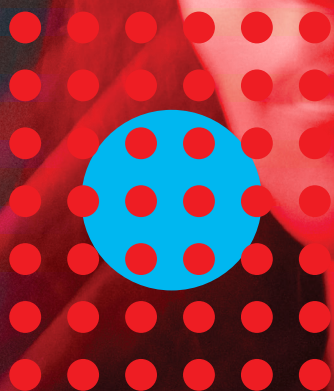


COMPORTAMIENTOS EN

ESTADOS CRÓNICOS

Y SALUD MENTAL

EN GRUPOS VULNERABLES



ROSARIO EDITH ORTIZ FÉLIX
PATRICIA ENEDINA MIRANDA FÉLIX
(coordinadoras)

Comportamientos en estados crónicos y salud mental en grupos vulnerables

ROSARIO EDITH ORTIZ FÉLIX
PATRICIA ENEDINA MIRANDA FÉLIX
(COORDINADORAS)





**COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA** PUBLICACIONES
ARBITRADAS
HUMANIDADES, SOCIALES Y CIENCIAS



COLECCIÓN
**CIENCIA e
INVESTIGACIÓN**

Cada libro de la Colección Ciencia e Investigación es evaluado para su publicación mediante el sistema de dictaminación de pares externos. Invitamos a ver el proceso de dictaminación transparentado, así como la consulta del libro en Acceso Abierto en



[DOI.ORG/10.52501/cc.055](https://doi.org/10.52501/cc.055)

www.comunicacion-cientifica.com

Ediciones Comunicación Científica se especializa en la publicación de conocimiento científico en español e inglés en soporte de libro impreso y digital en las áreas de humanidades, ciencias sociales y ciencias exactas. Guía su criterio de publicación cumpliendo con las prácticas internacionales: dictaminación de pares ciegos externos, comités y ética editorial, acceso abierto, medición del impacto de la publicación, difusión, distribución impresa y digital, transparencia editorial e indexación internacional.

Comportamientos en estados crónicos y salud mental en grupos vulnerables

ROSARIO EDITH ORTIZ FÉLIX
PATRICIA ENEDINA MIRANDA FÉLIX
(COORDINADORAS)



Comportamientos en estados crónicos y salud mental en grupos vulnerables / Rosario Edith Ortiz Félix, Patricia Enedina Miranda Félix (coordinadoras). — Sinaloa : Universidad Autónoma de Sinaloa ; Ciudad de México : Comunicación Científica, 2022. — 310 páginas. — (Colección Ciencia e Investigación).

ISBN UAS 978-607-737-388-9

ISBN ECC 978-607-59500-4-4

DOI 10.52501/cc.055

1. Enfermedades crónicas. 2. Salud mental. 3. Grupos vulnerables — México. I. Ortiz Félix, Rosario Edith, coordinadora. II. Serie.

LC: RA644.8.M48

Dewey: 616.044

D. R. Rosario Edith Ortiz Félix, Patricia Enedina Miranda Félix, 2022

Primera edición en Ediciones Comunicación Científica, 2022

Diseño de portada: Francisco Zeledón • interiores: Guillermo Huerta

Universidad Autónoma de Sinaloa, 2022

Burócratas 274, Burócrata, 80040 Culiacán Rosales, México

Ediciones Comunicación Científica S.A. de C.V., 2022

Av. Insurgentes Sur 1602, piso 4, suite 400,

Crédito Constructor, Benito Juárez, 03940, Ciudad de México, México,

Tel. (52) 55 5696-6541 • móvil: (52) 55 4516 2170

info@comunicacion-cientifica.com • infocomunicacioncientifica@gmail.com

www.comunicacion-cientifica.com  comunicacioncientificapublicaciones

 @ComunidadCient2

ISBN UAS 978-607-737-388-9

ISBN ECC 978-607-59500-4-4

DOI <https://doi.org/10.52501/cc.055>



Esta obra fue dictaminada mediante el sistema de pares ciegos externos, el proceso transparente puede consultarse, así como el libro en Acceso Abierto en

<https://doi.org/10.52501/cc.055>

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. FACTORES ASOCIADOS AL ESTILO DE VIDA EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. <i>Geu Mendoza Catalán, Claudia Jennifer Domínguez Chávez, Alma Angélica Villarueda, Javier González Ramírez y Juan Yovani Telumbre Terrero...</i>	11
CAPÍTULO 2. ESTILOS DE VIDA Y CONCIENCIA SOBRE EL CÁNCER EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. <i>Gustavo Alberto López Gutiérrez, Diana Laura Duarte Ochoa, Luis Arturo Pacheco Pérez, Rosario Edith Ortiz-Félix, Karla Judith Ruiz González y María Olga Quintana-Zavala</i>	24
CAPÍTULO 3. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ESTILOS DE VIDA EN INDÍGENAS TOTONACOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. <i>Reyna Isela Vázquez Rivera, Cristina Eulogia García García, Geu Mendoza Catalán, Maylin Almonte Becerril, María Alejandra Carrisoza Hernández</i>	45
CAPÍTULO 4. CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES PARA EL AUTOCUIDADO DE LA DIABETES TIPO 2. TEORÍA DE RANGO MEDIO. <i>Patricia Magdalena Valles Ortiz, Bertha Cecilia Salazar González, Patricia Enedina Miranda Félix, Elia del Socorro García Sosa y Silvia Yolanda Chacón Rodríguez</i>	60
CAPÍTULO 5. AUTOCUIDADO EN ADULTOS YOREME-MAYO CON DIABETES TIPO 2. <i>Iris Rocío Aguiar Bernal, Patricia Enedina Miranda Félix, Geu Mendoza-Catalán y Rosario Edith Ortiz-Félix</i>	85

CAPÍTULO 6. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN, DISPOSICIONES DE CUIDADO Y ESTADO NUTRICIO DEL LACTANTE. <i>Jorge Luis García Sarmiento, Rosario Edith Ortiz Félix, Patricia Enedina Miranda Félix y Velia Margarita Cárdenas Villarreal</i>	95
CAPÍTULO 7. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19. REVISIÓN TEÓRICA. <i>Guadalupe Adriana Miranda-Cota y Félix Gerardo Buichia Sombra</i>	120
CAPÍTULO 8. FRAGILIDAD Y DETERIORO COGNITIVO DE LAS PERSONAS MAYORES DE UNA COMUNIDAD DEL NORTE DE MÉXICO. <i>José Luis Nuncio Domínguez, Fernando Bruno, Diana Berenice Cortés Montelongo, María Ascención Tello García y Luis Carlos Cortez González</i>	141
CAPÍTULO 9. EFECTO DE LA AUTOTRASCENDENCIA SOBRE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR. <i>Isaí Arturo Medina Fernández, Ana Laura Carrillo Cervantes, Pedro Enrique Trujillo Hernández, Daniel Sifuentes-Leura y Brenda Cuevas Jaimes</i>	156
CAPÍTULO 10. EFECTO DEL MALESTAR EMOCIONAL SOBRE EL EMPODERAMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN MUJERES QUE VIVEN CON DIABETES. <i>Josué Medina Fernández, Anahí Ruiz Lara, Nissa Yaing Torres Soto, María Isabel Méndez Domínguez y Débora Canté Hernández</i>	173
CAPÍTULO 11. ESTRÉS PERCIBIDO DURANTE EL EMBARAZO Y GANANCIA DE PESO GESTACIONAL. <i>Velia Margarita Cárdenas-Villarreal, Milton Carlos Guevara Valtier y Nora Hernández Martínez</i>	189

CAPÍTULO 12. ESTRÉS PERCIBIDO POR EL PROFESIONAL DE SALUD EN PANDEMIA COVID-19, SINALOA, MÉXICO. <i>Patricia Enedina Miranda Félix</i>	203
CAPÍTULO 13. INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y DIABETES MELLITUS EN MÉXICO: UN ANÁLISIS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 100K. <i>Mariel Heredia Morales</i>	217
CAPÍTULO 14. RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS, ESTRÉS Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DEL NORESTE DE MÉXICO. <i>Pedro Enrique Trujillo Hernández y Yolanda Flores Peña</i> ...	229
CAPÍTULO 15. SALUD MENTAL POSITIVA, ADICCIÓN A LA COMIDA Y ESTADO NUTRICIO EN ADOLESCENTES. ESTUDIO PILOTO. <i>Hugo Castañeda Mejorada, Rosario Edith Ortiz Félix, Patricia Enedina Miranda Félix, Jorge Luis García Sarmiento, Luis Arturo Pacheco Pérez y Milton Carlos Guevara Valtier</i>	244
CAPÍTULO 16. SATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y ALIMENTACIÓN EMOCIONAL ASOCIADAS AL PESO DE LOS ADOLESCENTES. <i>Rosario Edith Ortiz Félix</i>	257
CAPÍTULO 17. ESTRÉS DE LA CRIANZA Y OBESIDAD INFANTIL. <i>Montserrat Morales-Alducin y Yolanda Flores-Peña</i>	273
CAPÍTULO 18. DEL ESTIGMA A LA NORMALIZACIÓN. LOS OPUESTOS DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. <i>Adiel Agama Sarabia y Yolanda Flores Peña</i>	293
<i>Sobre las coordinadoras</i>	293

Capítulo 1. Factores asociados al estilo de vida en adultos con diabetes *mellitus* tipo 2

GEU MENDOZA CATALÁN¹

CLAUDIA JENNIFER DOMÍNGUEZ CHÁVEZ²

ALMA ANGÉLICA VILLA RUEDA³

JAVIER GONZÁLEZ RAMÍREZ⁴

JUAN YOVANI TELUMBRE TERRERO⁵

Resumen

Objetivo: Analizar la relación de los datos sociodemográficos, clínicos y rasgos de personalidad con el estilo de vida en adultos con diabetes *mellitus* tipo 2. **Material y métodos:** Es un estudio transversal con una muestra de 157 participantes con diabetes *mellitus* tipo 2, con edades entre los 20 a 60 años que acudieron a un centro de atención primaria de Oaxaca, México. **Resultados:** De acuerdo a los resultados, la muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres (69.9%); la edad promedio fue de 50.3 años (DE = 7.2); el estado civil que prevaleció fue casados (44.1%); el promedio de años de escolaridad fue de 6.3 (DE = 4.2), y el tiempo de diagnóstico fue de 8.3 años (DE = 6.3). El 56.4% reportó tener un estilo de vida poco favorable. Los factores que se relacionaron con el estilo de vida fueron sexo, la escolaridad, años de diagnóstico y el rasgo de responsabilidad. **Conclusiones:** Se requiere que los programas de educación en diabetes identifiquen estas poblaciones para mejorar el cambio de estilo de vida e

¹ Doctor en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5061-2457>

² Doctora en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6230-8308>

³ Doctora en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2501-2820>

⁴ Doctor en Biología Experimental. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7541-8773>

⁵ Maestro en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma del Carmen, Campeche. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8695-7924>

incrementar las características del rasgo de responsabilidad enfocado al cuidado a la salud.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, adultos, estilo de vida, rasgos de personalidad.

Introducción

La diabetes *mellitus* es una de las prioridades de salud por el gasto económico que genera tratarla. A nivel mundial se ha reportado que la prevalencia es de 8.8% (Federación Internacional de Diabetes [IDF, por sus siglas en inglés], 2019), mientras que en México es de 10.3% (Shamah-Levy *et al.*, 2020). El cambio de estilo de vida en personas con diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2) es una prioridad en la atención primaria para cumplir con el control glucémico y la prevención de complicaciones (Asociación Americana de Diabetes [ADA, por sus siglas en inglés], 2021; Liu *et al.*, 2018). La Asociación Americana de Diabetes (2021) sugiere mantener un estilo de vida saludable en personas con DMT2, lo que implica conservar una alimentación saludable, realizar ejercicio, disminución del consumo de alcohol y tabaco, control de peso, participar en educación en diabetes y mantener un bienestar psicosocial. No obstante, diversos estudios han reportado que la población mexicana presenta estilos de vida no saludables (Urbán Reyes, Coghlan López y Castañeda Sánchez, 2015; Vásquez Arroyo *et al.*, 2018). Los factores que se han asociado con peor estilo de vida en la DMT2 son ser hombre, tener baja escolaridad, tiempo de diagnóstico, presentar síntomas depresivos, estrés y ansiedad (ADA, 2021; Rossaneis *et al.*, 2016; Vásquez-Arroyo *et al.*, 2018).

Dentro de los factores psicosociales que poco se han estudiado en personas con DMT2, están los rasgos de personalidad. Los rasgos de personalidad son características propias de las personas e implican un conjunto de emociones, formas de pensar y actuar ante las diversas situaciones de la vida. Se reconocen cinco grandes factores de personalidad: extraversión, amabilidad, responsabilidad, neuroticismo y apertura a la experiencia (Goldberg, 1993). En personas con DMT2, se ha reportado que presentan

bajos niveles de rasgos de responsabilidad, extroversión, amabilidad y mayor neuroticismo (Van Dooren *et al.*, 2016). De los rasgos de personalidad, el neuroticismo se ha relacionado con conductas de alimentación no saludable (Monds *et al.*, 2016; Weston, Edmonds y Hill, 2020), mayores niveles de estrés, ansiedad y síntomas depresivos (Sanatkar *et al.*, 2020).

Sin embargo, los rasgos de personalidad no se han estudiado con la variable del estilo de vida y en comunidades rurales, por lo cual, los datos pudieran ser diferentes a los reportados en áreas urbanas. Además de que un buen manejo de la DMT2 implica realizar cambios para mantener un estilo de vida saludable, y esto requiere de esfuerzos psicológicos que le ayuden al paciente a esforzarse para hacer estos cambios; consideramos que de acuerdo al rasgo de personalidad que esté presente en los pacientes con DMT2 podrían tener implicaciones positivas o negativas en la DMT2. Por lo que en este trabajo analizamos los datos sociodemográficos, clínicos y de personalidad para determinar si hay una asociación con el estilo de vida en adultos con DMT2 de una comunidad rural del estado de Oaxaca.

Material y métodos

Tipo de estudio

Es un estudio transversal y correlacional.

Muestra

Se abordaron personas con DMT2, ambos sexos, que acudieron a un centro de atención primaria en José María Morelos, Oaxaca. Se incluyeron personas de 20 a 60 años de edad con diagnóstico de DMT2 y se excluyeron mujeres embarazadas. El tamaño de la muestra se calculó con el programa Nquery 4.0, para un análisis de regresión lineal múltiple con 95% de confianza, 90% de poder y un tamaño de efecto de 0.10, dando como resultado un tamaño de muestra de 157.

Cuestionarios

Por medio de la cédula de datos sociodemográficos y clínicos se recolectó la edad, el sexo, estado civil, años de estudio, años de diagnóstico con DMT2 y se registró el antecedente de hipertensión arterial en aquellos casos que aplicaba. El estilo de vida se midió con el instrumento para medir estilo de vida en diabetes *mellitus* tipo 2 (IMEVID) (López Carmona *et al.*, 2003). Está conformado por 25 preguntas y cuenta con siete dimensiones: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. Cuenta con tres opciones de respuesta con valor de 0, 2 y 4. La puntuación total oscila entre 0 y 100, a mayor puntuación mejor estilo de vida. Se considera desfavorable < 60; poco favorable, 60-80, y favorable, > 80. El alfa de Cronbach fue de 0.72.

Los rasgos de personalidad fueron evaluados con el inventario los cinco grandes (John y Srivastava, 1999); el instrumento contiene 44 preguntas agrupadas en cinco dimensiones: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad. El patrón de respuesta es de tipo Likert 1 totalmente desacuerdo, a 5 totalmente de acuerdo. Cada rasgo se evalúa de manera independiente, en donde a mayor puntuación, mayor presencia de cada rasgo. Los alfa de Cronbach fueron de 0.72 a 0.79.

Recolección de datos

Previo a la recolección de la información se obtuvo autorización del Centro de Salud. El reclutamiento de los participantes se realizó en la sala de espera de consulta familiar del centro de atención primaria de José María Morelos, Oaxaca y se abordaron de manera intencional a todas las personas que confirmaron el diagnóstico de DMT2. La recolección de la información se realizó en un área exclusiva para mantener el anonimato y privacidad de los participantes. En un primer lugar, se daba a conocer el motivo del estudio, si las personas aceptaban participar, se daba lectura al consentimiento informado, al no existir dudas de su participación se les solicitaba la firma del documento. Posteriormente, se daba inicio a la aplicación de los cuestionarios por medio de encuestas. Esta investigación

contó con la aprobación de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de una institución educativa de México con el número #0192088.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS 25, por medio de análisis descriptivo (frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar). Previamente al análisis inferencial se realizó la prueba Kolgorov-Smirnov, y sólo la variable de estilo de vida presentó una distribución normal. Para el análisis bivariado se utilizó la correlación de Spearman. Para diferencias por sexo del estilo de vida se utilizó la *T* de student, y para las diferencias de los rasgos de personalidad se utilizó la *U* de Mann Whitney. Por último, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple teniendo como variable dependiente el estilo de vida en la DMT2.

Resultados

La muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres (69.9%). La edad promedio fue de 50.3 años ($DE = 7.2$). El estado civil que prevaleció fue el de casados (44.1%). El promedio de años de escolaridad fue de 6.3 ($DE = 4.2$). El tiempo de diagnóstico fue de 8.3 años ($DE = 6.3$). Y el 31.8% reportó tener como comorbilidad la hipertensión arterial.

