muestras participantes, se observa una diferencia en el tamaño de la muestra, lo que puede ser un factor relevante en relación con la potencia del efecto (Villarruel et al., 2006; Prado et al., 2007). En lo que corresponde al estado migratorio, éste no se considera un elemento relevante en relación con el acceso previo a los servicios de salud y a otras intervenciones de prevención,

sólo se establece una asociación entre éste y el comportamiento sexual (Wingood et al., 2011).

Aunque la mayoría de los estudios refieren la utilización de la adaptación cultural, este proceso se limita al uso del lenguaje como herramienta de mejora, es así que sólo de esta manera se intentan comprender los elementos culturales de las prácticas sexuales o el concepto de lo que es y significa el VIH para dichas poblaciones.

Las medidas de resultado, como en el caso del uso del condón y el sexo sin protección, coinciden con la literatura previa consultada como variables trascendentales en la prevención del VIH (Armistead et al., 2014; Jeltova et al., 2005; Khosravi et al., 2018). Estas acciones están normadas por las directrices internacionales establecidas por la OMS para la reducción y erradicación de la transmisión del virus (Onusida, 2016).

Conclusiones

A pesar de los esfuerzos para prevenir la transmisión del VIH, las comunidades migrantes, particularmente las de origen latino, siguen siendo vulnerables ante esta situación; los factores sociales y culturales se establecen como puntos clave para la generación de intervenciones, ya que esto permite una mejor comprensión y genera un mayor resultado esperado. Aunque existen características diversas en este grupo, como la edad, el sexo y la nacionalidad, los factores socioculturales toman relevancia, ya que estos impregnan y dirigen la identidad y el comportamiento sexual.

Se considera necesario fortalecer la calidad metodológica de futuras intervenciones para permitir la realización de un metaanálisis que brinde fortaleza y seguridad en proyectos de esta temática (Khosravi et al., 2018). Asimismo, se sugiere el fortalecimiento de estrategias de adaptación cultural con un enfoque basado en el desarrollo de competencias culturales de los profesionales de salud, dirigidas a conocer y comprender los significados, creencias y experiencias de esta población con respecto al VIH y otras ITS. En términos generales, el uso del condón sigue vigente como la estrategia de mayor efecto para reducir las ITS, específicamente, la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana.

Referencias

- Armistead, L., Cook, S., Skinner, D., Toefy, Y., Anthony, E. R., Zimmerman, L., Salama, C., Hipp, T., Goodnight, B. y Chow, L. (2014). Preliminary results from a family-based HIV prevention intervention for South African youth. *Health Psychology*, 33(7), 668-676. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24977310/>
- Barrera, M., Jr., Castro, F. G., Strycker, L. A. y Toobert, D. J. (2013). Cultural adaptations of behavioral health interventions: a progress report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 196-205. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22289132/>
- Berger Cardoso, J., Ren, Y., Swank, P., Sanchez, M. y De La Rosa, M. (2016). Pre- to post-immigration sexual risk behaviour and alcohol use among recent Latino immigrants in Miami. *Culture, Health & Sexuality*, 18(10), 1107-1121. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2016.1155751?journalCode=tchs20>
- Blumenthal, J., Mulvihill, D. E., Jain, S., Graber, S., Hanashiro, M., Ellorin, E., ... Morris, S. (2018). HIV risk perception among men who have sex with men: a randomized controlled trial. *Topics in antiviral medicine*. Paper presented at the Conference: 25th conference on retroviruses and opportunistic infections, CROI 2018, Estados Unidos.
- Cardona Duque, D. V., Ariza-Gerena, A., Gaona-Restrepo, C. y Medina-Pérez, Ó. A. (2015). Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19, 568-576.
- Castaño Pérez, G., Arango Tobón, E., Morales Mesa, S., Rodríguez Bustamante, A. y Montoya, C. (2013). Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. *Revista Cubana de Pediatría*, 85, 36-50.
- Dennis, A. M., Wheeler, J. B., Valera, E., Hightow-Weidman, L., Navpranik, S., Swygard, H., Barrington, C. y Eron, J. J. (2013). HIV risk behaviors and sociodemographic features of HIV-infected Latinos residing in a new Latino settlement area in the Southeastern United States. *AIDS Care*, 25(10), 1298-1307.

- Folch, C., Casabona, J., Sanclemente, C., Esteve, A. y González, V. (2014). Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 28(3), 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.11.004>
- Granados, M. R. y Sierra, J. C. (2016). Excitación sexual: una revisión sobre su relación con las conductas sexuales de riesgo. *Terapia Psicológica*, 34, 59-70.
- Hernández-Nieto, R., Gutiérrez, M. C. y Moreno-Fernández, F. (2017). *Mapa hispano de los Estados Unidos 2017*. Observatorio de la lengua española y las culturas hispánicas en Estados Unidos. <https://www.studocu.com/en-us/document/the-university-of-tennessee/intensive-intermediate-spanish/mapa-hispano-2017-sp/6387838>
- Herrera, G. y Sørensen, N. N. (2017). Migraciones internacionales en América Latina: miradas críticas a la producción de un campo de conocimientos. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 58, 11-36.
- Hutton, B., Catalá-López, F. y Moher, D. (2016). La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Medicina Clínica*, 147(6), 262-266. <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-extension-declaracion-prismarevisiones-S0025775316001512>
- Jeltova, I., Fish, M. C. y Revenson, T. A. (2005). Risky sexual behaviors in immigrant adolescent girls from the former Soviet Union: Role of natal and host culture. *Journal of School Psychology*, 43(1), 3-22.
- Khosravi, N., Kolifarhood, G., Shoghli, A., Pashaepoor, S. y Amlashi, M. (2018). Effectiveness of peer education approach on improving HIV/AIDS related healthy behaviors among immigrant street children: A randomized controlled trial. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 6(3), 115-121.
- Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Takayanagi, S. y Cumberland, W. G. (2011). Couple-focused human immunodeficiency virus prevention for young latino parents: Randomized clinical trial of efficacy

- and sustainability. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(4), 306-312. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21464378/>
- Kuhns, L. M., Mimiaga, M. J., Reisner, S. L., Biello, K. y Garofalo, R. (2017). Project LifeSkills - a randomized controlled efficacy trial of a culturally tailored, empowerment-based, and group-delivered HIV prevention intervention for young transgender women: study protocol. *BMC Public Health*, 17(1), 713-713. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28915919/>
- Kwakwa, H. A., Wahome, R., Goines, D. S., Jabateh, V., Green, A., Bessias, S. y Flanigan, T. (2017). Engaging African and Caribbean immigrants in HIV testing and care in a large US city: lessons learned from the African Diaspora health initiative. *J Immigr Minor Health*, 19(4), 818-824.
- Martinez, O., Wu, E., Sandfort, T., Dodge, B., Carballo-Dieguez, A., Pinto, R., Rhodes, S. D., Moya, E. y Chavez-Baray, S. (2015). Evaluating the impact of immigration policies on health status among undocumented immigrants: a systematic review. *J Immigr Minor Health*, 17(3), 947-970.
- Onusida. (2016). *Acción acelerada para acabar con el sida*. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones. (2020a). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2018*.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2020b). *Migración y salud*. <https://www.iom.int/es/migracion-y-salud>
- Perañallo, N., González-Guarda, R. M., McCabe, B. E. y Cianelli, R. (2012). The efficacy of an HIV risk reduction intervention for Hispanic women. *AIDS Behav.*, 16(5), 1316-1326.
- Pérez-Parra, S., Chueca, N., Álvarez, M., Pasquau, J., Omar, M., Collado, A., Vinuesa, D., Lozano, S. B., Yebra, G. y García, F. (2017). High prevalence and diversity of HIV-1 non-B genetic forms due to immigration in southern Spain: A phylogeographic approach. *PloS one*, 12(10), e0186928-e0186928. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0186928>

- Prado, G., Pantin, H., Briones, E., Schwartz, S. J., Feaster, D., Huang, S., Sullivan, S., Tapia, M. I., Sabillon, E., Lopez, B. y Szapocznik, J. (2007). A randomized controlled trial of a parent-centered intervention in preventing substance use and HIV risk behaviors in Hispanic adolescents. *J Consult Clin Psychol.*, 75(6), 914.
- Rhodes, S. D., McCoy, T. P., Vissman, A. T., DiClemente, R. J., Duck, S., Hergenrather, K. C., Long Foley, L., Alonzo, J., Bloom, F. R. y Eng, E. (2011). A randomized controlled trial of a culturally congruent intervention to increase condom use and HIV testing among heterosexually active immigrant Latino men. *AIDS Behav.*, 15(8), 1764-1775.
- Sánchez, M., Rojas, P., Li, T., Ravelo, G., Cyrus, E., Wang, W., Kanamori, M., Perañallo, N. P. y De La Rosa, M. R. (2016). Evaluating a culturally tailored HIV risk reduction intervention among Latina immigrants in the farmworker community. *World Med Health Policy*, 8(3), 245-262.
- Sastre, F., Sánchez, M. y De La Rosa, M. (2015). Changes in pre-to post-immigration HIV risk behaviors among recent Latino immigrants. *AIDS Educ Prev.*, 27(1), 44-57.
- Tyson, M. D., Álvarez, J., Koyama, T., Hoffman, K. E., Resnick, M. J., Wu, X. C., Cooperberg, M. R., Goodman, M., Greenfield, S., Hamilton, A. S., Hashibe, M., Paddock, L. E., Stroup, A., Chen, V. W., Penson, D. F. y Barocas, D. A. (2017). Racial variation in patient-reported outcomes following treatment for localized prostate cancer: results from the CEASAR Study. *European Urology*, 72(2), 307-314. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27816300/>
- van der Veen, Y. J. J., van Empelen, P., de Zwart, O., Visser, H., Mackenbach, J. P. y Richardus, J. H. (2013). Cultural tailoring to promote hepatitis B screening in Turkish Dutch: a randomized control study. *Health Promotion International*, 29(4), 692-704. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23574695/>
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., III y Jemmott, L. S. (2006). A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 772-777. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16894074/>

Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Villamizar, K., Er, D. L., DeVarona, M., Taveras, J., Painter, T. M., Lang, D. L., Hardin, J. W., Ullah, E., Stallworth, J., Purcell D. W. y Jean, R. (2011). Efficacy of a health educator-delivered HIV prevention intervention for Latina women: A randomized controlled trial. *Am J Public Health*, 101(12), 2245-2252.

Estrés de conciencia relacionado con el cuidado espiritual del personal de enfermería

Flores-Romo, Ana Gabriela^{1}*
Araujo-Espino, Roxana¹
Zorrilla-Martínez, Laura Berenice¹
Trejo-Ortiz, Perla María¹

RESUMEN

Introducción: El cuidado es definido como un acto de vida cuyo significado está en desarrollar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en el proceso de vida-muerte, y en estado de salud-enfermedad. El estrés es uno de los principales problemas sanitarios que hoy vive la sociedad, lo que puede desencadenar un conflicto de conciencia cuando existen demandas en las cuales se deben tomar decisiones contrarias a lo que se sabe que es correcto. **Objetivo:** Identificar la relación que existe entre el estrés de conciencia y el cuidado espiritual en el profesional de enfermería. **Método:** El estudio fue descriptivo, correlacional de corte transversal, se realizó un muestreo no probabilístico a disponibilidad, con una muestra de 83 profesionales de la salud. Para la recolección de los datos se usó una Cédula de Datos Personales y Laborales y los instrumentos: Escala de Estrés de Conciencia (SCQ), Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual; se utilizó estadística descriptiva e inferencial realizando el análisis a través del paquete estadístico SPSS Versión 23. **Resultados:** la edad promedio fue de 38 años, predominó el sexo femenino (85.5%), el estado civil casado (63.9%), la escolaridad licenciatura (68.7%), categoría laboral licenciatura en enfermería (65.1%), la mayor proporción trabaja en el servicio medicina interna y cirugía (31.3% cada una), el turno que predominó fue el matutino (30.1%). Se observó que no hubo significancia entre los datos del

¹ Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas.

* Contacto: floresromo.ag@uaz.edu.mx

estrés de conciencia y cuidado espiritual del profesional de enfermería, sólo se presentó una correlación negativa con las variantes en el índice general de estrés de conciencia ($r = -1$, $p < 0$) y cuidado espiritual. **Conclusiones:** Con base en los resultados, se puede interpretar que a mayor estrés de conciencia, menor cuidado espiritual.

Palabras clave: enfermería, estrés de conciencia, cuidado espiritual

ABSTRACT

Introduction: Care can be defined as: “an act of life whose meaning is to develop the capacities of the human being in his daily life, in the process of life-death, and in a state of health-disease, stress is one of the main health problems that society is experiencing today this leads to a lack of congruence between the internal demand, desires, inclinations, beliefs, norms, values and the action taken, which can trigger a conflict of conscience when there are demands in which they must be taken decisions contrary to what is known to be correct. **Objective:** To identify the relationship between stress of conscience and spiritual care in the nursing professional of a public health institution in Zacatecas. **Method:** The study design was descriptive, cross-sectional correlational, a non-probabilistic sampling was carried out upon availability, with a sample of 83 professionals for data collection A Personal and Labor Data Card was used and the instruments: Stress of Consciousness Scale (SCQ) that obtained a reliability of 0.89, Evaluation of Spirituality and Spiritual Care scale with a reliability of 0.733, to respond to was used descriptive statistics and inference; performing the analysis through the statistical package SPSS Version 23. **Results:** The nursing professionals whose average age was 38 years, the female sex predominated with 85.5%, marital status married with 63.9%, undergraduate education with 68.7%, labor category the nursing degree with 65.1%, in the internal medicine and surgery service with 31.3% respectively, the predominant shift was the morning with 30.1%. It was observed that there was no significance between the data on stress of conscience and spiritual care of the nursing professional, there was only a negative correlation with the variants in the general index of stress of conscience ($r = -1$, $p < 0$) and care spiritual; **Conclusions:** So this can be interpreted that the greater the stress of consciousness, the less spiritual care.

Keywords: nursing, stress of conscience, spiritual care

Introducción

Los pacientes requieren que sus necesidades sean cubiertas desde un enfoque holístico y no sólo desde el aspecto biológico, con la

patología, por ejemplo; si bien este cambio se ha ido estableciendo paulatinamente, hoy en día existe un alto riesgo de deshumanización de los cuidados debido a que la mayoría de los sistemas han sufrido una reestructuración en la gestión administrativa, por lo que se ha hecho necesario rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal en todos los ámbitos de los servicios de enfermería, por tanto, el profesional de la salud tiene que llevar dentro de su ser el sentido de la vida, y será reflejado con una buena calidad en el cuidado, siendo éste el eje central del profesional (Landman-Navarro et al., 2015, p. 13). En 2018, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) definió las exigencias administrativas e institucionales en el sector público y privado que interfieren en el cuidado y la atención del paciente, entre las que se encuentra el tiempo prolongado en la atención del servicio.

Según la Organización Mundial de la Salud, el estrés es uno de los principales problemas sanitarios que vive la sociedad actual, éste conlleva una falta de congruencia entre la demanda interior, deseos, inclinaciones, creencias, normas, valores y la acción tomada, lo que puede desencadenar un conflicto de conciencia cuando existen demandas en las cuales se deben tomar decisiones contrarias a lo que se sabe que es correcto desde el punto de vista ético del profesional que atiende personas enfermas, quienes a menudo lo experimentan cuando se sienten incapaces de proporcionar la atención de calidad que su deber les exige, o cuando no cumplen con los estándares de rendimiento y de calidad establecidos (Zorrilla, 2014, p. 19). Sin duda alguna, existen limitantes para que el profesional lleve a cabo sus funciones, como ocurre con el estrés de conciencia descrito; la interacción enfermera-paciente cada vez es más distante por la ausencia de valores (Alonso et al., 2017, p. 52; Cavalheiro et al., 2008).

Por otro lado, el cuidado se puede definir como un acto de vida cuyo significado está en desarrollar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en el proceso de vida-muerte, y en estado de salud-enfermedad (sin desconocer las costumbres del individuo) con el objeto de compensar, o suplir, la alteración de sus funciones o enfrentar el proceso de muerte. El cuidado es la base fundamental del quehacer del profesional de enfermería, por tanto, su planeación debe ser individualizada y orientada a buscar la satisfacción de las necesidades

de quien demanda sus servicios. Es aquí donde se establece una relación enfermera-paciente de respeto hacia sus creencias y costumbres (Ramírez y Parra, 2011, p. 100).

El cuidado espiritual es un componente fundamental en la integración y el holismo de los cuidados de enfermería que ha sido incluido de manera implícita o explícita. Desde hace varios años, la enfermería ha mostrado interés en la manera en que la espiritualidad influye sobre otras dimensiones de la persona: la salud, el bienestar y la calidad de vida.

La conceptualización de la espiritualidad en la literatura de enfermería adquiere dos formas:

1. Religiosa. Ésta se deriva de una tradición histórica y se basa en descriptores religiosos y teocéntricos; esta forma de espiritualidad es de cierta manera más tangible y observable en indicadores tales como la creencia en Dios o la práctica de una actividad religiosa formal.
2. Forma existencial. Ha sido clasificada como una forma posmoderna a la espiritualidad muy subjetiva y refleja la preocupación que tiene el individuo por los aspectos de la sociedad material y de las situaciones de la vida. Esta forma de espiritualidad puede tener descriptores de tipo fenomenológico o existencial.

La espiritualidad es multifacética y es posible que los individuos puedan identificarse con una o ambas formas, las cuales están compuestas por aspectos tanto existenciales como religiosos: los primeros se refieren a la necesidad del individuo de encontrar y vivir su vida con significado y propósito; los segundos sugieren que la espiritualidad no sólo es un concepto asociado a una religión, sistema de fe o de culto, sino que subraya el carácter universal de la espiritualidad mediante el reconocimiento de áreas como la creatividad, el arte y la expresión de sí mismo. En consecuencia, la espiritualidad es un fenómeno mucho más amplio que simplemente asignar expresiones religiosas. El cuidado espiritual está constituido por acciones y comportamientos de cuidado que lleva a cabo la enfermera en la práctica y que puede tener una tendencia religiosa y existencial, por ejemplo, el escuchar, pasar el tiempo con el otro, mantener la privacidad y la dignidad, así como las prácticas religiosas, promover el encuentro de

significado y propósito de mostrar cualidades como bondad, preocupación, amabilidad, apertura y empatía. De acuerdo con lo anterior, es necesario conocer si el estrés de conciencia tiene relación con el cuidado espiritual brindado por el personal de enfermería.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal (Guevara et al., 2017) en el que se incluyeron 83 profesionales de enfermería, de base, con contratación estatal y que aceptaron participar en el estudio. Se utilizó un muestreo no probabilístico a disponibilidad; para realizar la recolección de los datos se utilizó una cédula de datos personales y laborales compuesta por 9 ítems con opción de respuesta abierta y de opción múltiple como edad, sexo, estado civil, escolaridad, categoría laboral, años de experiencia laboral, área en la que labora actualmente, años en el servicio actual y turno en el que trabaja; asimismo, la escala de estrés de conciencia (SCQ) diseñada por Glasberg et al. (2008) para medir el estrés de conciencia, adaptado a población mexicana por Zorrilla en 2014, con un valor de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.89 con 18 ítems que constan de 9 reactivos, donde cada ítem está compuesto por una pregunta A (demandas internas) que indica la frecuencia con la que ocurre la situación estresante; para medir este apartado, se utilizó una escala tipo Likert con opciones de respuesta de 0 = nunca, 1 = al menos una vez en seis meses, 2 = más de una vez en seis meses, 3 = cada mes, 4 = cada semana y 5 = todos los días; y una pregunta B (demandas externas) que mide la cantidad de estrés de conciencia que se generó a partir de la situación estresante, la cual se evaluó a través de una escala visual análoga en 6 puntos (0-5) donde el 0 = no es el absoluto y 5 = gran conflicto de conciencia, la parte A se multiplica por la parte B de cada ítem mostrando el total de estrés de conciencia para este ítem B.

Para evaluar el cuidado espiritual y la espiritualidad, se usó la escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual de MacSherry et al. (2002), validada por Vargas-Escobar en 2015. La escala muestra un alfa de Cronbach global de 0.733, está conformada por 17 ítems en escala tipo Likert con respuestas de 1 = totalmente en

desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = no estoy seguro/a, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo, dividida en cuatro subescalas: la primera de ellas es la percepción de la espiritualidad medida con los ítems F, I, J y E, con un $\alpha = 0.657$; una segunda subescala de percepción del cuidado espiritual constituido por siete ítems (A, B, G, K, N, H y L) con un $\alpha = 0.575$; una tercera subescala que mide la percepción de la religiosidad constituida por tres ítems (D, M y P) con un $\alpha = 0.546$, y una última subescala de percepción del cuidado personalizado constituida por tres ítems (C, Q y O) con un $\alpha = 0.492$. Para la interpretación de los resultados hay que tener en cuenta las subescalas planteadas y analizar el instrumento en su totalidad, el dato real del instrumento es de 17 a 85. La escala no describe la clasificación del cuidado espiritual, por lo que se integrarán índices de 0-100, donde a mayor puntuación, mejor cuidado espiritual brindado por el profesional de enfermería.