Referente al estilo de vida, el 35.9% fue desfavorable; 56.4%, poco favorable, y 7.7% fue favorable. Se presentaron diferencias significativas de estilo de vida por sexo. Las mujeres presentaron mayor puntaje que los hombres ($t = 4.070$). Por dimensiones, también, las mujeres presentaron mayores puntuaciones en nutrición ($t = 3.670$), menor consumo de alcohol ($t = 6.026$) y tabaco ($t = 2.557$), mayor información sobre diabetes ($t = 2.882$) y mejor adherencia terapéutica ($t = 2.099$). En los rasgos de personalidad, el puntaje más elevado lo obtuvo la extroversión y el más bajo fue neuroticismo. Se encontraron diferencias por sexo sólo en el rasgo de apertura a la experiencia. Los hombres presentaron mayor puntuación que las mujeres: $U = 2979.5$, $p < .05$ (ver tabla 1).

TABLA 1. *Análisis comparativo de los rasgos de personalidad y estilo de vida por sexo*

Variable	General		Hombres		Mujeres	
	M	DE	M	DE	M	DE
Extraversión 8-40 ^b	33.4	4.4	32.7	4.9	33.7	4.1
Amabilidad 9-45 ^b	32.5	3.9	32.3	4.5	32.6	3.6
Responsabilidad 9-45 ^b	31.4	3.7	32.3	3.8	31.1	3.7
Neocriticismo 8-40 ^b	23.2	3.6	22.7	3.4	23.4	3.7
Apertura 10- 50 ^b	31.2	4.5	32.4*	4.9	30.6	4.3
Estilo de vida 0-100 ^a	63.5	11.6	58.0	11.6	65.8**	10.8
Nutrición 0-36	23.9	5.0	21.7	5.2	24.8**	4.6
Actividad física 0-12	5.6	3.1	6.2	3.1	5.3	3.2
Tabaco 0-8	7.3	1.8	6.7	2.4	7.5*	1.3
Alcohol 0-8	6.0	2.7	4.2	3.2	6.8**	2.1
Información 0-8	2.8	2.4	1.9	1.8	3.1**	2.6
Emociones 0-12	7.5	2.4	7.8	2.2	7.3	2.6
Adherencia 0-16	10.2	4.2	9.1	4.0	10.7*	4.2

NOTAS: M = Media; DE = Desviación Estándar; a = t student; b = U de Mann Whitney. * $p < .05$, ** $p < .01$.

En el análisis de correlación, el estilo de vida se correlacionó de manera significativa con el sexo (hombre), escolaridad, años con DMT2, el rasgo de extraversión, responsabilidad y neuroticismo (ver tabla 2). Al analizar por subdimensiones del estilo de vida, la extraversión ($r_s = .260$, $p < .01$) y la amabilidad ($r_s = .218$, $p < .01$) se correlacionaron con la adherencia terapéutica; la responsabilidad, con la actividad física ($r_s = .250$, $p < .01$), información sobre diabetes ($r_s = .165$, $p < .01$), control de emociones ($r_s = .167$, $p < .05$) y adherencia ($r_s = .288$, $p < .01$); el neuroticismo, con el control de emociones ($r_s = -.212$, $p < .01$) y adherencia ($r_s = -.176$, $p < .01$); la apertura a la experiencia, con el consumo de alcohol ($r_s = -.172$, $p < .01$) y la adherencia ($r_s = .177$, $p < .05$).

Después del análisis bivariado, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple, con las variables que resultaron significativas en las correlaciones: en el modelo se incluyó el sexo, la escolaridad, los años de diagnóstico, así como los rasgos de personalidad de extraversión, responsabilidad y neuroticismo como variables independientes, y el estilo de vida como va-

TABLA 2. *Análisis de correlación para estilo de vida en DMT2*

<i>Variable</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Edad	.078	Ns
Sexo (hombres)	-.306	<.01
Escolaridad	.158	<.01
Años con DMT2	.206	<.05
Extraversión	.179	<.05
Amabilidad	.096	Ns
Responsabilidad	.313	<.01
Neuroticismo	-.187	<.01
Apertura a la experiencia	.136	Ns

NOTA: r_s = coeficiente de Spearman; Ns = no significativo.

riable dependiente. El modelo explicó el 26% de la varianza del estilo de vida, $F(5, 151) = 7.96$, $p < .001$. Las variables predictores fueron el sexo (hombre), la escolaridad, los años con diabetes y el rasgo de responsabilidad (ver tabla 3).

TABLA 3. *Modelo de regresión lineal para estilo de vida en DMT2*

<i>Variable</i>	β	<i>p</i>	<i>IC95%</i>
Sexo (hombres)	-.385	<.01	-.598, -.186
Escolaridad	.174	<.05	-.067, .832
Años con DMT2	.187	<.01	.142, .712
Extraversión	-.077	Ns	-.239, .042
Responsabilidad	.365	<.01	.169, .795
Neuroticismo	-.056	Ns	-.250, .348

NOTA: β = beta estandarizada, Ns = no significativo.

Discusión

El estilo de vida es un factor determinante en la salud, además de que, en la actualidad, las enfermedades que causan la mayor mortalidad y morbili-

dad (como los trastornos cardiovasculares, la obesidad, la diabetes y el cáncer) están fuertemente determinados por el estilo de vida (Walsh, 2011). Existen diversos conceptos de estilo de vida saludable; no hay una definición clara y única de lo que es un “estilo de vida saludable”, y las definiciones existentes comparten que es una acción o comportamiento consciente para prevenir enfermedades y mejorar la salud y el bienestar, además de que se hace notar que esta acción consciente se ve influida por circunstancias sociales y económicas, por lo que no es un concepto unidimensional sino un fenómeno complejo y multidimensional (Ochieng, 2006). Debido a lo anterior, en este estudio, se identificaron los diferentes factores que se asocian con el estilo de vida en adultos mexicanos con DMT2 que asisten a un centro de primer nivel de salud.

De manera general, los resultados indican que, dentro de los asistentes a este centro, la población que durante su vida cotidiana llevaban un estilo de vida favorable era menor que las que llevaban un estilo de vida desfavorable; dato que coincide con investigaciones previas (Asenjo-Alarcón, 2020; Rivas Castro, Leguísamo Peñate y Puella Vilorio, 2020; Urbán Reyes *et al.*, 2015). Estos datos —aunque ya reportados— siguen siendo relevantes, pues los comportamientos de estilo de vida y la teoría del cambio de comportamiento menciona que la detección e identificación de adultos con mayor riesgo permite realizar una intervención temprana, para mitigar los factores de riesgo para prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad (Venditti, 2017). Hay reportes que sugieren que adoptar estilos de vida favorables se asocia con la reducción de padecer una enfermedad vascular cerebral (Zhang *et al.*, 2020), mientras que un estilo de vida no favorable puede ser un factor de riesgo para un déficit del control glucémico (Asenjo Alarcón, 2020; Vásquez Arroyo *et al.*, 2018), y un paciente con DMT2 que mantenga un control glucémico inadecuado puede favorecer a la concurrencia de complicaciones y comorbilidades (Bijelic *et al.*, 2020; YimamAhmed *et al.*, 2020), por lo que es imperante la necesidad identificar de manera oportuna los estilos de vida favorables, sobre todo, al considerar que la mayoría de los pacientes con DMT2 tienen al menos una complicación, siendo la cardiovascular la principal causa de mortalidad y mortalidad en la población general (Zhang *et al.*, 2020; Zheng, Ley y Hu, 2018), y la visión disminuida es la complicación más frecuente en personas adultas mayores

de 20 años en México (Shamah-Levy *et al.*, 2020). De manera específica, se identificaron varios factores que ayudan a determinar que pacientes con DMT2 pueden llevar un mejor estilo de vida. Las mujeres contaban con un mejor estilo de vida en comparación con los hombres; resultados que coinciden con investigaciones previas (Rossaneis *et al.*, 2016). En este sentido, estas investigaciones sugieren que las mujeres suelen presentar mayores conocimientos sobre la diabetes y adherencia al tratamiento (Daniulaityte, 2004; Guzmán Gómez *et al.*, 2018).

Otro factor que arrojaron nuestros resultados es que a mayor escolaridad mejor estilo de vida. Estos resultados se apoyan en evidencia previa que sugiere que la escolaridad puede explicar el estilo de vida en personas con DMT2 (Castillo, 2017). Este resultado podría apoyarse en los resultados presentados por Aguayo, Valenzuela y Luengo (2019), que reportan que las personas con mayor escolaridad cuentan con una mejor alfabetización en salud. Este concepto hace referencia de manera específica a la capacidad de comprender los términos médicos comunes. Con estos resultados, se considera que contar con una mayor escolaridad podría proveer a las personas con DMT2 de mejores recursos para comprender de mejor manera la información asociada al cuidado y atención a la enfermedad.

En lo que respecta a los rasgos de personalidad de la población estudiada, los resultados sugieren que cuanto más responsabilidad, extraversión y menor neuroticismo, el estilo de vida será más favorable. Estos datos coinciden con Juárez y colaboradores (2017), y discrepan de Reyes y Rijo (2019), quienes encontraron que las personas con diagnóstico de DMT2 muestran rasgos de personalidad que incluyen un perfil retraído, dificultad para adaptarse a los contextos, poca confianza, altos niveles de ansiedad, pobre autoconcepto y baja autoeficacia. Los autores antes citados sugieren que los pacientes con estos rasgos suelen no asistir a sus consultas psicológicas, lo que influye en su comportamiento y afrontamiento ante el diagnóstico de su enfermedad.

En este sentido, el rasgo de personalidad y sus implicaciones para la salud sugiere que se debe considerar la integración de la asistencia psicológica en las intervenciones de educación para la salud, con la finalidad de lograr un abordaje integral que contribuya a la mejora de los estilos de vida de la población. Para los profesionales de la salud, la evaluación de los

estilos de vida y sus factores asociados representan un área de oportunidad, especialmente, para el primer nivel de atención, ya que la identificación oportuna de estilos de vida no favorables sería de utilidad para prevenir posibles complicaciones, comorbilidades y para, a su vez, contribuir a la mejora de la calidad de vida.

El presente estudio pone de manifiesto la relación entre los factores antes mencionados. Se sugiere que para futuras investigaciones se emplee un enfoque socioecológico, que permita identificar factores estructurales individuales y colectivos que influyen en la salud de las personas con DMT2, por lo que se reconoce la necesidad de efectuar investigaciones que permitan comprender los componentes macroestructurales y microestructurales que podría estar mermando o favoreciendo con mayor fuerza a los estilos de vida.

Conclusión

Existen diversos factores que se relacionan con el estilo de vida de las personas con DMT2 en la comunidad rural. El estilo de vida saludable incrementa al tener mayor escolaridad, tener más tiempo de diagnóstico de DMT2 y ser mujer. También, las personas que tienen mayores puntuaciones en el rasgo de personalidad de responsabilidad reportan tener mayor estilo de vida saludable.

Bibliografía

- Aguayo Verdugo, N., Valenzuela Suazo, S., y Luengo Machuca, L. (2019). Auto-cuidado, alfabetización en salud y control glicémico en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia y Enfermería*, 25, 21. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532019000100217>
- American Diabetes Association (2021). 5. Facilitating Behavior Change and Well-Being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*, 44(1): 553-572. <https://doi.org/10.2337/dc21-S005>

- Asenjo Alarcón, J. A. (2020). Relación entre estilo de vida y control metabólico en pacientes con Diabetes *Mellitus* Tipo 2 de Chota, Perú. *Revista Médica Herediana*, 31(2), 101-107.
- Bijelic, R., Balaban, J., Milicevic, S., y Sipka, S. U. (2020). The Association of Obesity and Microvascular Complications with Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes *Mellitus*. *Medical Archives*, 74(1), 14. <https://doi.org/10.5455/medarh.2020.74.14-18>
- Castillo, S. E. L. (2017). *Barreras percibidas y su relación con el estilo de vida de pacientes con diabetes tipo 2* (Tesis de Maestría). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México. <https://hdl.handle.net/20.500.12371/179>
- Daniulaityte, R. (2004). Making Sense of Diabetes: Cultural Models, Gender and Individual Adjustment to Type 2 Diabetes in a Mexican Community. *Social Science & Medicine*, 59(9), 1899-1912. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.001>
- Goldberg, L. R. (1993). The Structure of Phenotypic Personality Traits. *American Psychologist*, 48(1), 26-34.
- Guzmán Gómez, G. E., Arce, A., Saavedra, H., Rojas, M., Solarte, J. S., Mina, M., Gutiérrez, K., y Martínez, V. (2018). Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en pacientes adultos con diabetes *mellitus* tipo 2. *Revista de la ALAD. Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 8(1), 35-43. <https://doi.org/10.24875/alad.18000319>
- International Diabetes Federation (2019). *IDF Atlas* (9ª ed.). International Diabetes Federation. <https://www.diabetesatlas.org/en/resources/>
- John, O. P., y Srivastava, S. (1999) The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. En L. A. Pervin, y O. P. John (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research*. Nueva York: Guilford.
- Juárez, L. L, Pompa, G. E., Mendoza, C. G., y Gallegos, C. E. (2017). Rasgos de personalidad y estilo de vida en adultos con riesgo de diabetes tipo 2. *Revista Electrónica Psicología de Iztacala*: 20(3), 1204-15.
- Liu, G., Li, Y., Hu, Y., Zong, G., Li, S., Rimm, E. B., Hu, F. B., Manson, J. E., Rexrode, K. M., Shin, H. J., y Sun, Q. (2018). Influence of Lifestyle on Incident Cardiovascular Disease and Mortality in Patients with Diabetes *Mellitus*. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(25), 2867-76. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.04.027>

- López Carmona, J. M., Ariza Andraca, C. R., Rodríguez Moctezuma, J. R., y Munguía Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. *Salud Publica de México*, 45(4), 259-67.
- Monds, L. A., MacCann, C., Mullan, B. A., Wong, C., Todd, J., y Roberts, R. D. (2016). Can Personality Close the Intention-Behavior Gap for Healthy Eating? An Examination with the HEXACO Personality Traits. *Psychology, Health & Medicine*, 21(7), 845-55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.112416>
- Ochieng, B. M. (2016). Factors Affecting Choice of a Healthy Lifestyle: Implications for Nurses. *British Journal of Community Nursing*, 11(2), 78-81. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2006.11.2.20445>
- Reyes, Y. C., y Rijo, V. M. (2019). *Rasgos de la personalidad comunes en pacientes de 35 a 65 años de edad, diagnosticados con diabetes tipo II, del Centro de Diabetes Bocio y Endocrinología* (Tesis de grado). Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana. <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/3537>
- Rivas Castro, A., Leguísamo Peñate, I., y Puello Vilorio, Y. (2020). Estilo de vida en pacientes con diabetes *mellitus* tipo II de una institución de salud en Santa Marta, Colombia 2017. *Duazary*, 17(4), 55-64. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3601>
- Rossaneis, M. A., Haddad, M. D., Mathias, T. A., y Marcon, S. S. (2016). Diferencias entre mujeres y hombres diabéticos en el autocuidado de los pies y estilo de vida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2761. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1203.2761>
- Sanatkar, S., Baldwin, P., Clarke, J., Fletcher, S., Gunn, J., Wilhelm, K., Campbell, L., y Proudfoot, J. (2020). The Influence of Personality on Trajectories of Distress, Health and Functioning in Mild-to-Moderately Depressed Adults with Type 2 Diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 25(3), 296-308.
- Shamah Levy, T., Vielma Orozco, E., Heredia Hernández, O., Romero Martínez, M., Mojica Cuevas, J., Cuevas Nasu, L., Santaella Castell, J.A., y Rivera Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Urbán Reyes, B. R., Coghlan-López, J. J., y Castañeda-Sánchez, O. (2015). Estilo de vida y control glucémico en pacientes con Diabetes *Mellitus* en el pri-

- mer nivel de atención. *Atencion Familiar*, 22(3), 68-71. [https://doi.org/10.1016/s1405-8871\(16\)30054-2](https://doi.org/10.1016/s1405-8871(16)30054-2)
- Van Dooren, F. E., Denollet, J., Verhey, F. R., Stehouwer, C. D., Sep, S. J., Henry, R. M., Kremers, S. P. J., Dagnelie, P. C., Schaper, N. C., Van der Kallen, C. J. H., Koster, A., Pouwer, F., y Schram M. T. (2016). Psychological and Personality Factors in Type 2 Diabetes *Mellitus*, Presenting the Rationale and Exploratory Results from The Maastricht Study, a Population-Based Cohort Study. *BMC Psychiatry*, 16(17). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0722-z>
- Vásquez Arroyo, S. B., Roy García, I. A., Velázquez López, L., y Navarro Susano, L. G. (2018) Impacto del estilo de vida en el descontrol glucémico en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. *Atencion Familiar*, 26(1), 18-22.
- Venditti, E. M. (2017). Behavioral Lifestyle Interventions for the Primary Prevention of Type 2 Diabetes and Translation to Hispanic/Latino Communities in the United States and Mexico. *Nutrition Reviews*, 75(1), 85-93. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw041>
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and Mental Health. *American Psychology*, 66(7), 579-592. <https://doi.org/10.1037/a0021769>
- Weston, S. J., Edmonds, G.W., y Hill, P. L. (2020). Personality Traits Predict Dietary Habits in Middle-to-Older Adults. *Psychology Health Medicine*, 25(3), 379-387. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1687918>
- YimamAhmed, M., HambisaEjigu, S., Zewudie-Zeleke, A., y Yimam-Hassen, M. (2020). Glycemic Control, Diabetes Complications and Their Determinants Among Ambulatory Diabetes *Mellitus* Patients in Southwest Ethiopia: A Prospective Cross-Sectional Study. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, 13, 1089-1095. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S227664>
- Zhang, Y., Pan, X. F., Chen, J., Xia, L., Cao, A., Zhang, Y., Wang J., Li, H., Yang, K., Guo, K., He, M., y Pan, A. (2020). Combined Lifestyle Factors and Risk of Incident Type 2 Diabetes and Prognosis Among Individuals with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Diabetologia*, 63(1), 21–33. <https://doi.org/10.1007/s00125-019-04985-9>
- Zheng, Y., Ley, S. H., y Hu, F. B. (2018). Global Etiology and Epidemiology of Type 2 Diabetes *Mellitus* and Its Complications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(2), 88-98. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.151>