Para realizar la recolección de los datos, en primer lugar se solicitó la aprobación del Comité de Ética 045-CEI-UAE-UAZ/2020, posteriormente, se solicitó la autorización de un hospital general del estado de Zacatecas; una vez obtenido el permiso, se buscó a cada uno de los trabajadores, se les invitó a participar y a quienes aceptaron se les dio a conocer el consentimiento informado y los cuestionarios antes mencionados, cabe mencionar que el estudio se apejó al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación (Secretaría de Salud, 2014), los datos fueron recabados y analizados a través del paquete estadístico SPSS versión 23 para Windows.

Resultados

En el presente apartado se muestran los resultados del análisis de los datos; con respecto a la consistencia interna de los instrumentos, se encontró que los cuestionarios de Estrés de Conciencia y Cuidado Espiritual cuentan con un alfa de Cronbach global confiable de .895 y .889, respectivamente. En cuanto a los datos personales y laborales de los 83 profesionales de enfermería, se encontró que 85.5% son de sexo femenino, 63.9% son casados, 68.7% cuentan con un nivel académico de licenciatura, con una contratación laboral como Lic. en Enfermería (65.1%), la mayoría se encontraba laborando en los

servicios de medicina interna y cirugía (31.3% cada uno) y con un horario laboral matutino (30.1%). En cuanto a la edad, se tiene que el promedio fue de 38.23 años ($DE = 7.85$); en cuanto a la experiencia laboral en años, se encontró que cuentan con una $\bar{X} = 12.87$; $DE = 7.98$ años, y con respecto al tiempo en el servicio actual, una $\bar{X} = 1.45$; $DE = .78$ años.

En cuanto a las respuestas de los profesionales de enfermería relacionadas con el estrés de conciencia, se encontró en la subescala de demandas externas que 60.2% refirió que al menos una vez y más de una vez en seis meses le faltó tiempo para brindar el cuidado que el paciente necesita, y 55.4% reportó que al menos una vez y más de una vez esta situación le provocó un conflicto de conciencia. Además, 59% nunca se ha visto obligado a brindar atención que le hiciera sentir mal y 61.4% informó que esta situación nunca le ha provocado estrés de conciencia. Por otra parte, 66.3% reportó que al menos una vez y más de una vez en seis meses ha tenido que enfrentarse a exigencias en su trabajo con las que no está de acuerdo, y 55.4% declara que esta situación al menos y más de una vez le provocó conflicto de conciencia.

Así, 43.4% de los profesionales reportó nunca haber visto que se haya insultado o lastimado a pacientes, y para 42.2% esta situación nunca les causó conflicto de conciencia. Se encontró que 38.5% de los profesionales reportaron haber evitado al menos una vez y más de una vez en seis meses a pacientes o familiares de pacientes que necesitaban ayuda o apoyo, 32.5% de los participantes sostiene que esta situación al menos una vez y más de una vez le provocó un conflicto de conciencia.

En cuanto a la subescala de demandas internas, 61.4% reportó que nunca le ha pasado que su vida privada sea tan demandante que no tenga la energía para dedicarse a su trabajo como desearía hacerlo, a 71.1% de los participantes esta situación nunca le provocó un conflicto de conciencia, sin embargo, 6% de los profesionales afirmó que más de una vez en seis meses y a 1.2% esta situación le provocó un conflicto de conciencia todos los días; 49.4% reportó que su trabajo en el cuidado de la salud al menos una vez y más de una vez en su vida ha sido tan demandante que no tiene la energía para dedicarse a su familia como desearía, y a 46.9% al menos una vez y más de una vez en su vida esta situación le provocó conflicto de conciencia.

Además, 57.9% al menos una vez y más de una vez en la vida ha sentido que no cumple con las expectativas que los demás tienen con respecto a su trabajo, y esta situación, para 45.7% de los profesionales, al menos una vez y más de una vez le provocó conflicto de conciencia. Por otra parte, 46.9% reporta que al menos una vez y más de una vez en la vida ha tenido que reducir sus aspiraciones de brindar una buena atención y a 40.9% de los profesionales al menos una vez o más de una vez en su vida esta situación le ha provocado un conflicto de conciencia.

En la subescala de percepción de la espiritualidad, se encontró que 51.8% refirió que está de acuerdo y totalmente de acuerdo en que la espiritualidad tiene que ver con la búsqueda de significado en las situaciones buenas o malas; 82% reportó que está de acuerdo y totalmente de acuerdo en que la espiritualidad se relaciona con tener una sensación de esperanza y propósito en la vida; 60.3% refirió que está de acuerdo y totalmente de acuerdo en que la espiritualidad tiene que ver con la manera en que enfrentan su propia vida en el aquí y el ahora; por último, 56.7% reportó que está totalmente en desacuerdo y en desacuerdo en que no cree que la espiritualidad esté relacionada con la creencia y la fe en dios.

En cuanto a la subescala de percepción del cuidado espiritual, 55.5% refirió que está de acuerdo y totalmente de acuerdo en que las enfermeras pueden brindar cuidado espiritual acordando reuniones con el sacerdote o pastor, si así lo requiere el paciente; 47% refirió estar de acuerdo en que las enfermeras pueden brindar cuidado espiritual demostrando amabilidad, preocupación y empatía; 54.2% reportó estar de acuerdo en que las enfermeras pueden brindar cuidados espirituales pasando tiempo con el paciente dándole apoyo y ánimo; 56.6% refirió que está de acuerdo en que la enfermera puede brindar cuidado espiritual al escuchar a los pacientes y darles tiempo para discutir temores; 77.1% afirmó estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en que las enfermeras pueden brindar cuidado espiritual respetando la privacidad, dignidad y creencias religiosas; 44.6% sostuvo estar de acuerdo en que las enfermeras pueden proporcionar cuidado espiritual al promover en el paciente encontrar un significado y propósito a su enfermedad; 61.4% declaró estar de acuerdo en que la espiritualidad es una fuerza unificadora que le permite a la persona estar en paz consigo mismo y con el mundo.

En la subescala de percepción de la religiosidad, 48.2% refirió estar en desacuerdo con que la espiritualidad sólo incluye ir a la iglesia, 28.9% dijo estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en que no creen que la espiritualidad incluya aspectos como el arte, la creatividad y la expresión de sí mismo; 37.3% sostuvo estar totalmente en desacuerdo y en desacuerdo en que no cree que la espiritualidad incluye la moral de la persona, es decir, normas y reglas.

Asimismo, en la subescala percepción del cuidado personalizado, 50.6% afirma estar de acuerdo en que la espiritualidad tiene que ver con las necesidades de perdonar y ser perdonado; 54.3% reportó estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en que la espiritualidad incluye la moral, y 42.2% estuvo de acuerdo en que la espiritualidad involucra las amistades y las relaciones interpersonales.

Tras el análisis de la correlación entre el estrés de conciencia y el cuidado espiritual del profesional de enfermería, se observó que no hay significancia entre los datos del estrés de conciencia y cuidado espiritual del profesional de enfermería, sólo se presentó una correlación negativa con las variables en el índice general de estrés de conciencia ($r = 1$, $p < = 0$) y el cuidado espiritual; además, en la subescala del estrés de conciencia y cuidado espiritual, también se observó una correlación negativa con respecto a las variables de estrés de conciencia ($r = .309$, $p < = .004$), lo que significa que entre mayor estrés de conciencia, menor cuidado espiritual, por otro lado, se hallaron relaciones estadísticas significativas entre las variables.

Discusión

En los resultados del trabajo presentado se pudo apreciar que no hay significancia entre los datos del estrés de conciencia y cuidado espiritual del profesional de enfermería; sólo se presentó una correlación negativa con las variables en el índice general de estrés de conciencia y cuidado espiritual. Resalta que a mayor estrés de conciencia, menor cuidado espiritual, ya que al aumentar el estrés, el personal suele somatizar padecimientos y, por consecuencia, se reduce el rendimiento en el cuidado espiritual. Los resultados concuerdan con el estudio que realizaron Muñoz, Rumie, Torres y Villarroel (2015), donde se concluyó que dicha situación llega a provocar un impacto en lo psicológico, social y físico.

De acuerdo con el estudio presentado por Alonso et al. (2017), el estrés de conciencia puede deberse a que el personal de enfermería se encuentra expuesto a situaciones estresantes ante el cuidado del paciente por exigencia de los jefes, peticiones de los familiares y el trato diario con los compañeros. En cuanto al cuidado espiritual, el personal de enfermería coincide en proporcionar atención al pasar tiempo con el paciente, escuchar y dar apoyo despejando sus dudas e inquietudes con respecto a su condición, respetando la privacidad, dignidad, creencias religiosas y cultura del paciente, brindando una atención holística e integral, lo cual facilita la comunicación enfermero-paciente.

Conclusión

El paciente requiere que sus necesidades sean cubiertas por los profesionales de enfermería, quienes deben estar calificados para afrontar la gran responsabilidad que su labor implica. Sin duda alguna, hay limitantes para desempeñar sus funciones que los pueden traducir en factores estresantes; es importante para el profesional de enfermería proporcionar cuidados cálidos y humanos a la persona que sufre una interrupción en su vida cotidiana, y para que el profesional cumpla con estos criterios deberá estar libre de sobrecarga laboral, cansancio emocional, pérdida de la empatía y todo aquello que afecte la calidad de su desempeño laboral, que a la vez disminuye la calidad de los cuidados desde su perspectiva psicológica, física, social y espiritual. Todas estas características pueden llegar a impedir el desarrollo en el ámbito hospitalario; el estrés de conciencia interfiere con los sentimientos que puedan involucrarse en la toma de decisiones, afectar la percepción del individuo frente a las demandas externas (que implican la obligación del enfermero de proporcionar cuidados que lo puedan hacer sentir mal) y las demandas internas, donde su identidad como profesional es buena.

Referencias

Alonso, M., Alonso, M., Nelly, N., Zorrilla, L. y Delgadillo, M. (2017). Relación entre estrés de conciencia y riesgo de consumo de

- alcohol en personal de enfermería. *Rev Health and Addictions*, 18(1), 51-59. <https://ojs.haaaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=368>
- Cavalheiro, M., Morua, D. y Lopes, A. (2008). El estrés de los enfermeros que actúan en una unidad de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem.*, 16(1), 29-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100005>
- Glasberg, A.L., Eriksson, S. y Norberg, A. (2008). Factors associated with stress of conscience in healthcare. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 249-258. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2007.00522.x>
- Guevara, M., Cárdenas, V. y Hernández, P. (2017). *Protocolos de investigación en enfermería*. El Manual Moderno.
- Landman-Navarro, C., Canales-Gómez, S., Garay-Schmitt, V., García-Figueroa, P., López-Araya, C., Pérez-Toro, J., Sáez-Muñoz, C. y Saldivia-Muñoz, M. R. (2015). Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 3(2), 12-21. <https://core.ac.uk/download/pdf/234706344.pdf>
- McSherry, W., Draper, P. y Kendrick, D. (2002). The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int J Nurs Stud.*, 39(7), 723-734.
- Muñoz, C., Rumie, H., Torres, G. y Villarroel, J. (2015). Impacto en la salud mental de la (del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Cienc. Enferm.*, 21(1), 45-53. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100005
- Ramírez, C. y Parra, M. (2011). Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av. Enferm.*, 29(1), 97-108. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861>
- Secretaría de Salud. (2014). *Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*. https://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Vargas-Escobar, L. (2015). Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y Cuidado

Espiritual. *Rev. Colomb. Enferm.*, 11(10), 34-44. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6547179>

Zorrilla, L. (2014). *Estrés de conciencia y el consumo de alcohol en personal de enfermería de una institución de salud*. Universidad Autónoma de Nuevo León. <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080253764.PDF>

Estereotipos hacia la vejez asociados al perfil de salud en usuarios de un hospital público de Zacatecas

Araujo-Espino, Roxana^{1}*

Delgado-Rivas, Tomás²

Trejo-Ortiz, Perla María¹

Flores-Romo, Ana Gabriela¹

Mollinedo-Montaño, Fabiana Esther¹

Calderón-Ibarra, Alejandro¹

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población es fiel reflejo de la mejora en las condiciones de vida de la población y del eficaz accionar del sistema de salud junto con el desarrollo social, sin embargo, los adultos mayores enfrentan estereotipos negativos. **Objetivo:** Identificar la asociación entre los estereotipos hacia la vejez y el perfil de salud en usuarios de un hospital público de Zacatecas. **Material y métodos:** El diseño de estudio fue descriptivo-correlacional, comparativo y de corte transversal en 250 personas adultas entre 20 y 65 años. Se aplicó el Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE), y el Perfil de Salud de Nottingham (NHP). El estudio se apejó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en Seres Humanos. Los datos fueron capturados y analizados en el paquete estadístico SPSS versión 22, donde se obtuvo estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** 60.8% de los entrevistados fueron mujeres y 39.2% hombres, la media de edad fue de 46.76 años ($DE = 13.83$), el promedio de salario mensual fue de 8,454.92 ($DE = 6906.57$); 60.0% estudió una carrera profesional; 52.8% tiene un empleo, y 24.0% es pensionado; 69.2% fue casado. Se encontró asociación negativa y

¹ Universidad Autónoma de Zacatecas.

* Contacto: roxana.araujo@uaz.edu.mx

² Servicios de Salud de Zacatecas.

significativa entre el perfil de salud y la dimensión de motivación-social del CENVE ($r_s = -0.164^{**}$, $p = 0.009$). También se encontró relación negativa y significativa entre el perfil de salud y la dimensión carácter-personalidad ($r_s = -0.241^{***}$, $p = 0.000$). **Conclusiones:** Los usuarios tienen una percepción negativa de estereotipos hacia la vejez asociados a su perfil de salud, y que resulta un prejuicio para los adultos mayores, además, se hace evidente la relación entre perfil de salud con la percepción de estereotipos negativos hacia la vejez.

Palabras clave: estereotipos, perfil de salud, adultos mayores

ABSTRACT

Introduction: The aging of the population is a true reflection of the improvement in the living conditions of the population and the effective action of the health system together with social development, however, the AMs face negative stereotypes. **Goal.** To identify the association between stereotypes towards old age and the health profile in users of a public hospital in Zacatecas. **Material and methods:** The study design was descriptive-correlational, comparative, and cross-sectional in 250 adults between 20 and 65 years of age. The Questionnaire of Negative Stereotypes towards Old Age (CENVE), and the Nottingham Health Profile (NHP) were applied. The study of adherence to the provisions of the General Health Law on Research for Health in Human Beings (2018). The data was captured and analyzed in the statistical package SPSS version 22, where descriptive and inferential statistics were obtained. **Results:** 60.8% of the interviewees were women and 39.2% men, the mean age was 46.76 (SD = 13.83), the average monthly salary was 8454.92 (SD = 6906.57), 60.0% studied a professional career; 52.8% have a job, and 24.0% are pensioners. 69.2% were married. A negative and significant association was found between the health profile and the social-motivation dimension of the CENVE ($r_s = -0.164^{**}$, $p = 0.009$). A negative and significant relationship was also found between the health profile and the character-personality dimension ($r_s -0.241^{***}$, $p = 0.000$). **Conclusions:** Users have a negative perception of stereotypes towards old age associated with their health profile, and that is a prejudice for the AM, in addition, the relationship between health profile with the perception of negative stereotypes towards old age becomes evident.

Keywords: stereotypes, health profile, older adults

Introducción

En todo el mundo, las personas viven más tiempo que antes, con una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Todos los países

están experimentando un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población. Actualmente, hay 125 millones de personas adultas mayores (AM) de 80 años a nivel global y se espera que este número sea similar para 2050 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). México, con un promedio de vida de 76 años, se ubica en el lugar 47 entre 195 naciones. La población de 60 años y más representa 7.2%, lo que equivale a 10,055,379 personas. El promedio nacional es de 9.7 adultos mayores (AM) por cada 100 personas en edad laboral, y 8 entidades superan la media nacional con 11 AM por cada 100 personas en edad laboral, entre ellas, Michoacán, San Luis Potosí, Ciudad de México, Nayarit y Zacatecas. En este último estado, la población de 60 años y más asciende a 152,152 (78,194 son mujeres y 73,958 hombres) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Inegi], 2017).

El envejecimiento es fiel reflejo de la mejora en las condiciones de vida de la población, y a la vez, representa un gran desafío para la Salud Pública de todos los países en el mundo, incluyendo México. El aumento de la esperanza de vida no significa necesariamente envejecer con calidad, debido al hecho de que esta población se enfrenta a problemas como la discapacidad y comorbilidades de carácter crónico-degenerativo, además de otras deficiencias que son el resultado de la falta de acceso a la salud (16.4%) y jubilación (66.4%), creando así un estado de pobreza multidimensional (43.7%) (Inegi, 2017).

En este sentido, los AM no sólo enfrentan necesidades sanitarias y económicas, además, deben lidiar con diversos estereotipos negativos hacia la vejez; estos consisten en ideas apriorísticas, sesgadas y no contrastadas (o contrastadas sólo parcialmente) con la realidad, hacia una persona en razón de su pertenencia a un colectivo con características supuestamente homogéneas (Fiske y Tablante, 2014). Los estereotipos hacia las personas mayores son ciertamente ambivalentes, dado que la percepción social de la vejez puede contener algunos atributos positivos, como el prestigio y la sabiduría (Hummer, 2011), sin embargo, la imagen de los mayores se rige principalmente por características negativas, relacionadas con enfermedades físicas o mentales, discapacidad, falta de intereses y de motivaciones vitales, desvinculación social, pérdida de autonomía, improductividad o inutilidad, mal carácter, tristeza y soledad, pobreza, entre otros factores (Bosch et al., 2019).

La literatura a nivel nacional e internacional fundamenta la prevalencia de elevados estereotipos negativos hacia el envejecimiento, llegando inclusive a niveles académicos superiores, como el caso de los programas educativos que involucran a las Ciencias de la Salud (Sarbacia y Castanedo, 2015; Blanco-Molina y Pinazo-Hernandis, 2016; Portela, 2016; Lara-Pérez et al., 2018). Por ejemplo, en el caso de un estudio realizado en estudiantes del área de la salud de una universidad de la región centro de México, los estereotipos hacia la vejez que predominaron fueron ubicados en la dimensión de carácter-personalidad. Existe presencia de estereotipos negativos en 37% de los casos, sin diferencias entre los grupos. La dimensión que presentó más estereotipos hacia la vejez difiere respecto a estudios internacionales y nacionales, dado que la que presenta mayor estereotipo es la dimensión salud, lo que hace alusión al fuerte deterioro fisiológico, de los procesos cognitivos y las incapacidades (Lara-Pérez et al., 2018).

De igual manera, una investigación realizada en estudiantes universitarios del área de Ciencias de la Salud (Medicina, Salud Pública y Geriátrica) comprobó, mediante el instrumento CENVE, que los estereotipos hacia la vejez son mayormente negativos, afectando sobre todo a las dimensiones de salud y carácter-personalidad (Domínguez et al., 2015). En este sentido, la representación centrada en aspectos negativos hacia el envejecimiento afecta la percepción de la población en general, entre ellos, los adultos (usuarios de los servicios de salud), vinculando este proceso vital con la soledad, el abandono, la pérdida financiera, el alejarse de la familia, las pérdidas (trabajo, familia, pareja), lentitud funcional y cansancio, e ideas en torno a la cercanía de la muerte (Guerrero y Ojeda, 2017).

La literatura descrita confirma los estereotipos negativos hacia los AM, donde las personas, en especial las adultas que presentan un estado de salud deficiente, tienden a tomar representaciones negativas que se tienen sobre ellos e intensificar sus propios estereotipos negativos, reforzando estas creencias a nivel personal y social, lo que a su vez conlleva al maltrato y abuso a este sector poblacional (Orozco y López, 2016).