Capítulo 2. Estilos de vida y conciencia sobre el cáncer en estudiantes de Enfermería

GUSTAVO ALBERTO LÓPEZ GUTIÉRREZ¹

DIANA LAURA DUARTE OCHOA²

LUIS ARTURO PACHECO PÉREZ³

ROSARIO EDITH ORTIZ FÉLIX⁴

KARLA JUDITH RUIZ GONZÁLEZ⁵

MARÍA OLGA QUINTANA ZAVALA⁶

Resumen

Introducción: El cáncer es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. En México constituye la tercera causa de mortalidad, por lo que la conciencia sobre los factores de riesgo puede coadyuvar a disminuir su incidencia. *Objetivo:* Determinar la relación entre el nivel de conciencia sobre el cáncer y estilos de vida en estudiantes de enfermería. *Material y métodos:* estudio descriptivo, correlacional y transversal. La población estará conformada por estudiantes de enfermería en dos universidades públicas del noroeste de México. Se realizará un muestreo no probabilístico tipo bola de nieve, a través del envío de formularios vía Internet, debido a la situación de pandemia. Se calculó la muestra para un nivel de confianza del 95% resultando en 380 participantes. En el formulario se explicará el procedimiento del estudio. Se pedirá firmar el consentimiento informado y se procederá al llenado de los cuestionarios: cédula de datos personales,

¹ Pasante de Licenciatura en Enfermería. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Sonora, Ciudad Obregón, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5141-4113>

² Pasante de Licenciatura en Enfermería. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Sonora, Ciudad Obregón, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9942-066X>

³ Doctor en Ciencias de Enfermería. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Sonora, Ciudad Obregón, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3765-5559>

⁴ Doctora en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5827-3218>

⁵ Doctora en Administración. Supervisión de Enfermería, Hospital General "Dr. Salvador Zubirán Anchondo", Chihuahua, Chihuahua, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9919-8103>

⁶ Doctora en Enfermería. Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, Hermosillo, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3725-4226>

cuestionario “Fantástico” y el *Cáncer Awareness Measure* (CAM). El análisis de datos será a través del programa SPSS versión 25.0. Se obtendrá estadística descriptiva como frecuencias para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas, de acuerdo con la distribución de los datos se aplicará la prueba de coeficiente de correlación de Pearson o Spearman. *Resultados:* Se realizó una prueba piloto con 30 estudiantes. El alfa de Cronbach para los instrumentos se reporta en 0.712 para el cuestionario Fantástico y 0.708 para el CAM. Se observa una mayor participación en estudiantes del sexo femenino, inscritos en segundo año y una media de edad de 21.63 años. *Conclusión:* Los cuestionarios muestran un alfa de Cronbach aceptable. Sin embargo, se sugiere un futuro estudio para validación y adaptación en población mexicana del CAM.

Palabras clave: *cáncer, estilo de vida, concienciación, estudiantes de Enfermería, prevención primaria.*

Introducción

El término *cáncer* se usa comúnmente para nombrar varios tipos de neoplasias malignas; hace referencia al error de los mecanismos que regulan el desarrollo de las células, hasta su muerte. Durante el 2018, se estimaron 18 millones de casos nuevos, con mortalidad mayor al 50%. Más de la mitad de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos, como en el caso de México, en donde el cáncer es la tercera causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y diabetes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En México, la tasa de mortalidad por cáncer entre 1980 y 2018 creció 56%, y pasó de 39.5 a 61.7 muertes por cada 100 000 habitantes (Secretaría de Salud [SSA], 2018). De acuerdo con la OMS, se espera que para 2030 los casos de cáncer aumenten 44%, y para el 2040 se espera un crecimiento del 85% de los casos. Las entidades federativas como Chihuahua, Sonora, Nuevo León y Veracruz, junto con la Ciudad de México, presentan tasas superiores a 75 por 100 000 habitantes, siendo los sitios con mayor número de muertes, debido a neoplasias. Por su parte, Tlaxcala, Estado de Mé-

xico y Guerrero presentan tasas de mortalidad por cáncer disminuidas (Reynoso, 2018; Aldaco Sarvide, 2018).

En el Estado de Sonora durante 2013, la tasa de mortalidad por tumores malignos, por cada 100 000 habitantes entre personas menores de 20 años (75.9%), fueron hombres. Mientras que en la población de 20 años y más, las defunciones por neoplasias fueron 53.6% en mujeres. Los principales tumores en estos rangos de edad son el de encéfalo y otras partes del sistema nervioso central, sistema linfático, hueso y cartílagos articulares, órganos hematopoyéticos y vías urinarias (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015). Además, Sonora ocupa el octavo lugar a nivel nacional en detecciones de tumores de mama, aportando el 3.72% de los casos registrados en México, lo que equivale a 232 casos de los 6 252 reportados a nivel nacional. (INEGI, 2015).

Las distintas formas del cáncer comparten signos y síntomas tales como la pérdida de peso, fiebre, dolor, cansancio, cambios en los hábitos de evacuación, llagas o manchas blancas, sangrado inusual, endurecimiento o masa, indigestión o dificultad para tragar, tos persistente o ronquera (American Cancer Society [ACS], por sus siglas en inglés, 2018). Dentro de los factores de riesgo para desarrollar cáncer se encuentran los conductuales y dietéticos, tales como el tabaquismo, sobrepeso y obesidad, ingesta reducida de frutas y verduras y el consumo de alcohol (OMS, 2018).

La actividad física tiene una serie de efectos benéficos en el cuerpo, que reducen la probabilidad de desarrollar algunos tipos de cáncer, al minimizar determinados factores de crecimiento que han sido relacionados con la formación y evolución del cáncer, además de prevenir y reducir condiciones de riesgo como obesidad, el ejercicio coadyuva en la reducción de la inflamación y mejora de la función del sistema inmunitario. En contraparte, un estudio que asocia los comportamientos sedentarios observó un aumento de mortalidad por cáncer (Vergara, 2017). La obesidad constituye un factor de riesgo que con el tiempo puede derivar en desarrollar cáncer a causa del daño provocado al ADN. Cabe mencionar que llevar una dieta saludable y evitar malos hábitos como la inactividad física, el consumo en exceso de carbohidratos y azúcares y fumar, beber alcohol, son esenciales para mantener un peso saludable y así poder reducir el riesgo de padecer cáncer (National Institutes of Health [NIH], 2020).

El riesgo de cáncer es mucho más alto para personas cuyo estilo de vida incluye el consumo de alcohol, debido a que pueden contener una variedad de cancerígenos que se introducen durante la producción de las bebidas. Asimismo, el riesgo aumenta con el consumo de tabaco, que se asocia con la principal causa de muerte por cáncer en general. Lo anterior incluye a gente que usa productos de tabaco o que está regularmente alrededor de humo de tabaco en el ambiente (NIH, 2020).

Por otra parte, la falta de cultura de prevención, la no disponibilidad para realizarse algún examen o procedimiento, aunado al miedo de recibir algún diagnóstico no esperado, puede ser parte de esos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de desarrollar cáncer y por la cual la detección temprana de algún tipo de neoplasia no se puede llevar a cabo, y en la mayoría de los casos, el resultado es inminente, ya que los conocimientos actuales sobre esta enfermedad son insuficientes, porque la detección precoz sigue siendo la principal herramienta preventiva contra el cáncer (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En México, según datos del Instituto Nacional de Cancerología en 2017, el conocimiento sobre factores de riesgo y prevención de enfermarse por cáncer es bajo. Además del desconocimiento sobre prevención y factores de riesgo, la mayoría de los casos se detectan en etapas avanzadas, cuando la posibilidad de un tratamiento eficaz y curación se ven disminuidas. Con lo anterior, se expone la necesidad de mejorar las intervenciones de prevención y detección precoz en la población en general (Aldaco Sarvide, 2018).

Frente a este contexto y a lo expresado en la Ley General de la Salud, se estipula el derecho que tiene toda la sociedad a la protección de la salud, específicamente, en los artículos 112 y 113, en los que se hace hincapié sobre la necesidad de fomentar y brindar educación a la población para el desarrollo de conductas que permitan participar en la prevención y los conocimientos sobre las causas de las enfermedades por parte del equipo multidisciplinario, incluyendo a estudiantes de pre y posgrado (Ley General de Salud, 2005). Es en este propósito en donde está incluido el profesional de Enfermería, quien cumple su rol dentro del equipo multidisciplinario, centrándose en aspectos relacionados con educación, prevención, promoción y cuidado de la salud, en los tres niveles de atención, con lo

que se precisa que los estudiantes del área de la salud conozcan de los aspectos relacionados con el cáncer, ya que un nivel de conocimiento adecuado disminuye el riesgo de padecer la enfermedad.

En investigaciones realizadas en Perú y Colombia sobre el nivel de conocimiento de factores de riesgo sobre el cáncer de mama en estudiantes del área de la salud coinciden en que existen conocimientos deficientes sobre las causas que pueden aumentar la posibilidad de tener cáncer como lo son el consumo de alcohol y el tabaco, lo contrario ocurre con los factores protectores tales como la práctica del autoexamen de mama, alimentación balanceada y actividad física, los cuales presentaron un nivel de conocimiento alto. (Delgado, 2019; Páez, 2010).

Existe un vacío de conocimiento referente al nivel de conciencia sobre el cáncer en estudiantes de enfermería, dado la poca evidencia que existe sobre este tema. Por ello, el presente estudio pretende desarrollar conocimiento sobre la prevención del cáncer, para el desarrollo a futuro de intervenciones de promoción y prevención de éste en estudiantes de enfermería, a través del discernimiento de los factores de riesgo y factores protectores del cáncer en dos universidades del noroeste de México.

Marco de referencia

Se considera a nivel filosófico que la conciencia se desarrolla en el transcurso de la actividad social y es el producto del desarrollo social; es allí donde el ser humano conoce el mundo que lo rodea y donde aísla lo esencial de lo secundario (Fonseca *et al.*, 2020). A nivel neurológico, la conciencia resulta de una serie de procesos cerebrales. Sobre las relaciones entre la conciencia y el cerebro, puede decirse que los procesos neuronales de nivel inferior en el cerebro causan la experiencia consciente, y la conciencia es simplemente una característica de alto nivel del sistema que se compone de los elementos neuronales de nivel inferior (García, 2020).

En otro orden de ideas, en México, el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer es bajo, como se ha mencionado con anterioridad, debido a esto la incidencia de la patología oncológica se viene incrementando progresivamente, ya que un bajo nivel de conoci-

miento contribuye a un diagnóstico tardío de la enfermedad (Vilca, Quispe, Vega y Corea, 2017).

Existen factores de riesgo hereditarios o ambientales, como las características personales o hábitos que incrementan o reducen la probabilidad de desarrollar una enfermedad. Es bien sabido que la obesidad, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la falta de actividad física son algunos de los factores ambientales que se pueden modificar para reducir el riesgo de padecer algunas enfermedades oncológicas; existe, además, un número importante de químicos, virus y bacterias que han sido implicados en el desarrollo del cáncer (Isacaz, 2018).

Con respecto al concepto de droga, esta se refiere a las sustancias que llegan al organismo por cualquier vía de administración y produce de algún modo una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, además es susceptible de crear dependencia psicológica, física o ambas (OMS, 2017). Existen las drogas lícitas, mismas que son legales desde su producción hasta su venta o consumo, mientras que las ilícitas son aquellas que no son legalmente permitidas. Las bebidas alcohólicas son un tipo de droga lícita que contiene etanol, el cual es un depresor del sistema nervioso central y que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado al torrente sanguíneo. Además de las alteraciones metabólicas, también pueden existir tanto fisiológicas como de la conducta, existiendo repercusiones personales, sociales hasta económicas (Ahumada, Gámez y Valdez, 2017).

El abuso y dependencia de sustancias psicoactivas como el alcohol es un grave problema social y de salud pública. Según lo establecido por la Norma Oficial Mexicana (NOM-028-SSA2-2009) para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, se puede considerar como bebida alcohólica aquella que contenga alcohol etílico en una proporción del 2% hasta 55% en volumen.

El consumo de alcohol puede ser primario o secundario sintomático. Para definir el tipo de consumo de alcohol se requieren ciertos aspectos. Existe la clasificación de Marconi, en la cual se usan cinco criterios basados en la cantidad y frecuencia de consumo, los cuales son: abstinencia total, bebedor excepcional u ocasional, bebedor moderado, bebedor excesivo y bebedor patológico o alcohólico (Alonso, Yáñez y Armendáriz, 2017).

El alcohol es consumido en edades tempranas cada vez más, aunado a que el consumo en mujeres ha aumentado, lo que afecta los índices de morbilidad y mortalidad. Entre los problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas está la intoxicación, accidentes, conductas violentas, cirrosis, hepatitis, cardiopatías, encefalopatías, cáncer del sistema digestivo, conductas de riesgo, por mencionar solo algunas (NOM-028-SSA2-2009).

El tabaco se obtiene de una planta y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, su principio activo es la nicotina, la cual es la responsable de la adicción del tabaco (Consejo Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2018). Además de la nicotina, el humo del tabaco contiene más de 4000 compuestos químicos, entre los que están el alquitrán y el monóxido de carbono, los que muchas veces son conocidos como reforzadores de la adicción (NOM-028-SSA2-2009).

A la dependencia o adicción al tabaco se le conoce como tabaquismo. La forma más usual para su consumo es fumarse en cigarrillos, además de en pipas y en puros. Este tipo de droga también se mastica o aspira (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association [DSM-5], 2015). La OMS considera al consumo del tabaco, un trastorno que incluye problemas de índole física o emocional, síndrome de dependencia o síndrome de abstinencia y reconoce que cualquier cantidad consumida de tabaco puede tener efectos secundarios peligrosos (OMS, 2017).

El consumo de tabaco tiene un enorme impacto a nivel familiar, laboral, social y económico desde su asociación directa o indirecta con el consumo del tabaco (Guzmán, Fernández y Ortiz, 2017). Al fumar tabaco, la nicotina se distribuye con rapidez al organismo, llegando al cerebro 10 segundos después de su inhalación, estimulando la producción de adrenalina por las glándulas suprarrenales, además de descargas de dopamina pero, en contraste, también tiene efectos sedantes (Corvalan, 2017).

Para la clasificación del tabaquismo, se debe tener en cuenta la taxonomía del hábito de fumar, en la cual se encuentra el “fumador”, que ha fumado un cigarrillo al menos en los últimos seis meses; “fumador diario”, que ha fumado un cigarrillo al día en los últimos seis meses; el “fumador ocasional”, que ha fumado menos de un cigarrillo al día; “fumador pasivo” es la persona que no fuma, pero respira el humo de tabaco ajeno o humo

de segunda mano; el “ex fumador”, quien habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia en los últimos seis meses, y el “no fumador” es la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en todo el día (Londoño, Velasco, Pardo, 2020).

En México, durante el 2017, 15.9% de los adultos son fumadores actuales; 24.8%, los hombres y 7.8%, las mujeres. El 48% de los fumadores en 2017 eran fumadores activos que fuman a diario (Guzmán, Fernández y Ortiz, 2017). Entre los problemas asociados al consumo de tabaco se encuentran tipos de cáncer como el cáncer pulmonar, oral, laringe, esofágico; enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades vasculares cerebrales, problemas perinatales y muerte súbita del lactante, entre otros (NOM-028.SSA2-2009).

El estilo de vida puede impactar en forma directa y contundente sobre las probabilidades de que un individuo llegue a padecer cáncer en el transcurso de su existencia. Esta influencia puede ser positiva o negativa, según sea el caso, y está directamente relacionada con la disciplina en lo que respecta a las costumbres alimenticias y a la actividad física que realice regularmente.

Dentro de los estilos de vida no saludable, el sedentarismo se ha convertido en la cuarta causa de muerte a nivel mundial (Leiva y Martínez, 2017). El sedentarismo es definido como actividades asociadas a un gasto energético que se evalúa a través del equivalente metabólico basal (MET) menor a 1.5 (Pérez, Valadez y Bujan, 2017). Entre las actividades que se consideran sedentarias se encuentran el estar sentado por mucho tiempo, ver televisión, conducir, entre otras (Salazar, 2017). La primera evidencia que se tiene entre la relación de inactividad física y mortalidad fue en 1953 cuando Morris y Crawford al observar a los conductores de autobuses en Londres, quienes debido a la cantidad de tiempo que pasaban sentados en el trabajo presentaban una mayor incidencia de patologías de las arterias coronarias en comparación con el resto de los ciudadanos. El sedentarismo es considerado como factor de riesgo de la morbilidad y mortalidad en varias patologías tales como apoplejías, diabetes tipo 2, patologías de las arterias coronarias, obesidad, cáncer de mama, colon (Pérez, Valadez, Bujan, 2017).

La obesidad es definida como una enfermedad caracterizada por el ex-

ceso de tejido adiposo en el organismo. La persona con obesidad es aquella persona que tiene un IMC mayor de 30 (Norma Oficial Mexicana [NOM-008-SSA3-2017], para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad). México ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel mundial y, de manera particular, el primer lugar de obesidad infantil siendo un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia (NOM-008-SSA3-2017). En la población adulta mayor de 20 años de edad, la prevalencia de obesidad pasó de 71.2% en 2012 a 72.5% en 2017. Este aumento es de 1.3 puntos porcentuales (Juárez, Soto, Martínez, Navarro, 2017).