Así pues, el objetivo de la presente investigación es identificar la asociación entre los estereotipos hacia la vejez y el perfil de salud en usuarios de un hospital público de Zacatecas, México, además de

conocer el perfil de salud en usuarios y comparar los estereotipos hacia la vejez y el perfil de salud según características sociodemográficas y laborales, obteniendo de esta manera un panorama general para proponer estrategias con miras a modificar la forma en que se percibe al AM hoy en día, por cuestiones personales (edad, sexo, raza) y culturales, y de esta forma, contribuir para consolidar un óptimo desarrollo de esta población y, por ende, coadyuvar en la mejora de su calidad de vida.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, comparativo de corte transversal en personas adultas derechohabientes distribuidas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). La muestra se calculó para una población finita con una confiabilidad de 95% y un margen de error de .05, lo que arrojó un total de 250 personas adultas derechohabientes distribuidas en 20 consultorios de la consulta externa, los cuales fueron seleccionados por un muestreo aleatorio simple. Se incluyó a personas adultas entre 20 y 64 años de edad que acudieron a la consulta externa en los diferentes turnos del hospital general del ISSSTE de la ciudad de Zacatecas que no presentaran alguna enfermedad o capacidad diferente (sordera, ceguera y/o mudez) que les impidiera contestar los diferentes instrumentos.

Se utilizó el Cuestionario de Estereotipos Negativos Hacia la Vejez (CENVE), de Blanca, Sánchez y Trianes (2005), el cual consta de 15 ítems en una escala tipo Likert de 4 puntos (1= Desacuerdo total a 4= De acuerdo total), cuyo valor fluctúa entre 15 y 60. Las puntuaciones más altas indican un elevado grado de estereotipos negativos hacia la vejez, valorando tres dimensiones:

- Salud: comprende las afirmaciones del deterioro físico y cognitivo, así como de sus discapacidades.
- Motivacional-social: son las creencias acerca de las carencias socioafectivas.
- Carácter-personalidad: se refiere a la rigidez del pensamiento y los problemas de labilidad emocional.

El alfa de Cronbach reportado por cada dimensión en su construcción original fue de 0.67, 0.64 y 0.66, respectivamente (Díaz et al., 2016).

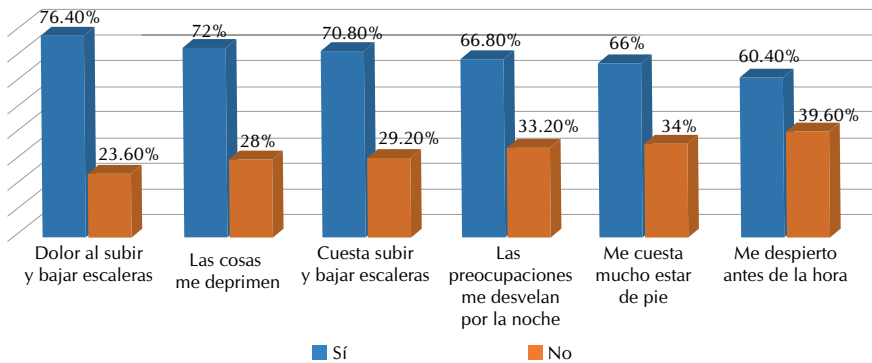
El perfil de salud se midió a través de la escala del Perfil de Salud de Nottingham (NHP), elaborado por Alonso, Anto y Moreno (1990), está compuesta por 38 ítems de respuesta dicotómica (Sí/No) que exploran seis dominios de salud: energía (tres ítems), dolor (ocho ítems), reacciones emocionales (nueve ítems), aislamiento social (cinco ítems), sueño (cinco ítems) y movilidad (ocho ítems). A las respuestas afirmativas se les otorgó un punto (Sí = 1), mientras que las negativas obtuvieron cero puntos (No = 0). Esas puntuaciones se transformaron en una escala que oscila entre 0 (no padece ningún problema de salud) y 100 (los padece todos). Para la recolección de los datos se ubicó a los adultos usuarios del servicio de salud en el área de consulta externa, posteriormente, se les invitó a participar y se les explicó el objetivo del estudio, la voluntariedad de su participación y la confidencialidad de la información recabada, datos que se reforzaron en el consentimiento informado que se incluyó antes de la encuesta, tal como estipula la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). Los datos fueron capturados y analizados en el programa SPSS versión 25. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de los datos, la cual resultó no normal, por lo que se decidió el uso de estadística no paramétrica. Las comparaciones se realizaron por medio de las pruebas U de Mann-Whitney o Kruskal Wallis, tomando como significativo un valor de p de .05. Para asociar las variables de interés se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

En el estudio participaron 250 personas adultas, 60.8% de los entrevistados fueron mujeres y 39.2% hombres, la media de edad fue 46.76 años ($DE = 13.83$), con edades comprendidas entre los 20 y 65 años; el promedio de salario mensual fue 8,454.92 pesos ($DE = 6906.57$), 60.0% estudió una carrera profesional; 52.8% tiene un empleo y 24.0% es pensionado. En relación con el perfil de salud de los usuarios entrevistados, se encontró que sus mayores afectaciones fueron

al subir y bajar escaleras (76.4%), sentirse deprimidos (72%), les cuesta subir y bajar escaleras (70.80%), las preocupaciones producen desvelos por la noche (66.80%), les cuesta sostenerse de pie (66%), y finalmente, 60.4% refiere que se despierta antes de la hora habitual (figura 1).

Figura 1. Perfil de salud en usuarios

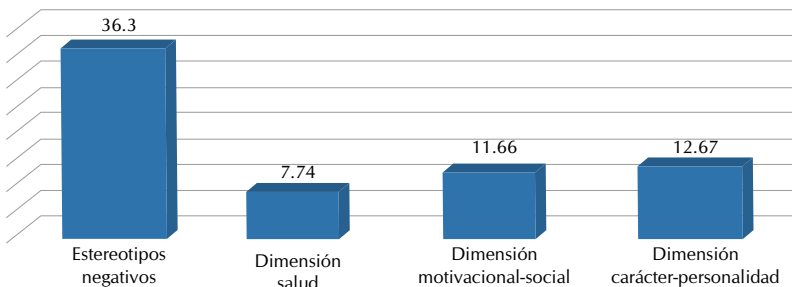


Fuente: elaboración propia.

El puntaje total del cuestionario de Estereotipos Negativos Hacia la Vejez (CENVE) en la muestra de estudio fue de 36.30 ($DE = 9.87$), para la dimensión salud el puntaje fue de 7.74 ($DE = 1.11$), para motivacional-social fue de 11.66 ($DE = 3.78$) y para la dimensión carácter-personalidad el puntaje resultante fue de 12.67 ($DE = 4.24$) (figura 2). Al comprar la sumatoria del cuestionario CENVE de acuerdo con características sociodemográficas (sexo, escolaridad, estado civil y ocupación), se encontró diferencia estadísticamente significativa de la dimensión motivación-social según el género ($U = 6350.50$, $p = 0.048$), donde las mujeres ($\bar{X} = 12.03$, $M_e = 11.50$) tienen una percepción más negativa de los estereotipos del factor motivación-social en comparación con los hombres ($\bar{X} = 11.10$, $M_e = 11.00$). Se mostró diferencia estadísticamente significativa de la sumatoria global CENVE con base en la escolaridad ($H = 26.35$, $p = 0.000$), las personas adultas que tienen una carrera profesional ($\bar{X} = 70.62$, $M_e = 73.00$) tienen mayores estereotipos negativos en cuanto al perfil de salud frente al resto de los entrevistados: preparatoria ($\bar{X} = 70.12$, $M_e = 71.00$), carrera técnica ($\bar{X} = 69.15$, $M_e = 72.50$),

secundaria ($\bar{X} = 68.25, M_e = 70.00$), y finalmente primaria ($\bar{X} = 64.11, M_e = 66.50$). Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la sumatoria global CENVE según la ocupación ($H = 8.30, p = 0.040$), lo que indica que quienes se dedican a la labor doméstica ($\bar{X} = 39.53, M_e = 38.00$) tienen una percepción mayor hacia los estereotipos negativos hacia la vejez, seguido de los pensionados ($\bar{X} = 38.26, M_e = 35.00$), desempleados ($\bar{X} = 33.86, M_e = 35.00$) y finalmente los empleados ($\bar{X} = 30.62, M_e = 35.00$). También se encontró diferencia estadística del índice NHP de acuerdo con el estado civil ($H = 11.04, p = 0.026$): las personas solteras se perciben con peor estado de salud que el resto del grupo, presentando medias y medianas más altas ($H = 16.16, p = 0.001$); mientras que quienes se dedican a la labor doméstica perciben mejor su perfil de salud ($\bar{X} = 33.86, M_e = 35.00$) que el resto del grupo.

Figura 2. Promedio de estereotipos negativos hacia la vejez



Fuente: elaboración propia.

Al asociar los estereotipos hacia la vejez y el perfil de salud en usuarios de un hospital público de Zacatecas, se encontró una asociación positiva y significativa entre el perfil de salud y el ingreso mensual, lo que significa que a mejor percepción del estado de salud, mayor es su ingreso económico mensual. Se encontró una asociación negativa y significativa entre el perfil de salud y las dimensiones de motivación social y carácter-personalidad, por lo que se interpreta que los usuarios que se perciben con mayores afectaciones en su estado de salud, también presentan bajos índices en sus creencias acerca de las

carencias socioafectivas, además de registrar mayores problemas de labilidad emocional (tabla 1).

Tabla 1. Correlación de Spearman para asociación entre los estereotipos en cuanto a perfil de salud en usuarios

<i>Variable</i>	<i>Perfil de salud</i>
Edad	-0.258* 0.000
Ingreso mensual	0.188* 0.003
Dimensión motivación-social	-0.164* 0.009
Dimensión carácter-personalidad	-0.241** 0.000

Nota: *correlaciones significativas con una $p < .05$, pero $\geq .01$,

** correlaciones significativas con una $p < .01$

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Al valorar el perfil de salud de los usuarios, más de la tercera parte de los entrevistados presenta dolor al subir y bajar escaleras, y a un poco más de la mitad de los adultos les cuesta sostenerse de pie, este resultado probablemente se debe a que sus problemas de salud se encuentran relacionados con el sistema locomotor. Más de la mitad de los participantes se desvela por la noche a causa de las preocupaciones y se despierta antes de la hora habitual, lo que tal vez puede asociarse a que casi la tercera parte de los participantes refirieron sentirse deprimidos (Vasco-Gómez et al., 2018).

En lo referente a los estereotipos negativos hacia la vejez, el puntaje obtenido por los usuarios fue mayor a lo reportado por Lara, Moreno y Padilla (2018) en universitarios en Guanajuato, y por Blanco y Pinazo-Hernandis (2016) y Portela (2016), donde el CENVE ronda los 32 puntos. La valoración fue menor que la que se reporta en estudios de España (Sarabia y Castanedo, 2015) y Costa Rica (Campos y Salgado, 2017). En el primer caso, esta presencia representó

62% de la muestra, mientras que, en Costa Rica, el CENVE tuvo un puntaje medio de 51.52. Tales diferencias probablemente se deban a que los estudios fueron realizados en muestras y contextos diferentes, lo que tal vez influyó en la disparidad de los resultados.