La obesidad es una condición que se relaciona con la susceptibilidad genética, con trastornos psicológicos, sociales y metabólicos; que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon, próstata, entre otros padecimientos (Salazar, 2017). Existe evidencia de relación entre obesidad y neoplasias de esófago, páncreas, cáncer colorrectal, mama, entre otros (Juárez, Soto, Martínez y Navarro, 2017).

Antecedentes

Paramasivam (2017) realizó un estudio de conciencia pública sobre el cáncer colorrectal en la Franja de Gaza: un estudio transversal comparativo entre adultos y estudiantes de secundaria. Concienciar sobre los síntomas del CCR para el reconocimiento temprano, la prevención mediante la reducción de los factores de riesgo del estilo de vida y la eliminación de las barreras para buscar ayuda médica podrían reducir su mortalidad, ya que la conciencia pública sobre la CRC no es óptima en dicha zona; se justifican las intervenciones para mejorar ésta a través de la educación, por mencionar alguna. Los planes de estudios escolares deben incluir sesiones de concienciación sobre los síntomas del cáncer y los factores de riesgo, incluido el cáncer.

Hernández (2016) realizó un estudio de nivel de conocimientos y factores de riesgo, predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua, se encontró que el consumo de cigarrillo está asociado con

un aumento del riesgo de cáncer del cuello uterino. El incremento en los últimos años del cáncer cervical y sus lesiones precursoras han conllevado a la realización de estudios de factores de riesgo, y dentro de ellos señalan la fuerte asociación de este cáncer con el tabaquismo.

Martínez y Torrientes (2006) consideran que el hábito de fumar por más de 15 años influye doblemente porque se demuestra que el tabaco es consumidor de estrógeno (el cual disminuye en la edad climatérica) y también porque afecta la vigilancia inmunológica a nivel del mucus cervical. Se encontró en el estudio un 70% de fumadoras con cáncer cérvico uterino con predominio de diagnóstico de la enfermedad en etapa adulta e insuficiente nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo como los hábitos tóxicos de consumo de tabaco.

Hernández (2018) realizó un estudio sobre la relación entre el consumo de alcohol y el cáncer. Los factores ambientales interactúan con el genoma produciendo mutaciones. De entre los principales agentes carcinógenos se ha observado un incremento en el consumo de alcohol en mujeres, así como en regiones de crecimiento económico rápido. El alcohol es el principal factor responsable del incremento del riesgo de cáncer. El mecanismo por el cual las bebidas alcohólicas ejercen su efecto carcinogénico no está entendido completamente y probablemente difiere en función del órgano diana.

El consumo de alcohol es una de las principales causas de cáncer para el ser humano (cuarto lugar en hombres, quinto en mujeres). Alrededor del 6% de las muertes son atribuidas al consumo de alcohol, y en la actualidad se está observando un aumento en algunas regiones y en mujeres principalmente.

Oliva, Cantero y García (2015) realizaron un estudio sobre dieta, obesidad y sedentarismo como factores de riesgo del cáncer de mama. Dentro de los factores de riesgos modificables asociados a la aparición del cáncer de mama se encuentran los relacionados con la alimentación o nutrición de las mujeres, la dieta hipercalórica y el consumo de grasas saturadas de origen animal. Asociados estos a la obesidad y a la vida sedentaria, constituyen unos de los principales componentes relacionados con el incremento en la incidencia de esta enfermedad, sobre todo, en la mujer posmenopáusica.

El cáncer de mama es un problema fundamental de salud y tiene estrecha relación con la alimentación, la obesidad y la vida sedentaria, sobre todo, en las mujeres posmenopáusicas y es prevenible con medidas relacionadas con la dieta, el control del peso y la actividad física.

A manera de síntesis y con base en los estudios realizados a lo largo de los años, se ha observado que no existe el suficiente nivel de concienciación y conocimiento por parte de la sociedad sobre los factores de riesgo del cáncer como el consumo de alcohol, consumo de tabaco, la mala alimentación, el sedentarismo e inactividad física que son los factores de riesgo predominantes en los diferentes tipos de cáncer. Cabe mencionar que si la sociedad adoptara estilos de vida saludables, que controlaran su peso, practicaran deporte, tuvieran dietas balanceadas y evitaran el consumo de alcohol y tabaco disminuiría considerablemente el riesgo de desarrollar la enfermedad.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre los estilos de vida y conciencia sobre el cáncer en estudiantes universitarios de ciencias de la salud en el noroeste de México.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y el IMC de la muestra seleccionada.
- Describir los estilos de vida en estudiantes de Enfermería.
- Describir la conciencia sobre el cáncer en estudiantes de enfermería.
- Analizar la relación entre el IMC, el consumo de alcohol, consumo de tabaco, sedentarismo y la conciencia sobre el cáncer en estudiantes de enfermería.

Material y métodos

A continuación, se describen el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, al igual que la descripción de los instrumentos, procedimiento para recolección de datos, consideraciones éticas y análisis de los datos.

Diseño de estudio

El diseño del presente estudio será descriptivo correlacional de corte transversal. Se considera descriptivo porque se pretende observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurren de manera natural, sin manipulación de variables. Se considera correlacional porque se busca la interrelación dos o más variables y de corte transversal, ya que se analizarán datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). La recolección de datos se llevará a cabo de septiembre a noviembre de 2021.

Población, muestreo y muestra

El marco muestral del presente estudio estará conformado por 1 600 estudiantes universitarios de enfermería, de 18 a 25 años inscritos en alguna de las dos universidades del noroeste de México en los estados de Sonora y Sinaloa. El muestreo será de tipo no probabilístico del tipo bola de nieve a través del envío de formularios vía Internet; la selección de este tipo de muestreo es secundario a la situación de educación virtual por pandemia. La muestra final estará constituida por 380 participantes.

Criterios de inclusión

- Estudiantes que estén cursando actualmente del primer al quinto año.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que no estén inscritos en el semestre en curso.

- Estudiantes que tengan más de un año laborando de manera formal en instituciones de salud

Recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora. Una vez obtenida la respuesta del Comité, se procedió a la realización de la prueba piloto previo a la recolección real de datos, se utilizó Google Forms para el llenado de instrumentos, el cual fue respondido por 30 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión, adscritos a la Universidad Sonora. Después de esto, se solicitó permiso por escrito al personal directivo de las facultades en la que se llevará a cabo la recolección de datos de la prueba piloto.

Una vez establecidos los participantes, se explicó el propósito del estudio y se les envió el consentimiento informado. Posteriormente se procedió al llenado de los instrumentos en el siguiente orden: Cédula de Datos Personales y el instrumento de Cáncer Awareness Measure (CAM) y el cuestionario Fantástico.

Instrumentos de medición

En este estudio se utilizará una Cédula de Datos Personales y dos instrumentos. La Cédula de Datos Personales está constituida por preguntas que se refieren a datos como sexo, edad y año que están cursando, y un segundo apartado sobre peso y talla.

Conciencia sobre el cáncer. Se utilizó el CAM, mismo que es un cuestionario validado y diseñado para medir la conciencia de las personas sobre los signos, síntomas y factores de riesgo del cáncer, así como las barreras para buscar ayuda. El CAM se puede utilizar a nivel nacional y local para monitorear la conciencia a lo largo del tiempo, comparar la conciencia y las actitudes entre los grupos, identificar las necesidades de información y monitorear el impacto de las intervenciones de concienciación. El CAM fue desarrollado por el *Cáncer Research UK, University College London, Kings College London y University of Oxford* en 2008. Esta encuesta ha sido escri-

ta y validada en inglés. Se fomenta la traducción de las medidas utilizando métodos adecuados. A la fecha no se ha encontrado un estudio que haya validado el CAM al español, por lo que se llevó a cabo la técnica de traducción-retrotraducción y después se validó por un panel de expertos en el área de estudio del cáncer.

Estilos de vida. El cuestionario Fantástico de Wilson y Ciliska en 1984, validado en su versión al español por Betancurth, Vélez y Jurado (2015), está constituido por 30 ítems que valoran el estilo de vida del participante bajo las dimensiones: familia y amigos; asociatividad-actividad física; nutrición; tabaco; alcohol-otras drogas; sueño-estrés; trabajo-tipo de personalidad; introspección; control de salud-conducta sexual, y otras conductas. Este cuestionario valora a través de reactivos cerrados con tres opciones de respuesta, a las cuales se les asigna luego un puntaje, siendo 2 la actitud ideal; 1, la actitud intermedia entre la ideal y la conducta de riesgo, y 0, la conducta de riesgo. La sumatoria de los 10 factores luego es multiplicada por 2, obteniéndose un puntaje final que se compara con cinco posibles definiciones sobre el estilo de vida (50): De 103 a 120 = estilo de vida fantástico; de 85 a 102 = buen trabajo; estilo de vida bueno oscila entre 73 y 84; de 47 a 72 = estilo de vida algo bajo, y de 0 a 46 = estilo de vida riesgoso.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegará a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (ssa, 1987), en el cual se establece que, para el desarrollo de investigación en salud, se deben contemplar aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los individuos.

Se considerará lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde declara que en cualquier investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio debe permanecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo cual se respetará la decisión del estudiante a participar o no en la investigación. Se mantendrá un estricto anonimato de la información que los estudiantes proporcionarán, y se mostrará un trato respetuoso y profesional con los participantes. Para

que el consentimiento informado tenga validez se acatará lo estipulado en el Capítulo I, Artículo 20 y 21 en sus Fracciones VI, VII, VIII.

De acuerdo con la Fracción VI se garantizará al participante la resolución de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de información. De acuerdo con la Fracción VII, se informará al participante sobre la libertad de retractarse a participar sin afectar su condición de estudiante en la institución a la que pertenece; y de acuerdo con la Fracción VIII, se protegerá la confidencialidad y el anonimato del sujeto al no identificarlo por su nombre. La participación será voluntaria y no estará influenciado por ninguna autoridad de la institución, además se garantizará que los resultados no serán utilizados para causarles algún prejuicio académico, ya que se mostrarán de forma general y no individualmente.

Análisis de datos

Los datos obtenidos de la prueba piloto se capturaron en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25.0 para Windows. Para la misma, se obtuvo estadística descriptiva de las variables de interés y confiabilidad a través del alfa de Cronbach.

Para el resultado de la investigación, se obtendrá la estadística descriptiva con medida de tendencia central y dispersión para variables numéricas y frecuencias para variables categóricas. La estadística inferencial se obtendrá con la prueba de Bondad de Ajuste Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad en la distribución de las variables continuas. Para dar respuesta al objetivo del estudio que propone determinar la relación entre estilos de vida y conciencia sobre el cáncer, se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman de acuerdo con la distribución.

Resultados

Se presentan a continuación los resultados de la prueba piloto, donde se reportó un alfa de Cronbach de 0.712 para el cuestionario Fantástico y 0.708 para el cuestionario CAM. Predominaron las participantes del sexo

TABLA 1. *Características sociodemográficas de la muestra*

Variable	f	%
<i>Sexo</i>		
Femenino	27	90
Masculino	3	10
<i>Edad</i>		
19	6	20
20	4	13.3
21	3	10
22	6	20
23	5	16.7
24	5	16.7
25	1	3.4
<i>Grado de estudio</i>		
Primero	4	13.3
Segundo	12	40
Tercero	2	6.7
Cuarto	6	20
Quinto	6	20

NOTA: f = frecuencia; % = porcentaje; n = 30.

femenino, en su mayoría de 20 y 22 años, con una media de edad de 21.63 e inscritos en segundo año de la carrera (ver tabla 1).

Conclusión

Los resultados de la prueba piloto muestran que predominó el sexo femenino, estudiantes inscritos en segundo año y mayores de 20 años, lo que puede ser explicado debido a que aún se observa una mayor matrícula de estudiantes del sexo femenino en la carrera de enfermería. Es importante resaltar la participación mayoritaria de estudiantes inscritos en segundo

año, ya que conforme avanzan de grado de estudio es más factible que tengan mayor conocimiento sobre los estilos de vida saludable, signos, síntomas y factores de riesgo para desarrollar cáncer, y con ello aplicar intervenciones efectivas en la población para disminuir el riesgo.

Se reporta un alfa de Cronbach bajo con relación a los puntajes aceptados para una investigación correlacional, lo que puede ser explicado de forma secundaria al llenado por formularios a través de Internet, con lo cual aumenta la probabilidad de no contestar de manera consciente, lo que —sumado a la modalidad de educación virtual actual por pandemia— disminuye la intención de participar en llenar cuestionarios en línea, según lo manifestado por los estudiantes durante la prueba piloto. No se reportó desconocimiento sobre los ítems de los cuestionarios o falta de comprensión de estos, sin embargo, se sugiere que se busquen alternativas para que los cuestionarios sean respondidos de manera presencial con apoyo de auxiliares de investigación.

Bibliografía

- Ahumada-Cortez J., Gámez-Medina M., y Valdez-Montero C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Revista Ra Ximhai*. 13(13-24). <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Aldaco Sarvide, F., Pérez Pérez, P., Cervantes Sánchez, G., Torrecillas Torres, L., Erazo Valle Solís, A. A., Cabrera Galeana, P., ..., y Cárdenas Cárdenas, E. (2018). Mortalidad por cáncer en México: Actualización 2015. *Gaceta Mexicana de Oncología* 17(1). <https://doi.org/10.24875/j.gamo.M18000158>
- Alonso Castillo M., Yáñez Lozano A., y Armendáriz García N. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Salud y Drogas*. 17(1), 87-96. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83949782009.pdf>
- American Cancer Society. (2018). *Signos y síntomas del cáncer*. <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/senales-y-sintomas-del-cancer.html>
- Betancurth, D, Vélez, C., y Jurado, L. (2015). Validación de contenido y adaptación del cuestionario Fantástico por técnica Delphi. *Salud Uninorte*, 31(2), 214-227.

- Consejo Nacional contra las Adicciones. (2018). ¿Qué es el tabaco? <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abctab.pdf>
- Corvalan, M. (2017). El tabaquismo: Una adicción. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33, 186-189. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0186.pdf>
- Diario Oficial de la Federación. (2005). Ley General de la Salud. http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Delgado Díaz N., Heredia Talledo M., Ramos Becerra A., Samillan Jara L., Sánchez Carranza M., Iglesias Osorio S., y Arce Gil Z. (2020). Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y las medidas preventivas del cáncer de mama en estudiantes de ciencias de la salud. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 412-418. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.2900>
- Fonseca Gamito, Á, Ojedo Martín, C., Hervás Pérez, J., y Valera Calero, J. (2021). Eficacia de la Terapia de la Conciencia Corporal Basal (TCCB o BBAT) en pacientes con trastorno mental: Una revisión sistemática. *Fisioterapia*, 43(2), 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2020.08.001>
- García García, E. (2020). La reflexión de J. L. Pinillos sobre la conciencia. *Revista de Historia de la Psicología*, 41(1), 58-64. <https://eprints.ucm.es/59788/>
- Guzmán Sillas, E., Fernández Arguelles, R., Ortiz León, M., y Cancino Marentes, E. (2017). Dimensiones sanitarias y determinantes del tabaquismo (Artículo de revisión). *WAXAPA*, (16), 35-40, <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2017/wax1716g.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández Martín, M. (2018). Relación entre el consumo de alcohol y el cáncer. *Cuadernos del Tomás*, (10), 199-214. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6573033.pdf>
- Hernández Millán, Z., Bravo Polanco, E., Águila Rodríguez, N., Torres López, Y., Tay Araujo, J., y Martínez Santana, M. (2016) Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cervicouterino en mujeres de Cumanayagua. *Revista Cubana de Enfermería*. (32), 141-15. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2016/cnf162a.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (30 de enero de 2015). Estadísticas a Propósito del Día Mundial Contra el Cáncer (4 de febrero). Datos de

- Sonora (pp. 1-15). <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2015/cancer26.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2020). *Hoja informativa; cáncer, obesidad, tabaco y alcohol*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/obesidad/hoja-informativa-obesidad>
- Isacaz, N. (2018). Cambios genéticos y factores de riesgo del cáncer. *Elsevier*. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/cancer-cambios-geneticos-factores-riesgo>
- Juárez Cruz, J., Soto Guzmán, A., Martínez López, A., y Navarro Tito, N. (2018). Obesidad y cáncer de mama: Una relación entre epidemias modernas. *Revista de Ciencias Biológicas y de la Salud*, 21(1), 60-67. <https://biotecnia.unison.mx/index.php/biotecnia/article/view/814/301>
- Leiva, A., Martínez, M., Cristi Montero, C., Salas, C., Ramírez Campillo, R., Díaz Martínez, X., Aguilar Farías, N., y Celis Morales, C. (2017). El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física. *Revista Médica Chile*, (145), 458-467. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n4/art06.pdf>
- Londoño Pérez C., Velasco Salamanca R., y Pardo Adames C. (2020). *Sistema de clasificación de consumidores de cigarrillo/tabaco* (Col. Logos Vestigium, 8). Universidad Católica de Colombia. <https://publicaciones.ucatolica.edu.co/acceso-abierto/logos-vestigium-8.pdf>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Martínez Camilo, V., y Torrientes Hernández, B. (2006) Neoplasia cervical en la mujer climatérica. *Revista Cubana Obstetricia Ginecología*, 32(1), 1-11. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v32n1/gin01106.pdf>
- Oliva Anaya, C., Cantero Ronquillo, H., y García Sierra, J. (2015). Dieta, obesidad y sedentarismo como factores de riesgo del cáncer de mama. *Revista Cubana de Cirugía*, 54(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000300010&lng=es&tlng=es
- Organización Mundial de la Salud. (2017a). *Foro de la OMS sobre Alcohol, Drogas y Comportamientos Adictivos*. <https://www.who.int/mediacentre/events/2017/alcohol-drugs-addictive/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017b). *Tabaquismo*. <https://www.who.int/topics/tobacco/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cáncer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20la%20segunda,de%20ingresos%20medios%20y%20bajos>
- Paramasivam, D., Schliemann, D., Donnelly, M., Somasundaram, S., Tamin, N., Loh Siew, Y., y Su, T. (2018). Colorectal Cancer Awareness and Beliefs in Malaysia: A Population-Based Survey. *Journal of Global Oncology*. <https://doi.org/10.1200/jgo.18.48800>
- Páez Esteban, A., Urrea Vega, E., Contreras Barrios, M., y Díaz Urquijo, M. (2010). *Conocimiento y frecuencia de los factores de riesgo para cáncer de mama en las estudiantes del área de la salud*. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:igXk-l8vD1YJ:https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1153/645+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>
- Pérez López, A., Valadés Cerrato, D., y Buján Varela, J. (2017). Sedentarismo y actividad física. *Facultad de Medicina y Ciencias de la salud UAH*, 2(1), 49-58. <https://riece.es/index.php/riece/article/view/17/35>
- Reynoso Noveron, N., Torres Domínguez. (2018). Epidemiología del cáncer en México: Carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1) 9-15. <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283059952003.pdf>
- Salazar Cavazos, J. (2017). Disciplina, hábitos y cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 16(4), 212-214. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.M17000074>
- Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, NOM-028-SSA2-1999*. <http://www.conadict.salud.gob.mx/pprg/NOM028-SSA2-2009.pdf>
- Secretaría de Salud. (2017). *Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento NOM-008-SSA3-2017*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018
- Secretaría de Salud. (2018). 041. *Prevención y detección temprana disminuyen mortalidad por cáncer*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/041-prevencion-y-deteccion-temprana-disminuyen-mortalidad-por-cancer?idiom=es>
- Vergara Dagobeth, E., Suárez Causado, A., y Gómez Arias, R. D. (2017). Plan Control del Cáncer en Colombia 2012-2021: Un análisis formal. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(33), 6-18.

Vilca Tapullima, C., Quispe Manrique, N., Vega Fernández, A., y Correa López, L. (2017). Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en estudiantes de medicina humana. *Revista Facultad de Medicina Humana*, 17(2), 45-54. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v17.n2.831>

Capítulo 3. Nivel de conocimiento y estilos de vida en indígenas totonacos con diabetes mellitus tipo 2

REYNA ISELA VÁZQUEZ RIVERA¹

CRISTINA EULOGIA GARCÍA GARCÍA²

GEU MENDOZA CATALÁN³

MAYLIN ALMONTE BECERRIL⁴

MARÍA ALEJANDRA CARRISOZA HERNÁNDEZ⁵

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre el nivel de conocimiento y el estilo de vida en indígenas totonacos con diabetes *mellitus* tipo 2 del estado de Veracruz. **Material y métodos:** se realizó un estudio transversal-correlacional. La población de interés fueron 130 indígenas totonacos del municipio de Coxquihui, Veracruz. Quienes se encontraban registrados en el centro de salud de la comunidad. Se utilizó el cuestionario de conocimientos sobre la diabetes y el instrumento para medir el estilo de vida en personas con diabetes (IMEVID). Los datos se analizaron por medio de estadística descriptiva y análisis de correlación con el programa SPSS versión 25. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 100 participantes con edad promedio de 53.7 años ($DE = 7.6$). La mayoría fueron mujeres (69%), con estado civil casado (69%), con religión católica (76%). El 50% fueron analfabetas; el 88% mencionaron ser bilingües (tutunaku-español), y el 58% presenta sobrepeso. El nivel de conocimiento obtuvo una media de 12.8 ($DE = 2.9$) y la media del estilo de vida fue de 68.7 ($DE = 9.4$). El nivel de conocimiento no se

¹ Profesora investigadora. Universidad Intercultural del Estado de Puebla. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3533-6212>

² Profesora investigadora. Universidad Intercultural del Estado de Puebla. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3902-5366>

³ Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor investigador. Universidad Autónoma de Baja California. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5061-2457>

⁴ Doctora en ciencias. Profesora investigadora. Universidad Intercultural del Estado de Puebla. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1552-5961>

⁵ Profesora investigadora. Universidad Intercultural del Estado de Puebla. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2331-1632>

correlacionó de con el estilo de vida, pero si se correlacionó con la nutrición ($r_s = 0.197$, $p < .05$) y con acudir a sesiones educativas ($r_s = 0.211$, $p < .05$). *Conclusiones:* En indígenas totonacos el nivel de conocimiento fue bajo y el estilo de vida poco favorable. El nivel de conocimientos no se relaciona con el estilo de vida de manera general, solo con la nutrición y con acudir a sesiones educativas.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, conocimiento, estilo de vida, pueblos indígenas.

Introducción

La diabetes *mellitus* (DM) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalente en la población adulta. Es un trastorno metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglucemia, debido a las alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, a consecuencia de defectos en la secreción o acción de la insulina (Asociación Americana de Diabetes [ADA, por sus siglas en inglés], 2021). Según la Federación Internacional de Diabetes, se calcula que alrededor de 425 millones de personas en todo el mundo (8.8%), de los adultos de 20 a 79 años, tienen diabetes, con una tendencia a incrementar a 629 millones en el año 2045 (Federación Internacional de Diabetes [IDF, por sus siglas en inglés], 2019). Además, la diabetes *mellitus* tipo 2 representa el 90% de los tipos de diabetes y el 80% de las personas se encuentran en países de bajos y medianos ingresos económicos (IDF, 2019).

Dentro de las recomendaciones principales en personas con diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2), está la modificación del estilo de vida, en el que se recomienda iniciar y mantener un estilo saludable para el control de la enfermedad y prevención de complicaciones (ADA, 2021). El estilo de vida se considera como las formas de vida que realizan las personas en su día a día, que se ajusta al nivel de conocimientos, estrato socioeconómico y aspectos culturales (Apostu, 2013; Veal, 1993). En el caso de la DMT2, las recomendaciones a seguir como estilo de vida saludable se enfocan en realizar una dieta, ejercicio físico, dejar de fumar o consumir bebidas alcohó-

licas, así como apoyarse en los programas de educación para la salud, acudir a consulta médica para mejorar su adherencia terapéutica y manejo de emociones (ADA, 2021; López-Carmona *et al.*, 2003).

En México, se ha reportado que las personas con DMT2 tienen un estilo de vida no saludable (y un bajo porcentaje de pacientes realizan actividades físicas), además de que mantienen una dieta no saludable y rica en carbohidratos, lo cual se ha relacionado con un peor control glucémico (Álvarez *et al.*, 2014). Por el contrario, diferentes estudios han señalado que las personas que reportan tener un estilo de vida saludable presentan un menor índice de cintura-cadera, así como niveles reducidos de HbA1c, triglicéridos y colesterol total (Figuerola Suárez *et al.*, 2014; Urbán Reyes *et al.*, 2015; Vásquez Arroyo *et al.*, 2018). Aunado a lo anterior, diversos estudios han reportado que el nivel de conocimiento que tienen las personas con DMT2 sobre su enfermedad es deficiente (Álvarez *et al.*, 2014; Cordeiro *et al.*, 2017). Asimismo, se ha señalado que las personas que tienen mayor conocimiento sobre la diabetes facilitan el cambio y adopción de estilos de vida saludable (Álvarez *et al.*, 2014; Cordeiro *et al.*, 2017; Pascacio Vera *et al.*, 2016; Rico *et al.*, 2018); mejorando a su vez el control glucémico del paciente (Carrillo Alarcón, *et al.*, 2015; Rosas Muñoz *et al.*, 2018). No obstante, parte del problema en la adquisición de conocimientos radica en la falta de compromiso que sienten los pacientes con su padecimiento, principalmente asociado con la edad, su escolaridad, así como falta de interés y desconocimiento de la gravedad del padecimiento. Asimismo, reportes previos han indicado que la mala actitud del médico también influye en la adquisición del conocimiento de los pacientes (Arias-Hernández *et al.*, 2020; Carrillo Alarcón *et al.*, 2015; Cordeiro *et al.*, 2017; Formosa y Muscat, 2016).

Por otro lado, pocos estudios relacionados sobre el estilo de vida y el conocimiento del paciente con DMT2 se han enfocado en zonas rurales, por lo que existe una subestimación de estas cifras en zonas con alto grado de marginalidad, donde también se observan los mayores índices de comorbilidades y muertes asociados a estos padecimientos crónicos (Cruz *et al.*, 2017; Del Pozo Cruz *et al.*, 2015). Las comunidades indígenas se consideran como uno de los grupos vulnerables en México, tanto por su rezago económico, educativo y falta de acceso a la atención de calidad en salud

(Juárez Ramírez *et al.*, 2014). Dentro de las barreras para el cambio de estilo de vida y la adquisición de conocimiento, está la deficiente atención que se recibe en los servicios de salud en áreas rurales, los problemas de comunicación y los costos elevados (Carrillo Balam, *et al.*, 2020). De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), realizada en comunidades con menos de 100 000 habitantes, mostró una mala calidad de los servicios de salud tanto en el diagnóstico, como en la explicación ofrecida por el personal de salud sobre los medicamentos (Flores Hernández *et al.*, 2021).

En este sentido, para el profesional de enfermería es importante la evaluación del nivel de conocimientos y el estilo de vida, al considerarse elementos claves para el control de la enfermedad. Así también, para la implementación de programas que puedan mejorar la adquisición de información sobre la diabetes y las estrategias para mantener un estilo de vida saludable en zonas rurales y poblaciones indígenas, desde un punto de vista intercultural. Por lo anterior, se planteó analizar la relación entre el nivel de conocimientos y el estilo de vida que tienen los indígenas totónacos con diagnóstico de DMT2 de Coxquihui, Veracruz.

Material y métodos

Diseño y población

Se realizó un estudio transversal-correlacional. La población de interés estuvo constituida por población indígena *Tutunakú* con diagnóstico previo de diabetes *mellitus* tipo 2, con comprensión del español y fueron mayores de 18 años que se atienden en el centro de salud de Coxquihui, Veracruz. Se excluyeron a personas con diagnóstico de diabetes tipo 1 o gestacional y personas con algún problema mental (demencia). Para este estudio se realizó un censo considerando que era una población pequeña.

Cuestionarios

La cédula de datos sociodemográficos, antropométricos y clínicos recabó información como: edad, sexo, estado civil, ocupación, religión, años de estudios y si es hablante de alguna lengua originaria o no. También se interrogó sobre el tiempo de diagnóstico de la DMT2, si tenía tratamiento, si presentaba un diagnóstico previo de hipertensión arterial; además, del Índice de Masa Corporal (IMC) y los niveles de presión arterial (P/A).

Para evaluar el estilo de vida, se aplicó el instrumento IMEVID (López Carmona *et al.*, 2003). Dicho instrumento está constituido por 25 preguntas agrupadas en siete dimensiones: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento. Cada pregunta presenta tres opciones de respuesta con calificaciones de 0, 2 y 4, donde 4 corresponde al valor máximo deseable en cada respuesta. La puntuación final oscila del 0 a 100 puntos; una puntuación < 60 corresponde a un estilo de vida desfavorable; entre 60 y 80, un estilo de vida poco favorable, y más de 80 puntos, un estilo de vida favorable. El cuestionario tuvo una confiabilidad de 0.74

Para el conocimiento se aplicó el Cuestionario de conocimiento en diabetes (DKQ-24), en la versión español (García *et al.*, 2001), el cual está formado por 24 preguntas que constan de tres dimensiones: conocimientos básicos de la enfermedad, control de la glucemia y prevención de las complicaciones. Las opciones de respuesta son Sí, No y No sé. Las respuestas correctas obtienen la puntuación de 1 y las incorrectas en 0. La puntuación mínima es de 0 y la máxima de 24, a mayor puntuación mayor conocimiento sobre la diabetes. Para esta investigación, el nivel de conocimiento se agrupó como deficiente ≤ 12 , y bueno como > 12 . El cuestionario tuvo una confiabilidad de 0.76.

Recolección de datos

La información se obtuvo a partir de los registros con los que cuenta el centro de salud de Coxquihui, Veracruz, del programa de diabetes. Se obtuvo un registro de 130 personas con los criterios de inclusión. Posteriormente, se realizó visita domiciliaria junto con la promotora de salud du-

rante los meses de enero a marzo del 2020. Al llegar a cada domicilio, la promotora de salud presentó a las investigadoras, mencionando a los pacientes el motivo de la visita, y realizaba la invitación para participar en el estudio. A las personas que aceptaron participar se les ofreció la lectura del consentimiento informado y se les solicitó su firma o huella digital como aprobación del documento.

Posteriormente, se inició la recolección de los datos sociodemográficos y clínicos. El diagnóstico previo, el IMC y la T/A se obtuvieron del expediente con el último reporte obtenido. Seguido de ello, se aplicaba el cuestionario de conocimientos y, finalmente, el cuestionario de estilo de vida. El estudio contó con la aprobación de los comités de ética e investigación de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla, así como con la autorización por parte del director del centro de salud.

Análisis estadístico

Los resultados se procesaron en el programa SPSS versión 25. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Para el análisis descriptivo se reportaron frecuencias y porcentajes en las variables categóricas, medias y desviación estándar en las variables continuas. Para responder al objetivo de la investigación, se utilizó la correlación de Spearman (r_s), para datos con distribución no paramétrica, de acuerdo a los resultados de la prueba de K-S, $p < .05$.

Resultados

Del registro de 130 pacientes con DMT2, sólo aceptaron participar 100 personas (76%). Los participantes tenían una edad promedio de 53.7 años ($DE = 7.6$), en su mayoría fueron mujeres (69%), amas de casa (61%) y su estado civil fue predominantemente casados (69%). En cuanto a la religión, la católica (76%) fue la mayoritaria. La mayoría de los participantes fueron analfabetas (50%), y 88% señaló ser hablante de tutunakú (ver tabla 1).

Conforme a las características clínicas de los participantes, el tiempo de evaluación de la enfermedad fue de 8.7 años ($DE = 6.6$); donde el

TABLA 1. *Datos sociodemográficos de los participantes*

<i>Características</i>		<i>%</i>	<i>f</i>
<i>Sexo</i>	Hombre	31.0	31
	Mujer	69.0	69
<i>Estado civil</i>	Soltero	9.0	9
	Casado	69.0	69
	Unión libre	16.0	16
	Otro	6.0	6
<i>Ocupación</i>	Ama de casa	61.0	61
	Empleado	5.0	5
	Negocio propio	11.0	11
	Campesino	19.0	19
	Otro	4.0	4
<i>Religión</i>	Católica	76.0	76
	Cristiano	16.0	16
	Otra	5.0	5
	Ninguna	3.0	3
<i>Escolaridad</i>	Analfabeta	50.0	50
	Primaria	26.0	26
	Secundaria	14.0	14
	Bachillerato	6.0	6
	Licenciatura	4.0	4
<i>Hablante de Tutunakú</i>	Sí	88.0	88
	No	12.0	12

NOTA: % = porcentaje; f = frecuencia.

10% no tienen ningún tratamiento para la DMT2; el 24% tiene diagnóstico de hipertensión arterial; 58% presenta sobrepeso, y en los valores de presión arterial, la media se encuentra dentro de los valores normales (ver tabla 2).

TABLA 2. *Características clínicas y antropométricas de los participantes*

		<i>M</i>	<i>DE</i>
<i>Años con diabetes</i>		8.7	6.6
<i>IMC</i>		26.9	4.6
	Normal (% <i>, f</i>)	42.0	42
	Sobrepeso (% <i>, f</i>)	36.0	36
	Obesidad (% <i>, f</i>)	22.0	22
<i>Sístole</i>		118.2	11.6
<i>Diástole</i>		76.9	9.6
<i>Tratamiento (%<i>, f</i>)</i>	Sí		
	No	90.0	90
		10.0	10
<i>Dx Hipertensión (%<i>, f</i>)</i>		24.0	24

NOTA: *M* = media; *DE* = Desviación estándar; % = porcentaje; *f* = frecuencia.

Para el estilo de vida, el 12% tuvo un estilo de vida desfavorable; 81%, poco favorable, y 7%, favorable. Referente al nivel de conocimientos, el 53% fue deficiente y 47%, bueno. Las puntuaciones medias del estilo de vida y conocimiento se encuentran en la tabla 3. En el estilo de vida, la actividad que menos realizan es acudir a las sesiones educativas sobre su enfermedad, sin embargo, presentan una buena adherencia a la nutrición. La puntuación del nivel de conocimiento se encuentra sobre la media del cuestionario.

Conforme a las correlaciones, el nivel de conocimiento no se correlacionó con el estilo de manera general, sólo se correlacionó con la dimensión de la nutrición ($r_s = 0.197$, $p < .05$) y con acudir a sesiones educativas ($r_s = 0.211$, $p < .05$), ver tabla 4.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre el nivel de conocimiento y el estilo de vida en indígenas totonacos con diabetes *mellitus* tipo 2 del municipio de Coxquihui, Veracruz. Las características de la

TABLA 3. Descripción del conocimiento y el estilo de vida

	<i>M</i>	<i>DE</i>
IMEVID	68.7	9.4
Nutrición	23.4	4.2
Actividad física	7.1	3.1
Tabaco	7.9	.718
Alcohol	7.0	1.9
Información	2.7	2.1
Emociones	7.7	2.8
Adherencia	12.6	3.3
Conocimiento	12.8	2.9

NOTA: *M* = media; *DE* = Desviación estándar.