Los estereotipos hacia la vejez que predominaron se ubican en la dimensión de carácter-personalidad, resultado similar a lo reportado por Lara, Moreno y Padilla (2018), y a una investigación reciente realizada en la zona norte de México (Carrillo et al., 2017), cuya afectación reside en la dimensión carácter-personalidad, mientras que la menos afectada fue la de salud, dato que difiere de diversos estudios donde la dimensión más afectada por los estereotipos negativos es precisamente ésta (Sarabia y Castanedo, 2015; Portela, 2016; Campos y Salgado, 2017).

En estudios nacionales, la dimensión más afectada difiere según un par de estudios llevados a cabo, en el noreste prevalece motivacional-social (Durán et al., 2016) y en occidente salud (Domínguez et al., 2015).

Al asociar los estereotipos hacia la vejez y el perfil de salud en usuarios de un hospital público de Zacatecas, se encontró una asociación positiva y significativa entre el perfil de salud y el ingreso mensual, lo que significa que a mejor percepción del estado de salud, mayor es su ingreso económico mensual. También se encontró una asociación negativa y significativa entre el perfil de salud y las dimensiones de motivación social y carácter-personalidad, lo que probablemente se asocie a que los usuarios que se perciben con mayor problema de salud también presentan carencias socioafectivas, además de presentar mayores problemas emocionales.

Conclusiones

Actualmente, los elevados estereotipos negativos prevalecen en la población de estudio, donde la dimensión más afectada fue la de carácter-personalidad: “incapacidad de aprender cosas nuevas”, “inflexibilidad”, “conservador”, “todos los viejos son iguales”, “las personas mayores son como niños”, “el mal genio” y “tristeza y soledad” son algunos de los estereotipos dominantes. Así pues, se sugiere proponer estrategias educativas dirigidas hacia esta población y que repercuta positivamente en la percepción positiva del adulto mayor.

Referencias

- Alonso, J., Anto, J. M. y Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health*, 80, 704-718.
- Blanca, M. J., Sánchez, C. y Trianes, M. V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15, 212-220.
- Blanco-Molina, M. y Pinazo-Hernandis, S. (2016). Información y exposición indirecta para reducir estereotipos hacia el envejecimiento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 367-380. redalyc.org/articulo.oa?id=349851778040
- Bosch-Fiol, E., Herrezuelo, R. y Ferrer Pérez, V. A. (2019). El amor romántico, como renuncia y sacrificio: ¿qué opinan los y las jóvenes? *FEMERIS: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género*, 4(3), 184-202. <https://doi.org/10.20318/femeris.2019.4935>
- Campos, M. A. y Salgado, E. (2017). Percepción sobre la tercera edad en estudiantes de primer nivel de la Facultad de Psicología de ULACIT y su relación con el desarrollo de competencias profesionales para el trabajo con adultos mayores. *Revista Rhombus*, 10(1), 1-30. <https://www.researchgate.net/publication/235256387> [Percepcion sobre la tercera edad en estudiantes de primer nivel de la Facultad de Psicología de ULACIT y su relacion con el desarrollo de competencias profesionales para el trabajo con adultos mayores](https://www.researchgate.net/publication/235256387)
- Carrillo-Cervantes, A. L., Villarreal Reyna, M., Moreno Pérez, N., Vega Macías, D. y Delabra Salinas, M. (2017). Estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento en estudiantes de licenciatura en Enfermería. *Revista Médica Electrónica de Portales Medicos.com*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estereotipos-negativos-ansiedad-ante-el-envejecimiento/>
- Díaz, G. A., Ramírez, A. V., Oropeza, P. L., González, P. M. y Mendoza, R. N. (2016). Prevalencia de estereotipos negativos hacia los adultos mayores en estudiantes de odontología. *GeroInfo*, 11(2), 1-15. <https://www.mediagraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2016/ger162c.pdf>

- Domínguez, W., Estrada, M. C., Ibarra, D. G., Villalobos, M. S. y Mendoza, N. M. (2015). Ideas sobre la vejez en estudiantes de Ciencias de la Salud del Centro Universitario de Tonalá. *Investigación y Práctica en Psicología del Desarrollo*, 1(1), 237-243. https://www.researchgate.net/publication/336815607_Ideas_sobre_la_vejez_en_estudiantes_de_Ciencias_de_la_Salud_del_Centro_Universitario_de_Tonala
- Durán-Badillo, T., Miranda Posadas, C., Cruz Barrera, L., Martínez Aguilar, M., Gutiérrez Sánchez, G. y Aguilar Hernández, R. M. (2016). Estereotipos negativos sobre la vejez en estudiantes universitarios de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Social*, 24(3), 205-209. www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2016/eim163i.pdf
- Fiske, S. y Tablante, C. B. (2014). Stereotyping: processes and content. En E. Borgida y J. A. Bargh (Eds.), *APA Handbook of personality and social psychology* (Vol. 1, pp. 457-507). APA.
- Guerrero-Castañeda, R. F. y Ojeda, M. G. (2017). El envejecimiento desde la percepción de enfermería. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica*, 32. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i32.23401>
- Hummer, M. L. (2011). Age stereotypes and aging. En K. W. Schaie y S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (7a. Ed.). Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Resultados Nacionales*. http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf
- Lara-Pérez, R., Moreno Pérez, N. E. y Padilla Raygoza, N. (2018). Estereotipos negativos hacia el envejecimiento en estudiantes universitarios del área de la salud. *Revista SANUS*, 8, 10-25. <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/107>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Orozco-Campos, N. y López Hernández, D. (2016). Viejismo y empoderamiento. Los prejuicios de la vejez y la visión del propio envejecimiento. *Revista REDNUTRICIÓN*, 7(19), 245-250.

- Portela, A. (2016). Estereotipos negativos sobre la vejez en estudiantes de Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2(1), 3-13. <https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2016jul-art1.pdf>
- Sarabia, M. C. y Castanedo, C. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. *Revista Gerokomos*, 26(1), 10-13. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n1/original2.pdf>
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Vasco-Gómez, A., Junyent-Iglesias, E., Herrera Morales, C., Martínez Delgado, Y. y Pedreira Robles, G. (2018). Relación entre calidad del sueño, ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Revista Enfermería Nefrológica*, 21(4), 369-376. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359859391006>

Polifarmacia en adultos mayores de un hospital público de Zacatecas

Ávila-Delgado, Ana Beatriz^{1}*
Iraburo-Santa Ana, Janeth Monserrath¹
Orozco-Gómez, Claudia²
Pérez-Hernández, Sonia³
Contreras-De la Fuente, Hilda Saray^{1,3}

RESUMEN

Introducción: Los adultos mayores representan un porcentaje cada vez mayor en la población. Además, constituyen el grupo que más medicamentos consume; alrededor de 30% de todas las prescripciones de drogas van dirigidas a ellos. Aunque la polimedicación es un tema básico para el ejercicio de la práctica clínica médica en la actualidad, lamentablemente, sigue siendo un área en la que, con frecuencia, se cometen errores que pueden tener consecuencias serias para los pacientes. Se ha estimado que por lo menos 25% de los pacientes mayores de 65 años recibe uno o más fármacos prescritos inadecuadamente cada año a nivel ambulatorio. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de la polifarmacia en adultos mayores derechohabientes de un hospital público de Zacatecas. **Método:** Diseño descriptivo-trasversal, la población estuvo constituida por adultos mayores de 60 años, derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de la ciudad de Zacatecas, en un periodo de 30 días. **Muestra:** La muestra se calculó con margen de error de 0.5, intervalo de confianza de 95%, conformándola 191 adultos mayores seleccionados de manera no probabilística a disponibilidad. El sexo predominante fue el femenino (60.2%), en su mayoría eran casados (64.40%), con escolaridad primaria (38.70%) y dedicados al hogar (41.90%). La edad osciló entre

¹ Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas.

* Contacto: ana.avila@uaz.edu.mx

² Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua.

³ Secretaría de Salud Zacatecas.

60 y 95 años. El mayor consumo de medicamentos se da por la mañana (3) y por la noche (3). **Resultados:** La polifarmacia está presente en 71.20%, el consumo promedio fue de 4.86 medicamentos por ocasión. El tipo de padecimiento fueron múltiples patologías (67%), luego las enfermedades degenerativas (20.90%). **Conclusiones:** Poco más de la mitad de los adultos mayores tiene múltiples patologías y la polifarmacia se presenta en gran parte de dicha población.

Palabras clave: polifarmacia, adultos mayores, consumo de medicamentos

ABSTRACT

Introduction: Older adults represent a growing percentage of the population. It is also the group that consumes the most medications; around 30% of all drug prescriptions are directed at them. Although polypharmacy is a basic topic for the exercise of medical clinical practice today, unfortunately it continues to be an area in which errors are frequently made that can have serious consequences for patients. It has been estimated that at least 25% of patients over 65 years of age receive one or more inappropriately prescribed drugs each year at the outpatient level. **Objective:** To know the prevalence of polypharmacy in older adults with rights in a public hospital in Zacatecas. **Method:** Descriptive-cross-sectional design, the population are adults over 60 years of age, beneficiaries of the Institute of Security and Social Services of State Workers, of the city of Zacatecas, in a period of 30 days. The sample was calculated with a margin of error of 0.5, a confidence interval of 95% based on 191 older adults selected in a non-probabilistic manner upon availability. **Results:** The predominant sex was female (60.2%), the majority were married (64.40%), with primary schooling (38.70%) and dedicated to the home (41.90%). The age ranged between 60 and 95 years. The greatest consumption of medications occurs in the morning (3) and at night (3). Polypharmacy is present in 71.20%, the average consumption was 4.86 medications per occasion. The type of illness was multiple pathologies (67%), then degenerative diseases 20.90%. **Conclusions:** Little more than half of older adults have multiple pathologies and polypharmacy occurs in a large part of older adults.

Keywords: polypharmacy, older adults, drug use

Introducción

Actualmente, los retos de la salud pública se enfocan en la prevención de enfermedades crónico degenerativas; cabe señalar que éstas van

en aumento, y al mismo tiempo, se presenta la aparición de nuevas y más agresivas afecciones, aunado a ello, la salud mundial y los retos universales se ven afectados por diversos factores de la sociedad, como el cambiante mundo globalizado en el que vivimos, la rapidez de la conceptualización actual de vida y la inversión de la pirámide poblacional en el futuro próximo (Huenchuan, 2018).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), entre los años 2020 y 2030, el porcentaje de adultos mayores de 60 años y más a nivel mundial aumentará 34%. En la actualidad, el número de personas mayores supera al de niños menores de cinco años; para 2050, las proyecciones indican que ese grupo será superior al de adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años. Por tal razón, la pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado, por lo que todos los países se enfrentarán a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico poblacional.

El envejecimiento poblacional es uno de los cambios más notables de la civilización moderna y su aparición determina retos mayores en el diseño, instrumentación y aplicación de las políticas de salud tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016), la esperanza de vida de la población mexicana se duplicó entre 1930 y 2014 con una ganancia de 43 años en las mujeres y 39 en los hombres, lo cual significa grandes desafíos para los sistemas de pensión, jubilación y salud, primordialmente.

En el mismo marco, se encuentran potenciales actitudes de negación combinadas con síndromes propios de la edad que se encuentran íntimamente relacionados y aumentan potencialmente la morbimortalidad de este grupo etario, que a su vez puede verse dificultada por la sintomatología somática que experimenta y por conceptos erróneos del proceso natural del envejecimiento, por tanto, conlleva una rehabilitación física pobre, y si de patologías restrictivas se trata, implica una recuperación lenta, así como mayor número de admisiones hospitalarias, estados clínicos severos y un gran gasto al consumo de recursos en salud con altas probabilidades de hospitalización posterior (Maldonado, 2011).

Aunado a lo anterior, por lo regular, este tipo de usuarios de servicios de salud conllevan medicación prescrita por médicos generales o

de alguna especialidad para poder controlar o incluso mitigar signos, síntomas o padecimientos que los aquejan, y si a esto se agrega la falta de médicos especialistas (geriatras), se aumentan los riesgos potenciales en su salud derivados de la farmacodinamia y farmacocinética, que pudieran ocasionar riesgos irreversibles, fármaco-resistencia o incluso adaptación patológica a la dosificación.

Los adultos mayores son grandes usuarios de medicamentos, por tal motivo, la principal causa de mortalidad puede deberse a que estos ocasionan enfermedades crónicas como diabetes mellitus, condiciones cardíacas hipertensivas, enfermedades cerebro-vasculares y neoplasias malignas (Guimaraes et al., 2014).

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Geriatria (2020), el consumo de múltiples fármacos aumenta el riesgo de sufrir consecuencias negativas para la salud y puede conllevar pérdidas innecesarias de la capacidad intrínseca; además, es motivo de ingresos hospitalarios. Las personas mayores que acuden a la consulta con varios médicos o que han sido hospitalizadas recientemente corren mayor riesgo de estar polimedicaadas. Además, la persona que sufre varias comorbilidades se verá afectada por los cambios fisiológicos relacionados con la edad que alteran la farmacocinética y la farmacodinamia de los medicamentos.

La OMS (2020) define a la polifarmacia como un “síndrome geriátrico que envuelve el uso concomitante de tres o más fármacos”, es decir, polifarmacia se le denomina a la medicación por parte de las personas de la tercera edad que, en su consumo habitual, toman al menos tres o más medicamentos, asimismo, se estima que más de 85% de la población adulta mayor presenta pluripatología, lo que condiciona a este segmento a ser valorado por múltiples especialistas, generando así el incremento en el número de medicamentos consumidos.

El efecto cascada de la polifarmacia es una cadena que se provoca al usar varios y diferentes tipos de fármacos, que al combinarse provocan estragos en el cuerpo, capaces de presentarse como un nuevo síntoma (tos, dolor de cabeza, vómitos, náuseas, entre otros), lo cual implica para el médico dificultad para reconocer la verdadera causa de dicha afección, y esto puede llevar a que se piense en una nueva enfermedad para la cual se receta un nuevo medicamento, que

puede continuar y afianzar el ciclo; dicho suceso también aumenta el riesgo de intoxicación. Entre otros problemas, el hecho de llevar un tratamiento amplio en el adulto mayor de 60 años facilita el incumplimiento por su parte, pues debido a su edad, mantiene varias complicaciones (deficiencias mentales, discapacidad, limitaciones de movilidad, por ejemplo) que dificultan su constancia para consumir el medicamento (Pagán y Tejada, 2012).

Los adultos mayores —también llamados de la tercera edad— conforman el grupo etario que más medicamentos consume, asociado principalmente al incremento de las enfermedades crónico degenerativas, por lo que presentan una mayor probabilidad de padecer interacciones medicamentosas aunadas a factores que los diferencian de otras edades, como polipatología, polifarmacia y cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento que alteran la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos (Álpizar et al., 2020). Por tanto, este trabajo pretende evidenciar la polifarmacia, que puede ser un elemento base para justificar acciones y medidas seguras de medicación, así como su vigilancia y control en esta población.

Objetivo

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la prevalencia de la polifarmacia en adultos mayores derechohabientes de un hospital público de Zacatecas.

Material y método

El presente estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal (Polit y Tatano, 2018), cuya población de estudio estuvo constituida por 3,014 adultos mayores de 60 años, derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de la ciudad de Zacatecas, los cuales llegan al servicio de consulta externa a diferentes especialidades en un periodo de 30 días. La muestra se constituyó por 191 adultos mayores, tomando un margen de error de 0.5, e intervalo de confianza de 95%. El muestreo fue no probabilístico a disponibilidad del adulto mayor.

Se incluyeron adultos mayores que aceptaron participar firmando su consentimiento, asimismo, aquellos que no tuvieran limitaciones para comunicarse y cuyo estado de salud fuera estable.

Para la medición de las variables del presente estudio se utilizó una cédula de datos personales (CDP) que incluyó edad, sexo, ocupación, estado civil, con quién vive actualmente, diagnóstico actual, tiempo aproximado de su diagnóstico y escolaridad. Para determinar la polifarmacia en los adultos mayores, sólo se les preguntó por el número de medicamentos que ingerían y si estos eran prescritos por el médico, así como la hora del día en que los ingieren.

Para poder efectuar la recolección de la información, se contó con la aprobación de la Coordinación de Investigación de la Unidad Académica de Enfermería y de la institución donde se llevó a cabo el estudio. Se acudió a las salas de espera de los servicios de medicina familiar y especialidades para poder invitar a participar a los adultos mayores. Se les explicó el objetivo del estudio y a aquellos que aceptaron participar se les otorgó el consentimiento informado y se procedió al llenado del instrumento, el cual fue contestado durante el tiempo de espera de la consulta.

Este estudio se apegó al Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014), se garantizó el anonimato y confidencialidad de los datos, asimismo, se les explicó que podrían abandonar el estudio cuando lo desearan, sin que esto afectara la atención a su salud.

Resultados

De acuerdo con las características sociodemográficas, la edad promedio de los participantes fue de 70.50 años ($DE = 7.43$, $Mdn = 70$), la mínima de 60 y máxima de 95. El sexo que predominó en el estudio fue el femenino (60.2%). Respecto al estado civil, 64% de los participantes estaban casados y 36.7% eran viudos. Respecto a la ocupación de los participantes al momento de la encuesta, 41.9% se dedicaba al hogar y 23% manifestó ser jubilado. Sobre el nivel de estudios, 38.7% de los informantes contaba con primaria completa y 25.7% con licenciatura, sin embargo, es importante mencionar que 10.5% de los participantes era analfabeta.

En la tabla 1 se puede observar que, de acuerdo con las características del consumo de medicamentos por los adultos mayores, se encontró que 71.2% de los participantes presentan polifarmacia, los padecimientos que con mayor frecuencia refieren los adultos mayores fueron las múltiples patologías con 67% (pluripatología), seguida de las enfermedades degenerativas con 20.9%. Asimismo, las especialidades que presentaron mayor frecuencia de visita son medicina familiar con 27.7%, seguida de traumatología con 15.7% y la consulta de oftalmología con 10.5%, por mencionar algunas. También se indagó sobre con quién vivían actualmente y 44% dijo vivir con su pareja.

Tabla 1. Características de los adultos mayores

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Polifarmacia</i>		
Sí	136	71.2
No	55	28.2
<i>Padecimiento actual</i>		
Ninguno	3	1.6
Degenerativo	4	20.9
Metabólico o endocrino	5	2.6
Neoplasias	3	1.6
Carenciales	8	4.2
De los sentidos	3	1.6
Mentales	1	.5
Múltiples	128	67.0
<i>Servicio</i>		
Medicina familiar	53	27.7
Traumatología	30	15.7
Oftalmología	20	10.5
<i>Con quién vive actualmente</i>		
Pareja	84	44.0
Familiares	41	21.5
Hijos	39	20.4
Solo	27	14.1

Nota: *f*= frecuencia; % porcentaje. Datos obtenidos de la cédula de datos personales en *n*= 191

Fuente: elaboración propia.

La tabla 2 muestra las características del consumo de medicamentos por los adultos mayores, donde se observa que el promedio es de 4.86, lo que de acuerdo con la literatura representa polifarmacia (consumo de 3 o más medicamentos), donde el mayor consumo de medicamentos se da por la mañana ($\bar{x} = 2.71$).

Tabla 2. Características del consumo de medicamentos por los adultos mayores

<i>Variable</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Número de medicamentos que consume	0	22	4.86	4.0	3.66
<i>Número de medicamentos prescritos por horario</i>					
Mañana	1	10	2.71	2.0	1.76
Tarde	1	8	1.93	2.0	1.23
Noche	1	14	2.32	2.0	1.83
Otra hora	1	2	1.50	1.5	0.70

Nota: *Min.* = valor mínimo; *Max.* = valor máximo; \bar{x} = Media; *Mdn* = Mediana y *DE* = Desviación estándar; *n* = 191

Fuente: elaboración propia.

Discusión

El presente estudio permitió conocer la prevalencia de la polifarmacia en 191 adultos mayores atendidos en un hospital público de Zacatecas. Respecto a la edad de los participantes, ésta osciló entre los 60 y 95 años, con predominio de 70.5 años; la mayor parte de la muestra corresponde al sexo femenino con 60.2%; además, 64% de los participantes era casado, 41.9% se dedicaba al hogar y 38.7% tenía estudios de primaria completa. Respecto a la edad y sexo, los datos son similares a lo reportado por Ramírez y Ramírez (2021), sin embargo, difieren de lo reportado por Tinitana-Ortega et al. (2018).