TABLA 4. Correlación entre el conocimiento y el estilo de vida en personas con DMT2

	2	3	4	5	6	7	8	9
1	.142	.197*	.082	-.030	-.018	.211*	-.145	.007
2		.606**	.429**	.243*	.483**	.465**	.351**	.522**
3			-.002	.185	.317**	.122	.066	.150
4				.079	.019	.138	-.012	.140
5					.327**	.125	.185	.245*
6						.036	.135	.138
7							.002	.249*
8								-.061

NOTA: 1 = Conocimiento en DMT2; 2 = Estilo de vida; 3 = Dieta; 4 = Actividad física; 5 = Tabaco; 6 = Alcohol; 7 = Información; 8 = Emociones; 9 = Adherencia terapéutica; * $p < .05$; ** $p < .01$.

población son similares a las reportadas en otros estudios, donde gran parte de la población es analfabeta. Además, al ser mujeres en su mayoría, la principal actividad que realizan es labores domésticas; mientras que la mayoría de los participantes reportaron ser hablantes de tutunakú y ser católicos. Las particularidades anteriores son parte de las inequidades que viven las poblaciones rurales e indígenas, las cuales también tienen un impacto en la salud. Las comunidades indígenas se consideran como un grupo minoritario a nivel mundial, con rezago y exclusión social, además de

vivir en condiciones de pobreza y pobreza extrema, consideradas como zonas sindemicas (Mendenhall *et al.*, 2017; Ordóñez Barba, 2018).

El nivel de conocimiento se encontró bajo en casi la mitad de la muestra. Esto concuerda con otros estudios que se realizaron en zonas urbanas (Álvarez *et al.*, 2014; Rico *et al.*, 2018), en donde la mayoría reportaron un conocimiento deficiente. Sin embargo, el nivel de conocimientos en comunidades rurales es más deficiente en relación a zonas urbanas (Del Pozo-Cruz *et al.*, 2015). En México, menos del 25% de las personas con DMT2 no reconocen la actividad física y la dieta como parte del tratamiento para el control de su enfermedad (Bello-Chavolla *et al.*, 2017). Dentro de las dificultades que se pueden encontrar en las poblaciones indígenas para adquirir conocimientos es el analfabetismo. Las personas al carecer de educación mínima tienen mayores dificultades de aprendizaje y capacidad de asimilación de la información. Otro factor relevante son las barreras lingüísticas (Carrillo Balam *et al.*, 2020); ya que, aunque la mayoría de los participantes son bilingües, hay términos médicos en los que no existe traducción al tutunakú, por lo que es importante conocer las representaciones sociales, el cómo identifican, llaman y reconocen las enfermedades crónicas, para de esta manera desarrollar programas educativos con adaptaciones culturales y lingüísticas.

De acuerdo con el estilo de vida, de manera general, los resultados mostraron un nivel poco favorable, lo cual coincide con otros estudios (Álvarez *et al.*, 2014; Rico *et al.*, 2018; Urbán Reyes, *et al.*, 2015; Vásquez Arroyo, *et al.*, 2018). El cambio de estilo de vida en personas con DMT2 es una de las prioridades de atención y retos en el sistema de salud, pero que tiene influencias socioculturales. Diversos estudios han señalado que el abordaje del estilo de vida en la DMT2 es muy complejo, y las intervenciones sólo han tenido beneficios no mayores a un año; dentro del estilo de vida que mejor cumplían fue el de la alimentación. En gran parte de las comunidades indígenas y rurales, aún prevalece un alto consumo de alimentos (frutas y verduras) que son producidos por los mismos habitantes (García-Navarro *et al.*, 2020). Existen alimentos que se les restringen y parte de estos son comidas tradicionales y que tienen un valor sociocultural (Landa *et al.*, 2019), por lo que evitar o eliminar alimentos tradicionales pueden tener un beneficio a la salud, pero una pérdida de identidad

cultural. Pero, la actividad que menos realizaban era acudir a pláticas informativas sobre su enfermedad. Esto se puede deber a la mala atención que otorgan los profesionales de la salud ante las pacientes (Arias Hernández *et al.*, 2020), los cuales, al no sentirse satisfechos con el trato, no vuelven a buscar atención médica y buscan otras alternativas.

Conforme a la relación del nivel de conocimientos y el estilo de vida, los resultados señalan que no hubo correlación significativa, lo que es contrario a otros estudios en zonas urbanas (Álvarez *et al.*, 2014; Pascacio Vera *et al.*, 2016; Rico *et al.*, 2018). Esto puede deberse a que en poblaciones indígenas existen otros factores más importantes que pueden influir en el cambio de estilo de vida, como el nivel de analfabetismo, el nivel socioeconómico o discriminación, además de los problemas con el personal de salud que no realiza las actividades esenciales para la DMT2 o que no otorga, de manera clara y específica, la información (Flores-Hernández *et al.*, 2021). Otro aspecto importante es el trabajo; en caso de las mujeres, amas de casa quienes la mayor parte del día realizan sus actividades incluyéndolas en sus deberes del hogar (Arias Hernández *et al.*, 2020). Mientras que, para el caso de los campesinos, son trabajos en los que se invierte bastante tiempo y que les impiden realizar todos los cambios que se requieren.

A pesar de que una de las actividades dentro del estilo de vida que menos realizan es acudir a pláticas informativas, ésta es una de las dimensiones que mejor se relaciona con el conocimiento. Existen diversos estudios que señalan que las personas que reciben educación en salud mejoran su nivel de conocimientos en diabetes (Marciano *et al.*, 2019). También, el conocimiento se relaciona con la alimentación, lo que es similar a otros estudios (Formosa y Muscat, 2016; Kugbey *et al.*, 2017). Esto puede deberse a que, en las comunidades rurales, la mayoría de la alimentación es parte de los cultivos que se dan en la región: frutas, verduras y hortalizas, que son la base fundamental de la dieta en la DMT2, por lo que conocer los beneficios que tienen para su enfermedad puede incrementar su consumo.

En este sentido, se observa que para las poblaciones indígenas totonasacas de Coxquihui, Veracruz, se requieren de estrategias y programas de educación para la salud bajo una perspectiva intercultural. En donde se aborden las barreras percibidas para el cambio de estilo de vida y la utili-

zación de métodos y técnicas de aprendizaje para poblaciones analfabetas. En donde también se puede incluir el lenguaje con el que identifican las enfermedades en tutunaku, lo cual pueda crear un impacto de identidad cultural y mejorar los resultados.

Las limitaciones de este estudio se deben al tipo de diseño, pues al ser un estudio transversal y correlacional no se puede identificar causa y efecto. También, aunque se abordaron en su mayoría a todas las personas registradas en el centro de salud, los datos no pueden ser generalizables a otros grupos indígenas, debido a que cada grupo indígena tiene creencias, valores, tradiciones y perspectivas diferentes sobre la vida, la salud y la enfermedad. Se recomienda realizar estudios transculturales para comparar las condiciones de salud en personas con DMT2 de diferentes grupos indígenas.

Conclusiones

La mayoría de los participantes reportaron tener un conocimiento deficiente y un estilo de vida poco favorable. En este estudio, el nivel de conocimiento no se correlacionó con el estilo de vida de forma general, sólo se relacionó con la alimentación y con acudir a sesiones educativas. Es importante adecuar la educación para la salud en las poblaciones indígenas totonacas de Veracruz, que permitan mejorar nivel de conocimiento y su estilo de vida.

Agradecimientos

A todas las personas que participaron en este estudio. También a la promotora de salud que apoyó en la recolección de datos del Centro de Salud de Coxquihui, Veracruz.

Bibliografía

- American Diabetes Association. (2021). 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*, 44(1), S15-S33. <https://doi.org/10.2337/dc21-S002>
- Álvarez, C. E. P., García, M. I. A., García, M. H. M., y Hernández, J. A. C. (2014). Nivel de conocimiento y estilo de vida en el control metabólico del paciente con diabetes *mellitus* tipo 2 en la UMF. núm. 39 IMSS, Centro, Tabasco. *Horizonte Sanitario*, 13(2), 188-193.
- Apostu, M. (2013). New Points of View on Concept of Health and Lifestyle. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 92, 50-54.
- Arias Hernández, I., Avalos García, M. I., y Priego Álvarez, H. R. (2020). Calidad percibida del control de la diabetes en indígenas chontales. *Horizonte Sanitario*, 19(2), 291-299.
- Bello Chavolla, O. Y., Rojas Martínez, R., Aguilar Salinas, C. A., y Hernández Ávila, M. (2017). Epidemiology of Diabetes *Mellitus* in Mexico. *Nutrition Reviews*, 75(1), 4-12.
- Carrillo Alarcón, L. C., López López, E., López Carbajal, M. J., Ortiz, M. I., y Ponce Montern, H. E. (2015). Level of Knowledge in Patients with Type 2 Diabetes *Mellitus* and Its Relationship with Glycemic Levels and Stages of Grief According to Kübler-Ross. *Journal of Diabetes and Metabolism*, 6(495), 1000495. <https://doi.org/10.4172/2155-6156.1000495>
- Carrillo Balam, G., Cantoral, A., Rodríguez-Carmona, Y., y Christensen, D. L. (2020). Health-Care Coverage and Access to Health Care in the Context of Type 2 diabetes and Hypertension in Rural Mexico: A Systematic Literature Review. *Public Health*, 181, 8-15.
- Cruz, F. N., Ramos, D. Y., Hernández, N. S., y Juárez, E. K. (2017). Estilos de vida en personas con diabetes tipo 2 en la Unidad Médica Rural (UMR) de Sasaltitla, Chicontepec, Ver. *Educación y Salud*, 6(11). <https://doi.org/10.29057/icsa.v6i11.2702>
- Cordeiro, S. A., Fonseca, A. P., Silveira, M. F., Caldeira, A. P., y Pinho, L. D. (2017). Knowledge and Attitude of Patients with Diabetes *Mellitus* in Primary Health Care. *Escola Anna Nery*, 21.
- Del Pozo Cruz, D., Teodoro, J., March Cerda, J. C., y Petracci, M. (2015). Análisis

- de las fuentes de información, nivel de conocimiento y calidad de vida en diabetes tipo 2. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 6(2), 166-179.
- Figueroa-Suárez, M. E., Cruz Toledo, J. E., Ortiz Aguirre, A. R., Lagunes Espinosa, A. L., Jiménez-Luna, J., y Rodríguez-Moctezuma, J. R. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gaceta Médica de México*, 150(1), 29-34.
- Flores Hernández, S., Mendoza Alvarado, L. R., Vieyra Romero, W. I., Moreno Zegbe, E., Bautista-Morales, A. C., y Reyes Morales, H. (2021). La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *Salud Pública de México*, 61, 716-725.
- Formosa, C., y Muscat, R. (2016). Improving Diabetes Knowledge and Self-Care Practices. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 106(5), 352-356.
- García, A. A., Villagomez, E. T., Brown, S. A. (2001). The Starr County Diabetes Education Study Development of the Spanish-Language Diabetes Knowledge Questionnaire. *Diabetes Care*, 24(1): 16-21.
- García Navarro, M. J., Ramírez Valverde, B., Cesín Vargas, A., Juárez Sánchez, J. P., y Martínez-Carrera, D. C. (2020). Funciones agroalimentarias y socio-culturales del traspato en una comunidad Totonaca de Huehuetla, Puebla, México. *Acta Universitaria*, 30, e2456. [https://doi.org/ 10.15174.au.2020.2456](https://doi.org/10.15174.au.2020.2456)
- International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9ª ed.). Bruselas, Bélgica: International Diabetes Federation.
- Juárez Ramírez, C., Márquez Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre Villafuerte, B. E., Ruelas González, M. G., y Reyes Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35, 284-290.
- Kugbey, N., Asante, K. O., y Adulai, K. (2017). Illness Perception, Diabetes Knowledge and Self-Care Practices Among Type-2 Diabetes Patients: A Cross-Sectional Study. *BMC Research Notes*, 10(1), 1-7.
- Landa, R. A. R., Arcos, L. D. C. C., y Raygoza, N. P. (2019). Representación social de la diabetes tipo 2 en mujeres bajo la teoría del núcleo central. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1). 1-10. [https://doi.org/ 10.11144/Javeriana.ie21-1.rsdm](https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.rsdm)

- López Carmona, J. M., Ariza Andraca, C. R., Rodríguez Moctezuma, J. R., y Munguía Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. *Salud Pública de México*, 45, 259-267.
- Marciano, L., Camerini, A. L., y Schulz, P. J. (2019). The Role of Health Literacy in Diabetes Knowledge, Self-Care, and Glycemic Control: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 1007-1017.
- Mendenhall, E., Kohrt, B. A., Norris, S. A., Ndeti, D., y Prabhakaran, D. (2017). Non-Communicable Disease Syndemics: Poverty, Depression, and Diabetes Among Low-Income Populations. *The Lancet*, 389(10072), 951-963.
- Ordóñez Barba, G. (2018). Discriminación, pobreza y vulnerabilidad: Los entresijos de la desigualdad social en México. *Región y Sociedad*, 30(71), 1-30. <https://doi.org/10.22198/rys.2018.71.a377>
- Pascacio Vera, G. D., Ascencio Zarazua, G. E., Cruz-León, A., y Guzmán Priego, C. G. (2016). Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. *Salud en Tabasco*, 22(1-2), 23-31.
- Rico Sánchez, R., Juárez Lira, A., Sánchez Perales, M., y Muñoz Alonso, L. D. R. (2018). Nivel de conocimientos, estilos de vida y control glicémico en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. *Revista Ene de Enfermería*, 12(1).
- Rosas Muñoz, M., Chávez Sepúlveda, C., Alarcón Hormazabal, M., Godoy, F., Vásquez Aguilar, P., y Cea Leiva, F. (2018). Relación del control glicémico con el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 pertenecientes al Centro de Salud Familiar de la región de la Araucanía, Chile. *Revista de la Facultad de Medicina*, 66(4), 589.
- Urbán Reyes, B. R., Coghlan López, J. J., y Castañeda Sánchez, O. (2015). Estilo de vida y control glucémico en pacientes con diabetes *mellitus* en el primer nivel de atención. *Atención Familiar*, 22(3), 68-71.
- Vásquez Arroyo, S. B., Roy García, I. A., Velázquez López, L., y Navarro Susano, L. G. (2018). Impacto del estilo de vida en el descontrol glucémico en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. *Atención Familiar*, 26(1), 18-22.
- Veal, A. J. (1993). The Concept of Lifestyle: A Review. *Leisure Studies*, 12(4), 233-252.

Capítulo 4. Capacidad de toma de decisiones para el autocuidado de la diabetes tipo 2. Teoría de rango medio

PATRICIA MAGDALENA VALLES ORTIZ¹

BERTHA CECILIA SALAZAR GONZÁLEZ²

PATRICIA ENEDINA MIRANDA FÉLIX³

ELIA DEL SOCORRO GARCÍA SOSA⁴

SILVIA YOLANDA CHACÓN RODRÍGUEZ⁵

Resumen

La diabetes tipo 2 (DT2) es un trastorno metabólico multifactorial caracterizado por alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas, debido a la deficiencia en la secreción o acción de la insulina. Es el tipo de diabetes más prevalente globalmente. En 2019, la Federación Internacional de Diabetes estimó que el número de personas con diabetes en el mundo para el año 2045 será de 700 millones. La persona que vive con DT2 debe adaptarse a un plan de tratamiento que incluye un plan de alimentación adecuada, actividad física suficiente y medicamentos. Para llevar a cabo este plan de tratamiento tendrá que tomar decisiones que ayuden a favorecer el equilibrio de su enfermedad. En enfermería es importante desarrollar teorías de medio rango que ayuden a comprender el fenómeno de la toma de decisiones para la DT2 y a partir de ellos propo-

¹ Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora. Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4206-3478>

² Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6610-8052>

³ Profesora investigadora. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7076-0991>

⁴ Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2756-9438>

⁵ Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora. Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Chihuahua, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3585-2380>

ner intervenciones con base en la evidencia científica. En el presente documento se muestra una teoría de rango medio basada en la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Orem y de la evidencia científica disponible sobre la toma de decisiones.

Palabras clave: diabetes tipo 2, autocuidado, teoría, enfermería, toma de decisiones.

Introducción

La diabetes *mellitus* tipo 2 (DT2) es el tipo de diabetes más prevalente a nivel global. La Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) estima que el número de personas con diabetes en el mundo es de 463 millones, de los cuales el 90% de los casos corresponde a DT2. Se calcula que alcanzará los 700 millones para el año 2045 (American Diabetes Association [ADA], 2021; IDF, 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición más reciente (Ensanut, 2018), se estimó que la diabetes afecta aproximadamente a 8.6 millones de personas adultas y la prevalencia de la DT2 fue del 10.3%.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó, en el 2011, la diabetes *mellitus* como la segunda causa de muerte general con 80 788 defunciones, generadas por las complicaciones de la enfermedad y en muchos casos agravados por las comorbilidades. La DT2 es una enfermedad crónica con complicaciones que, no obstante, es posible evitar o al menos retrasar si se sigue un control adecuado. Las medidas más importantes para ello son vigilancia médica, apego al tratamiento medicamentoso, plan de ejercicio y de alimentación (American Association of Diabetes Educators, 2017; INEGI, 2011).