Respecto a la polifarmacia en los adultos mayores, se encontró que 71.2% de los informantes presentan esta condición y consumen más de 3 medicamentos, lo que es similar a lo reportado por Zavala et al. (2018), donde se encontró una prevalencia de polifarmacia de 89%, con una media de consumo de fármacos 5.9 ± 2.7 medicamentos.

La polifarmacia está asociada a los cambios biológicos derivados del envejecimiento que traen consigo una serie de modificaciones tanto estructurales como fisiológicas, las cuales están directamente relacionadas con la utilización de medicamentos en este grupo etario. Aunado a ello, la aparición de múltiples enfermedades, así como las visitas a diferentes especialistas de la salud puede traer consigo la utilización de diversos medicamentos para tratar las distintas enfermedades que aparecen en esta etapa.

Conclusión

Este estudio muestra la realidad respecto al consumo de medicamentos en los adultos mayores, considerados como una población de riesgo, donde se puede observar que un gran porcentaje de la población presenta polifarmacia por las múltiples patologías que padecen, y cuyo consumo promedio de medicamentos es de 4.86.

Esto lleva a plantear la necesidad de establecer vigilancia estrecha por parte de los profesionales de la salud en cuanto a uso adecuado de la medicación en la práctica clínica mediante la prescripción correcta, así como la revisión farmacológica periódica del uso prolongado de los medicamentos por parte de este grupo etario.

Referencias

- Álpizar, J. E., Lozano, K. L., Ávila, D., Luna, L. L., Torres, D. W., Olvera, E., Olvera, E. G., Ruvalcaba, J. C., Sierra, R., Yáñez, A. y Reynoso, J. (2020). Identificación de interacciones medicamentosas potenciales en pacientes geriátricos. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(9), 998-1009. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3685>
- Guimaraes, B. G. L., Mendoza, M. M. A., López B. M. A., García, P. J. A., Laura, R. Velasco, A. L. R., Beltrán, S. M. A., Valdez, C. P. E., Medina-Mora, M. E. y Camacho, S. R. (2014). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental*, 37, 15-25.

- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*. Cepal.
- Instituto Nacional de Estadística y Geográfica. (2016). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Geriátrica. (2020). Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. <https://www.paho.org/es/documentos/atencion-integrada-para-personas-mayores-icope-guia-sobre-evaluacion-esquemas-atencion>
- Maldonado, G. (2011). *Valoración geriátrica integral y su significado en el adulto mayor*. [Tesis Doctoral] Universidad de Alicante. Valoración Geriátrica Integral y su significado en el adulto mayor (ua.es)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Polifarmacia: Síndrome geriátrico que afecta a los adultos mayores*. <https://sertv.gob.pa/nacionalfm/polifarmacia-sindrome-geriatrico-que-afecta-a-los-adultos-mayores/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Pagán, N. F. T. y Tejada, C. F. (2012). Prescripción en cascada y desprescripción. *Revista Ciencias Médicas e Medicina Familiar*, 5(2), 111-119. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000200006>
- Polit, D. P. y Tatano, B. C. H. (2018). *Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*. Wolters Kluwer.
- Ramírez, P. A. y Ramírez, P. J. (2021). Prevalencia de polifarmacia y problemas de medicación en ancianos de comunidades en Cienfuegos. *Revista Cubana de Farmacia*, 54(1). <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/513>

- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Tinitana-Ortega, J. E., Torres-Jaramillo, I., Tacuri-Romero, J. N., Ajila-Vacacela, J., Zari-Espinoza, D. B. y Zhuzhingo-Vásquez, C. (2018). Polifarmacia en pacientes adultos mayores pluripatológicos que acuden al primer nivel de atención en salud. *Facsalud-Unemi*, 2(3), 34-41.
- Zavala, R. J. D., Terán, M. M. A., Nava, Á. M. G., Pineda, M. M. L. y Mata, M. M. J. (2018). Detección de polifarmacia y prescripción potencialmente inapropiada en el adulto mayor en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, 25(4), 141-145. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67257>

Sobre las coordinadoras

DRA. ROXANA ARAUJO-ESPINO

Doctora en Ciencias de Enfermería en la Universidad Nacional de Trujillo, Perú (UNT)-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Ex miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Integrante del Cuerpo Académico Consolidado “Salud Integral y Desarrollo Humano” UAZ-188. Perfil Prodep desde 2010. Ex becaria y miembro evaluador del Programa de Mejoramiento al Profesorado (Prodep). Certificación docente por el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería A.C (COMCE) desde 2013. Presidente del Comité de Investigación en la Unidad Académica de Enfermería. Se ha desempeñado como coordinadora de Programas Complementarios de la Licenciatura en Enfermería (2008-2010). Ha colaborado en la reestructuración curricular de la licenciatura en Enfermería, versión 2012, 2018 y 2023, coautora de la especialidad de Enfermería Gerontogeriátrica. Directora en turno de la Unidad Académica de Enfermería de la UAZ (2021-2025).



DRA. ANA GABRIELA FLORES-ROMO

Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, doctora en Bioética por el Centro de Crecimiento Humanista. Profesor-investigador de medio tiempo en la Unidad Académica de Enfermería de la UAZ desde 2016. Colaboradora del Cuerpo Académico Consolidado “Salud Integral y Desarrollo Humano”.

Posee el reconocimiento al Perfil Deseable Prodep, certificada como enfermera-docente con excelencia por el Consejo Mexicano para la Certificación en Enfermería, A.C. (COMCE). Integrante del Comité de Investigación en la Unidad Académica de Enfermería. Actual coordinadora de Investigación y Posgrado de la Unidad Académica de Enfermería y directora de la revista *Enfermería, Innovación y Ciencia*.



DRA. PERLA MARÍA TREJO-ORTÍZ

Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Zacatecas, maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad Autónoma de Coahuila y doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Trujillo, Perú, convenio con la ENEO-UNAM. Profesor-investigador

de tiempo completo en la Unidad Académica de Enfermería de la UAZ, desde 2007. Líder del Cuerpo Académico Consolidado “Salud Integral y Desarrollo Humano”. Posee el reconocimiento al Perfil Deseable Prodep, miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI I), certificada como docente por el Consejo Mexicano para la Certificación en Enfermería, A.C. (COMCE), desde 2013. Integrante del Comité de Investigación en la Unidad Académica de Enfermería. Pertenece a la



Cartera de Evaluadores de COMACE (Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería) y del Comité Interinstitucional para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES). Ha colaborado en la reestructuración curricular de la licenciatura en Enfermería, versión 2012, 2018 y 2023, coautora de la licenciatura en Fisioterapia y la especialidad de Enfermería Gerontogeriátrica. Ex directora de la Unidad Académica de Enfermería de la UAZ. Actualmente es coordinadora de Planeación en la Universidad Autónoma de Zacatecas.

MCE. LUZ MA. DELGADILLO-LEGASPI

Maestra en Ciencias de Enfermería con énfasis en salud comunitaria, estudiante del programa de doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad de Guanajuato. Docente-Investigador y responsable del Programa Académico de Licenciatura en Enfermería de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

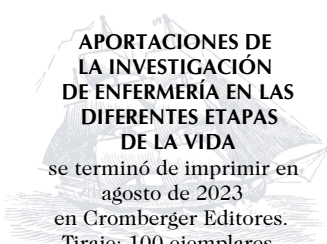


Integrante del Grupo de Investigación “Enfermería en la Prevención de Adicciones”, de la Red Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería en el Área de Reducción de la Demanda de Drogas, de la Red Internacional de las Escuelas de Enfermería para la Prevención del Uso indebido de Drogas. Presidenta del Colegio Estatal de Enfermeras de Zacatecas, A. C., vicepresidenta de la Federación de Colegios y Asociaciones de Profesionistas del Estado de Zacatecas, A. C. Evaluadora externa del Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería, A. C. Revisora de manuscritos para publicación en la *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Con reconocimiento al Perfil Deseable Prodep. Recertificada por el Consejo Mexicano para la Certificación de Enfermería. Con artículos publicados en revistas arbitradas e indexadas, capítulos de libros y libro. Directora y revisora de tesis en licenciatura y especialidad. Jubilada en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

MCE. MARICRUZ VIDALES-JARA

Licenciada en Enfermería, enfermera especialista en Salud Pública por la Universidad Autónoma de Zacatecas, maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, estudiante del doctorado en Gestión Educativa en el Tecnológico Universitario de Aguascalientes. Docente-investigador de tiempo completo en la Unidad Académica de Enfermería de la UAZ, desde 2003. Reconocimiento al Perfil Deseable Prodep, certificada como enfermera-docente con excelencia por el Consejo Mexicano para la Certificación en Enfermería, A.C. (COMCE). Integrante del Comité de Investigación en la Unidad Académica de Enfermería. Colaboradora en los procesos de evaluación-acreditación y reestructuración curricular de la licenciatura en Enfermería. Actualmente coordinadora de Educación Continua de la Unidad Académica de Enfermería.





**APORTACIONES DE
LA INVESTIGACIÓN
DE ENFERMERÍA EN LAS
DIFERENTES ETAPAS
DE LA VIDA**

se terminó de imprimir en
agosto de 2023
en Crombergé Editores.
Tiraje: 100 ejemplares.

La investigación constituye una tarea fundamental para el profesional de enfermería. El desarrollo de esta actividad ha permitido la generación de un cuerpo propio de conocimientos y, en consecuencia, el ejercicio de una práctica fundamentada para así avanzar en el camino de la tan anhelada autonomía de la profesión y mejora de los cuidados de enfermería.

No existe duda que en la actualidad es necesario adoptar la cultura de una práctica basada en la evidencia, para ello, se requiere que el personal de enfermería no sólo haga investigación, sino que además publique sus resultados y procure que éstos sean de utilidad para enriquecer la práctica diaria. Bajo este tenor, la presente obra titulada *Aportaciones de la Investigación de Enfermería en las Diferentes Etapas de la Vida* representa una opción más para visibilizar los aportes de la enfermería en el ámbito de la investigación.

Conscientes de que las problemáticas actuales son complejas y multifactoriales, este volumen incluye trabajos realizados de manera disciplinar y multidisciplinar, mostrando análisis desde diferentes perspectivas profesionales que inyectan al escrito una visión más integral y completa, sin dejar de lado la aportación propia de y para la profesión.

El compendio es producto de la colaboración de investigadores de diversas instituciones educativas, como la Universidad Autónoma de Zacatecas, la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, la Universidad Autónoma del Carmen, la Universidad de Guanajuato, la Universidad Autónoma de Baja California, la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad Autónoma de Chihuahua, las cuales han logrado consolidar equipos de trabajo al interior del país.