Lo anterior se puede explicar por los resultados descritos en la Ensanut (2012) que señala que a pesar de que el 63.2% de las personas que viven con diabetes cumple con la periodicidad de consultas médicas, según lo normado para la atención médica, sólo uno de cada cuatro refiere seguir una vigilancia estricta del control glucémico; esto es, se realizan dos

mediciones de hemoglobina glucosilada (HbA1c) (7.7%) por año y de glucemia sanguínea cuatro veces por año (21.7%). Respecto al plan de alimentación y ejercicio adecuado, lo siguen el 6.8%; disminuyen la sal de su alimentación 3.6%, y la grasa de sus comidas, el 5.8%. Al momento de la encuesta, el 25.4% se encontró en control glucémico $< 7\%$, considerado como control. De los no controlados, a pesar de contar con tratamiento medicamentoso, el 24.7% se encuentra en riesgo alto con niveles entre 7% y 9% de HbA1c, y el 49.8% en riesgo muy alto ($\text{HbA1c} > 9\%$) de sufrir complicaciones relacionadas con la diabetes. Estos resultados reflejan lo complejo que resulta seguir las medidas de tratamiento por parte de las personas, ya sea por desconocimiento o falta de decisión. Por tanto, se considera un serio problema de salud pública y el reto de salud más importante para los adultos mexicanos (Flores Hernández *et al.*, 2013; Hernández Ávila *et al.*, 2013; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012).

La DT2 es un trastorno metabólico multifactorial caracterizado por alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas, debido a la deficiencia en la secreción o acción de la insulina. La predisposición genética y un estilo de vida no saludable, como ingesta calórica mayor a la energía consumida, escasa actividad física y estrés, entre otros, son factores que se relacionan con resistencia a la insulina en el hígado y en el músculo, lo cual da como resultado un descenso de la respuesta metabólica a la insulina y un deterioro progresivo de la función de las células beta de los islotes pancreáticos, lo cual provoca una disminución de la síntesis de la insulina, como consecuencia de lo anterior los niveles de glucosa postprandial y en ayuno se encuentran elevados (Jonas *et al.*, 2009; Khardori, 2013; Krentz *et al.*, 2007). En un intento por compensar el organismo incrementa la secreción de insulina, sin embargo, al persistir esta situación esta respuesta no es suficiente presentando hiperglucemia de manera más constante. Con el paso del tiempo la hiperglucemia desencadena complicaciones micro y macrovasculares, que surgen como resultado de la disfunción endotelial a consecuencia de la hiperglucemia, dislipidemia, hiperinsulinemia, elevados niveles de ácidos grasos e incremento en la producción de especies reactivas de oxígeno (Khardori, 2013; Krentz *et al.*, 2007). Los ensayos clínicos longitudinales clásicos del grupo del Reino Unido (United Kingdom Prospective Diabetes Study [UKPDS], 1998) han

demostrado que un estricto control de glucemia medido por la hemoglobina glucosilada, por debajo de 7%, ayuda a reducir el riesgo de complicaciones de la DT2. Los ensayos clínicos generalmente son altamente controlados, lo que implica compromiso por parte de los participantes y una supervisión estricta por parte del grupo investigador. Condiciones alejadas del cuidado cotidiano del paciente común, donde el control glucémico y seguimiento recae bajo la responsabilidad y decisión de la persona que la padece. Los pacientes con DT2 tienen el desafío de por vida de llevar el control glucémico y hacer lo posible por mantener el nivel de glucosa en sangre dentro del rango de referencia (ADA, 2021). El control glucémico requiere que la persona con DT2 modifique algunas conductas como parte de su tratamiento. Seguir el tratamiento prescrito implica una serie de actividades de cuidado de sí mismo, denominadas autocuidado. Asumir una actitud de autocuidado presupone una toma de decisiones y la capacidad para resolver problemas; para el caso de DT2 implica identificar el problema, las alternativas de solución y decidir la mejor opción (Glasgow *et al.*, 2004; Hill-Briggs *et al.*, 2003).

Capacidad de toma de decisiones para el autocuidado de la DT2

El desarrollo de la DT2 es producto de una serie de alteraciones celulares y metabólicas que afectan y deterioran la homeostasis de la glucosa. En la DT2 se identifican principalmente como mecanismos patogénicos: (a) una resistencia a la insulina en el hígado y en el músculo que da como resultado un descenso de la respuesta metabólica a la insulina, y (b) un deterioro progresivo de la función de las células beta de los islotes pancreáticos, que provoca una disminución de la síntesis de la insulina (Carrera y Martínez, 2013).

Las personas con predisposición para desarrollar DT2 heredan de sus padres un conjunto de genes que hace a sus tejidos resistentes a la insulina. En el hígado, la resistencia a la insulina (RI) se manifiesta por una sobreproducción de glucosa durante el estado basal, a pesar de la presencia de hiperinsulinemia en ayuno, además se presenta por una alteración en la supresión de la producción de glucosa hepática, como respuesta a la pre-

sencia de insulina (tal como ocurre después de comer). En el músculo, la RI se manifiesta por alteración de la absorción de glucosa después de una comida rica en carbohidratos dando lugar a hiperglucemia postprandial. La epidemia de diabetes se relaciona con la de obesidad y con la inactividad física. Tanto la obesidad y la disminución de la actividad física son estados de resistencia a la insulina y, cuando se suma a la carga genética de resistencia a la insulina ponen un mayor estrés en las células β para aumentar su secreción de insulina para, de esta manera, compensar la falla en la acción de la insulina. En tanto que las células β son capaces de aumentar su secreción de insulina —suficiente para compensar la resistencia a la insulina— la tolerancia a la glucosa permanece normal. Sin embargo, con el tiempo, las células β comienzan a fallar, inicialmente, los niveles de glucosa en plasma postprandial y, posteriormente, la concentración de glucosa plasmática en ayuno comienza a elevarse, lo que lleva a la manifestación de la DT2 (DeFronzo, 2009).

En suma, la resistencia a la insulina en el músculo y el hígado y la alteración de la función de las células β se han identificado como el triunvirato de la fisiopatología de la DT2. La hiperglucemia resultante y el mal control metabólico pueden provocar un descenso de la sensibilidad a la insulina, pero es el deterioro progresivo de las células β lo que determina la progresión de la enfermedad. Pasando a otro orden de ideas, DeFronzo (2009) recomienda un cambio en el paradigma del tratamiento de terapia con fármacos en combinación con dieta y ejercicio, y establece que (a) se requiere del uso combinado de múltiples drogas para corregir los defectos fisiopatológicos, (b) el tratamiento deber estar dirigido a revertir anormalidades patogénicas y no únicamente a reducir el nivel de HbA1c, y (c) la terapia deberá iniciarse en una etapa temprana del desarrollo de la DT2 para prevenir y disminuir la falla progresiva de las células beta.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda niveles de HbA1c menores a 7% para disminuir la presencia de complicaciones microvasculares. Para lograr un manejo óptimo de la DT2 existen diferentes modalidades de tratamiento, como la terapia farmacológica que incluye metformina que mejora la sensibilidad a la insulina y tiene efectos antiaterogénicos como medicamento de primera elección, si después de los tres meses de tratamiento con monoterapia el nivel de HbA1c es mayor o igual

a 9%, se considerará iniciar la terapia dual para lo cual es necesario incluir un medicamento que será determinado por los factores específicos de cada paciente y podrá ser: Sulfonilurea, tiazolidinedionas (que mejora la sensibilidad a la insulina, conserva la función de las células beta y tiene efectos antiaterogénicos), inhibidores de SGLT2, meglitinidas, medicamentos inyectables (análogos GLP-1, que conserva la función de las células beta y promueve la pérdida de peso), inhibidores de la DPP-4, biguanidas, inhibidores de la alfa-glucosidasa o insulina. Si después de tres meses con terapia dual de medicamentos el resultado de HbA1c es igual o mayor a 10%, se procederá a tratar con la combinación de tres medicamentos para una terapia triple que incluirá la combinación de un medicamento oral, un medicamento inyectable e insulina (ADA, 2021).

Además del tratamiento con medicamentos en cualquiera de las terapias, deberán iniciarse cambios en el estilo de vida que incluyan las recomendaciones para lograr un balance entre el consumo y el gasto energético que incluyen bajo consumo de carbohidratos, de alimentos bajos en grasa, bajo consumo de proteínas, actividad física aeróbica o de resistencia, así como la modificación continua de algunas conductas que contribuyen a mantener el peso ideal (ADA, 2021).

La obesidad y la falta de actividad física son factores que se relacionan con resistencia a la insulina, aunado a la carga genética para la predisposición de la DT2. El ejercicio es una parte importante del plan de tratamiento de la DT2. El ejercicio regular ha demostrado mejoría en el control de la glucemia, reducción de los factores de riesgo cardiovascular, contribuye a la pérdida de peso y mejora la sensación de bienestar. Además, el ejercicio regular puede prevenir la DT2 en personas de alto riesgo (Davies *et al.*, 2018).

En ausencia de contraindicaciones y si están asintomáticos se les debe aconsejar a los pacientes con DT2 que realicen ejercicio. Se sugiere que realicen 150 minutos por semana de actividad física aeróbica, de moderada a intensa, por lo menos tres días a la semana y no dejar más de dos días consecutivos sin ejercicio. En los pacientes de alto riesgo comenzar con períodos cortos de ejercicio y de intensidad baja para después ir aumentando la intensidad y la duración de los mismos. Se deberá evaluar al paciente para descartar alguna complicación que contraindique el ejercicio,

como datos que sugieran episodio de hiper o hipoglucemia, hipertensión arterial no controlada o antecedentes de lesiones en pies o retinopatía proliferativa inestable, así como estado de ayuno (Davies *et al.*, 2018).

Otro componente eficaz del plan de tratamiento es la modificación en los hábitos alimenticios. En individuos con sobrepeso u obesidad y con resistencia a la insulina, la pérdida de peso moderada ha demostrado reducir la resistencia a la insulina. La NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes *mellitus*, recomienda la adecuación del aporte energético en planes de alimentación con no menos de 1 200 calorías diarias para mantener un peso adecuado, distribuyendo el valor calórico total de los macronutrientes de la siguiente manera: Menos del 30% corresponderán al grupo de las grasas, de las cuales no más del 7% serán grasas saturadas privilegiando el consumo de grasas monoinsaturadas (hasta el 15%); del 50 al 60% corresponderá al consumo de hidratos de carbono (preferentemente complejos), los cuales menos del 10% serán azúcares simples; el 15% de las calorías totales corresponderá a las proteínas y el consumo de colesterol no deberá ser mayor de 200 mg/día. Además de limitar o evitar la ingesta de alimentos y bebidas adicionadas con sacarosa, fructosa y glucosa para reducir el riesgo de ganancia de peso (Iglesias *et al.*, 2014; NOM-015-SSA2-2010, 2010).

La prevención de la hipoglucemia es también un componente importante en el tratamiento de la DT2. La automonitorización de glucemia capilar es clave para valorar el tratamiento y detectar hipoglucemias. Los pacientes deben conocer las situaciones que aumentan su riesgo de hipoglucemia, como el ayuno antes, durante o después de ejercicio intenso, identificar signos de somnolencia después de ejercicio para no quedarse dormido, así como también que los signos de hipoglucemia aumentan el riesgo de sufrir algún daño como caídas, lesiones al manejar equipo o maquinaria o al conducir un automóvil (Iglesias *et al.*, 2014).

Hace poco más de dos décadas, el estudio Control y complicaciones de la diabetes (Diabetes Control and Complications Trial [DCCT], 1993) y el estudio prospectivo de diabetes del Reino Unido United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS, 1998) mostraron que un mejor control glucémico se asocia con la reducción de complicaciones microvasculares y la reducción a largo plazo de enfermedad macrovascular. Estos estudios

dieron lugar al tratamiento con énfasis en objetivos para el control glucémico, individualizados basados en la edad, condiciones coexistentes y el tiempo con el diagnóstico de la diabetes (DCCT, 1993; UKPDS, 1998).

Estudios posteriores demostraron que la reducción de la presión arterial, la reducción de los niveles de colesterol y evitar el tabaco disminuyen la incidencia de enfermedades cardiovasculares y la mortalidad. Por lo anterior, las guías para el cuidado de la diabetes recomiendan el control de factores de riesgo y la revisión periódica de las complicaciones con el fin de tratar las condiciones relacionadas con la diabetes en sus primeras etapas (Ali *et al.*, 2013; Glasgow *et al.*, 2008; Khardori, R. (2013).

Modelo de capacidad de toma de decisiones

Los orígenes del concepto contemporáneo de la capacidad de decisión subyacen en los acontecimientos históricos de la ley de cuidados de la salud y la ética, surgidos paralelamente con la teoría del consentimiento informado (Grisso y Appelbaum, 1998). El consentimiento informado es la aceptación racional por el paciente de recibir una intervención médica diagnóstica o terapéutica, o de elegir entre varias alternativas posibles, previa información sobre su padecimiento, riesgos y beneficios. El consentimiento informado se sustenta en el principio de autonomía del paciente. Esta nueva doctrina sostiene el derecho que tiene el paciente de recibir información suficiente para realizar elecciones significativas entre las opciones que se le presentan. De acuerdo con Grisso y Appelbaum, el consentimiento informado para la toma de decisiones del tratamiento conforme fue evolucionando vino a requerir de tres elementos: (1) información, (2) elección voluntaria y (3) competencia para decidir (Grisso y Appelbaum, 1998).

La capacidad para tomar decisiones se refiere a la habilidad de las personas para tomar una decisión sobre una tarea específica que puede tener diversos grados de influencia en su vida. Estas tareas pueden ir desde situaciones sencillas, como decidir qué se va a comer, hasta decisiones más complejas, como aceptar o rechazar el tratamiento para una enfermedad. En la toma de decisiones en el área de la salud se reconoce que la persona cuenta con una serie de aptitudes cognitivas, afectivas y volitivas que van a

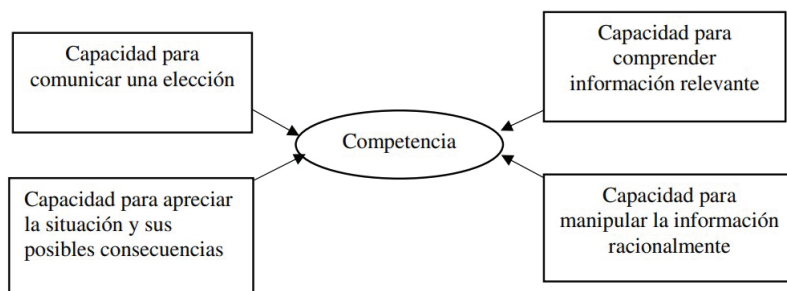
permitirle conocer, valorar y manejar adecuadamente la información considerada como relevante para tomar una decisión (Appelbaum y Grisso, 1995; Grisso y Appelbaum, 1998).

Las decisiones pueden ser consideradas como las repuestas a determinadas situaciones y que generalmente incluyen tres aspectos: (a) más de un posible curso de acción; (b) expectativas sobre sucesos futuros, descritos a menudo en términos de probabilidad o niveles de confianza, y (c) las consecuencias asociadas al resultado en función de valores personales o metas actuales (Appelbaum y Grisso, 1995).

Existe un amplio consenso a nivel internacional sobre las cuatro habilidades básicas para tomar una decisión sobre la salud: (1) *comprensión*, definida como la habilidad para entender la información relevante para la decisión, esto es, entender el problema, las alternativas disponibles para la resolución del problema y las ventajas y desventajas de esas alternativas; (2) la *apreciación*, que es la habilidad para aplicar la información a una situación propia, considerando las limitaciones personales y las consecuencias de las alternativas; (3) el *razonamiento*, entendido como la habilidad para considerar y comparar consecuencias potenciales a diversas opciones, es decir, el razonamiento comparativo y consecuente acerca de la elección, y (4) *expresión de la elección*, que consiste en la habilidad para comunicar una decisión estable, en otras palabras es la habilidad de expresar una decisión simple y clara acerca de cómo resolver un problema cotidiano o la consistencia lógica de la elección razonada del paciente. Estas habilidades surgieron de los tribunales de los Estados Unidos de Norteamérica en la década de 1950, y dieron lugar al “estándar de oro” de la capacidad para tomar decisiones, publicado por Appelbaum y Grisso (1995) derivando de ello un modelo cognitivo filosófico-legal, dirigido a promover el consentimiento de los pacientes en la toma de decisiones sobre su atención (ver figura 1).

Como ya se señaló, el modelo fue elaborado para la toma de decisiones informadas sobre el tratamiento médico, que involucra un marco filosófico-legal. En este marco, las cuatro capacidades involucradas para la competencia de toma de decisiones se basan en estándares legales (deber). Se asume que la competencia resulta de ser capaz de expresar deseos, entender los riesgos y beneficios pertinentes, apreciar las consecuencias de una

FIGURA 1. Estructura del modelo para la toma de decisiones



decisión y pensar racionalmente. Cada estándar implica un conjunto de capacidades para la toma de decisiones, que deben ser consideradas para valorar si el estándar se cumple en el que toma la decisión; capacidad de comunicar una elección es el primer y menos restrictivo estándar que normalmente se aplica.

Es posible que en un caso la comprensión, la apreciación y el razonamiento estén intactos, pero cuando un sujeto no tiene manera de expresar o comunicar su decisión, es imposible que exprese una elección. Sin embargo, a menos que la opción preferida de un sujeto pueda ser expresada a otros de alguna manera es imposible saber su decisión, por ejemplo, pacientes víctimas de accidentes cerebrovasculares pueden tener activa vida mental y satisfacer las tres primeras condiciones para la capacidad, pero no son capaces de expresarse verbalmente o por medio de gestos (el parpadeo de los ojos, mover un dedo, etc.), esto ha llevado a agregar la capacidad de expresar una elección a la lista de elementos que componen la capacidad. Éste es quizás el menos mental de las subcapacidades; este componente se centra sólo en la capacidad de comunicar una decisión, reconoce como válidas las decisiones sin tener en cuenta el proceso por el que se logran.

El segundo y más común componente es la capacidad de comprender la información relevante. Un estándar que hace hincapié en la importancia de comprensión de la información relacionada con el tema específico para el paciente. Con el fin de ser capaces de consentir o rechazar un tratamiento dado, la persona debe tener algún conocimiento básico de los hechos involucrados en la decisión. Sin embargo, este requisito aparentemente

simple puede llegar a ser bastante complejo en función de cómo se define la “comprensión”. Comprensión básica y el conocimiento o la cognición de los hechos es una interpretación mínima. No obstante, la mayoría de los autores reconocen que este nivel de habilidad mental no es suficiente para generar el tipo de decisiones de atención médica que se requiere. Un tercer componente es la capacidad de apreciar la naturaleza de la situación y sus posibles consecuencias.

Además de la comprensión básica de los hechos, la mayoría de las definiciones de capacidad coinciden en que los sujetos deben tener también una cierta apreciación de la naturaleza y la importancia de la decisión que enfrentan. La razón es que, para comprender los hechos de lo que es una decisión, debe tener un significado para quien toma la decisión. Las personas deben reconocer realmente que es su decisión, ya que su vida, valores y futuro están en juego. Por lo tanto, además de la comprensión, los sujetos deben ser capaces de “apreciar” la naturaleza y el significado de las alternativas potenciales (cómo sería y cómo estar en posibles estados futuros y someterse a diversas experiencias) e integrar esta apreciación en la toma de decisiones personales. Este componente difiere de la capacidad de comprender la información al requerir que el paciente sea capaz de aplicar la información a su propia situación.

Por último, está el componente capacidad para manipular la información de forma racional al determinar la competencia de toma de decisiones. Sin la capacidad mental para el razonamiento y para manipular la información de forma racional, es imposible para la comprensión y la apreciación emitir una decisión. El concepto de razonamiento es a menudo vago, se suele mencionar para incluir la capacidad de sopesar los riesgos y beneficios y evaluar consecuencias. Este componente hace hincapié en las habilidades del paciente para emplear procesos lógicos para comparar los beneficios y riesgos de las opciones de tratamiento. Los componentes legales para la capacidad de toma de decisiones de consentimiento para el tratamiento varían un poco en todas las jurisdicciones, pero, en general, representan las habilidades para comunicar una elección, para comprender la información relevante, para apreciar las consecuencias médicas de la situación, y de razonar acerca de las opciones de tratamiento (Appelbaum, 2010; Grisso y Appelbaum, 1998).

Teoría general del déficit de autocuidado

La teoría general del déficit de autocuidado (TGDAC) es una teoría general, descriptiva y explicativa de las situaciones comunes de enfermería. Se compone por tres teorías constitutivas: la teoría de autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, consideradas de rango medio.

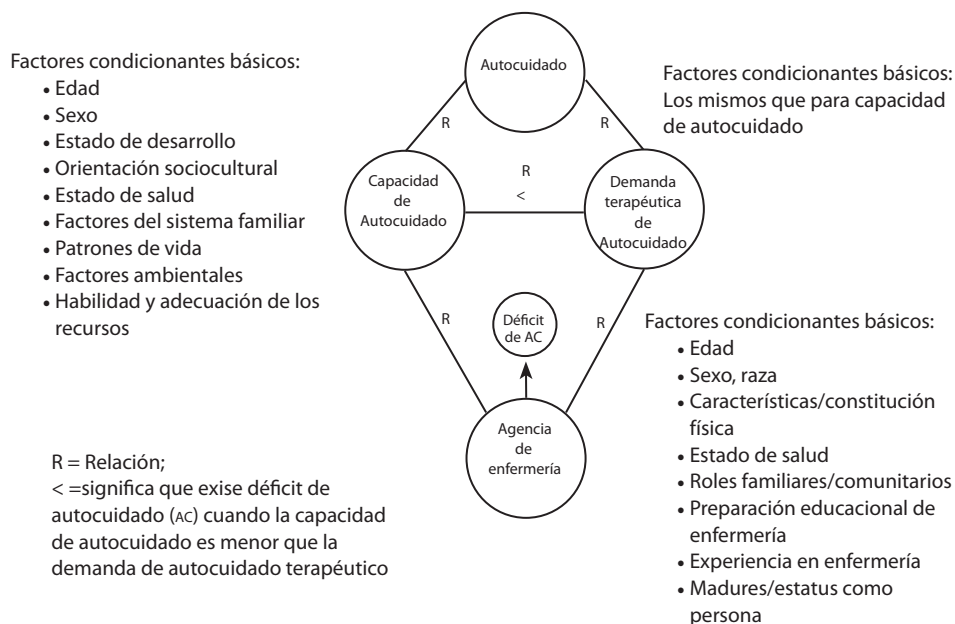
De acuerdo con D. Orem, las limitaciones de las personas para el autocuidado asociadas con la condición de salud justifican la necesidad de enfermería. De acuerdo con la teorista, esto es lo que se considera como el objeto propio de la enfermería, entendida como un campo de conocimientos y un campo de práctica (Orem, 2001).

La descripción y explicación de lo que es enfermería se construye por medio de seis conceptos (ver figura 2): Autocuidado (AC), Capacidades de Autocuidado (CAC), Demanda Terapéutica de Autocuidado (DTAC), Déficit de Autocuidado (DAC), Agencia de Enfermería (AE) y Factores Condicionantes Básicos (FCB). Dentro de la estructura conceptual de la TDAC, el término de toma de decisiones es un componente de poder para la capacidad de autocuidado. La capacidad de autocuidado se refiere a la capacidad adquirida que permite satisfacer los requerimientos constantes de cuidado de uno mismo, que regulan los procesos de desarrollo y mantienen la integridad de la estructura y funcionamiento humano. Este concepto es útil para el desarrollo de los reactivos del instrumento de capacidad de toma de decisiones para el autocuidado.

La *teoría de autocuidado* es parte constitutiva de la teoría general del déficit de autocuidado. La idea central de esta teoría es que el AC es una función reguladora en los individuos, que permite la obtención de recursos y la creación de condiciones que permitan mantener la vida, el funcionamiento físico y mental, los cuales facilitan el desarrollo integral de las personas. El AC se caracteriza por ser aprendido, deliberado y continuo.

La explicación teórica del AC se realiza por medio de la estructura conceptual del mismo. La estructura del AC comprende tres tipos de operaciones: estimativas, transicionales y productivas. Las operaciones estimativas son operaciones de búsqueda de información sobre sí mismo y sobre las

FIGURA 2. Estructura conceptual de la Teoría del Déficit de Autocuidado



condiciones ambientales. El AC exige contar con conocimiento que puede ser de dos tipos: empírico y antecedente. El conocimiento se extiende al entendimiento de condiciones internas y externas, a las características y significado de dichas condiciones, así como a los resultados o beneficios esperados de la ejecución de las actividades para mejorar la salud y mantener el bienestar. Las operaciones estimativas concluyen cuando la persona toma la decisión de actuar.

La transición de las operaciones estimativas a las productivas se denomina *operaciones transicionales*. Estas son procesos cognitivos donde se combinan la información con la decisión de qué hacer respecto al AC, dando inicio a las operaciones productivas. Las operaciones productivas inician con la construcción de la respuesta a cómo proceder según la decisión tomada. Esto implica valorar qué recursos se requieren, con qué recursos se cuenta y si se tienen las habilidades para ejecutar las acciones necesarias, así mismo determinar con anticipación a quien recurrir si requiere ayuda y cómo saber si se están obteniendo los resultados deseados. El AC responde a una demanda terapéutica específica en función de una situa-

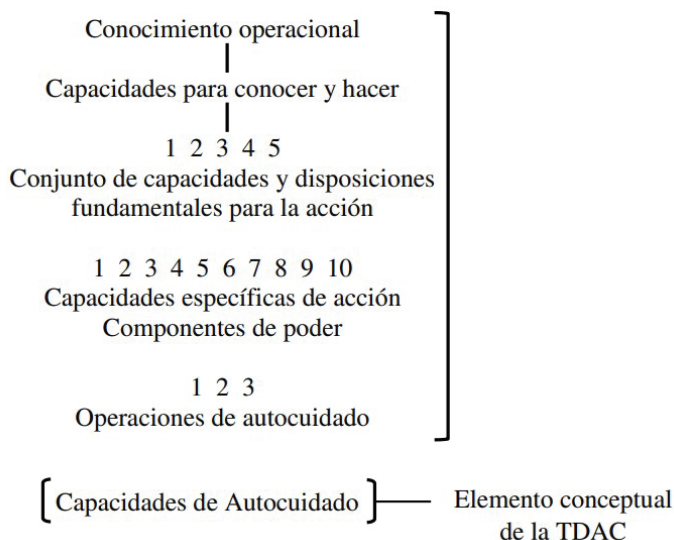
ción problema en particular, en un tiempo específico, y se caracteriza por ser autoiniciado y mantenido hasta que se obtengan los resultados establecidos con anterioridad.

La otra teoría constitutiva es la *teoría del déficit de autocuidado* (DAC), en la que desarrolla el argumento de por qué las personas necesitan de enfermería. La explicación se orienta en que los infantes y las personas maduras, en algún momento de su vida, son incapaces total o parcialmente de controlar o manejar situaciones de su estado de salud o del cuidado a su salud. Las situaciones a las que se refiere la teorista pueden ser condiciones o necesidades existentes o emergentes. Esta teoría se construye sobre la teoría del autocuidado, agrega los conceptos capacidades de autocuidado (CAC), demanda terapéutica de autocuidado (DTAC), factores condicionantes básicos (FCBs) y el subconcepto requisitos de autocuidado (RqsAC).

Las capacidades de autocuidado (CAC) se definen como la compleja capacidad adquirida que permite satisfacer los requerimientos constantes de cuidado de uno mismo, que regulan los procesos de desarrollo y mantienen la integridad de la estructura y funcionamiento humano. Las capacidades de autocuidado se modifican de acuerdo al tipo de desarrollo logrado desde la infancia hasta la vejez, cambian de acuerdo al estado de salud y se alteran bajo la influencia de factores específicos como nivel educativo, hábitos, costumbres y recursos disponibles. La estructura del concepto capacidades de autocuidado se formalizó en tres dimensiones o partes: (1) capacidades especializadas para desarrollar las operaciones productivas de AC; (2) un conjunto de diez componentes de poder, y (3) cinco conglomerados de capacidades y disposiciones fundamentales. Estas tres dimensiones se articulan entre sí, tal como se muestra en la figura 3.

Las capacidades y disposiciones fundamentales comprenden cinco conjuntos de capacidades humanas para el autocuidado, que se definieron a partir de los trabajos realizados por Backscheider con adultos diagnosticados con diabetes *mellitus*. Las capacidades fundamentales básicas son críticas para comprometerse con el AC además de ser necesarias para otro tipo de acciones (son las menos específicas) contemplan aspectos de (1) sensación, ejemplo sensibilidad táctil; (2) atención, ejemplo memoria; (3) capacidades para conocer y hacer, ejemplo, contar, leer, escribir, percibir, entre otras; (4) disposiciones que afectan la búsqueda u obtención de me-

FIGURA 3. Estructura conceptual de las capacidades de autocuidado



tas, incluye aspectos como conocerse a sí mismo, autoimagen, entre otros; (5) disposiciones y capacidades que facilitan la orientación o interés de las personas, ejemplo, orientación hacia la salud individual, priorizar, entre otros. Este conjunto de capacidades y disposiciones fundamentales para el autocuidado en salud son la base para el desarrollo de los elementos estructurales, componentes de poder y las capacidades especializadas para las operaciones de AC (Backscheider, 1974; Orem, 2001).

Es decir, ciertas alteraciones en este sustrato pueden limitar significativamente el desarrollo de las capacidades de AC. Dado que las capacidades y disposiciones fundamentales son la base para las acciones de autocuidado en general. Se construyó el concepto de componentes de poder para definir las capacidades orientadas al cuidado a la salud que median entre las fundamentales y las capacidades altamente especializadas que sustentan las operaciones del AC. Estos componentes de poder se consideran como los detonadores de las capacidades especializadas que sustentan los procesos estimativos, transicionales y productivos de AC.

Orem identifica diez componentes de poder que son: (1) habilidad para mantener el interés y reflexionar con respecto de sí mismo como agente de autocuidado. El interés y los procesos de reflexión se dirigen a

condiciones internas y externas del individuo, que deben considerarse al decidir llevar a cabo acciones de autocuidado; (2) uso controlado y manejo adecuado de la energía física suficiente para iniciar y llevar a su término las actividades de AC; (3) habilidad para el manejo adecuado de la mecánica corporal en la ejecución de los movimientos requeridos para iniciar y completar las operaciones de autocuidado; (4) habilidad para razonar dentro de un marco de referencia sobre el autocuidado a la salud; (5) motivación en función del significado que le den a la vida, a la salud y al bienestar; (6) habilidad para tomar decisiones con respecto al cuidado de sí mismo y para llevar a la práctica esas decisiones; (7) habilidad para adquirir conocimiento técnico referente al autocuidado de fuentes confiables para una mejor comprensión y ejecución del autocuidado; (8) conjunto de habilidades cognitivas, perceptuales, interpersonales y habilidades para comunicarse, adaptadas para la ejecución de las operaciones de AC; (9) habilidad para manejar adecuadamente las actividades de AC dentro de las relaciones interpersonales para lograr el objetivo establecido; (10) habilidad para ser constante en las operaciones de AC y para ser capaz de integrarlas en asuntos personales, familiares y de la comunidad donde vive.

Los factores internos y externos que afectan las capacidades de los individuos y el tipo de cuidado requerido son denominados por la teórica factores condicionantes básicos (FCB), para su estudio la autora los organizó en tres grupos: (a) factores que describen al individuo: edad, género y estado de desarrollo; (b) factores que relacionan al individuo con su familia de origen o familia de matrimonio: orientaciones socioculturales y factores del sistema familiar, y (c) factores que localizan al individuo en su mundo y lo relaciona con las condiciones y circunstancias de la vida: estado de salud, factores del sistema de cuidado a la salud, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos.

Los FCB pueden contribuir u obstaculizar el autocuidado, así como las capacidades de autocuidado de las personas, la edad y el sexo deben ser tomados de manera constante, tanto en investigación como en la práctica clínica, los demás factores deben ser analizados dependiendo de las condiciones familiares y sociales y de los problemas de salud que enfrenta la persona para garantizar una mejor atención por parte de enfermería, e identificar el tipo de cuidado necesario para la pronta recuperación de la

salud. Los requisitos de autocuidado (ReqAC) son considerados como un subconcepto de la TDAC; se definen como la meta del conocimiento general del autocuidado; se explican como reflexiones referentes a las conductas indispensables para regular el funcionamiento humano; se clasifican en universales, del desarrollo y de desviación de la salud. Los ReqAC universales son generales para todos los seres humanos, van de acuerdo a la etapa de desarrollo en la cual se encuentra la persona y están relacionados con los factores ambientales, entre los cuales se encuentran el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimento, un adecuado balance entre la actividad física y el reposo y entre la soledad e interacción humana, y el suministro necesario de cuidado asociados con el proceso de eliminación.

En conjunto, los ocho ReqAC universales representan el tipo de actividades que el ser humano debe realizar para cubrir ciertas necesidades internas y externas que le permitan mantener la estructura y funcionamiento de su organismo, el cual gira en torno al desarrollo del apoyo humano y de la maduración. Los ReqAC del desarrollo exteriorizan aspectos específicos de los requisitos de autocuidado universales que permiten conservar las condiciones ambientales que favorecen los procesos vitales e impulsan los procesos de desarrollo, es decir, fomentan un ambiente seguro para preservar la especie humana y para sobreponerse a las limitaciones que afectan el crecimiento del individuo.

Los ReqAC del desarrollo son de dos tipos, y a su vez cuentan con subtipos:

1. Mantenimiento de las condiciones que apoyan los procesos de la vida y promueven los procesos de desarrollo, es decir, el progreso humano hacia un alto nivel de organización de la estructura humana y hacia la maduración durante: (a) el periodo de gestación que da inicio con la fecundación continua con el crecimiento intrauterino del producto y finaliza con el alumbramiento; (b) etapa neonatal cuando el producto se clasifica como recién nacido a término y recién nacido pretérmino; (c) infancia; (d) duración de las diferentes etapas de desarrollo, es decir, niñez, adolescencia y el inicio de la edad adulta; (e) desarrollo de las diferentes etapas de la edad adulta; (f) embarazo en la niñez o en la edad adulta.

2. Provisión del cuidado asociado con los efectos negativos de ciertas condiciones que pueden afectar el desarrollo humano y provisión del cuidado para prevenir que sucedan dichos efectos. 2.1. Provisión del cuidado para superar los efectos negativos de las condiciones que pueden afectar el desarrollo humano. Estas condiciones incluyen: (a) condición alfabeto o analfabeto de las personas; (b) problemas de adaptación social; (c) características individuales relacionadas con la salud; (d) pérdida de familiares, amigos y conocidos; (e) pérdida de la profesión o pérdida de la seguridad social; (f) cambios inesperados en el lugar de residencia o del ambiente familiar; (g) problemas sociales; (h) problemas de salud o discapacidad; (i) condiciones agobiantes; (j) enfermedad en etapa terminal y muerte inminente.

Los ReqAC de desviación de la salud son seis e incluyen: (1) La búsqueda de la atención médica adecuada ante la exposición de agentes físicos, biológicos o condiciones ambientales asociadas con la enfermedad. (2) Estar preparado para atender oportunamente los efectos adversos de la enfermedad. (3) Seguir adecuadamente el tratamiento médico indicado a partir del diagnóstico establecido. (4) Manejar adecuadamente los efectos secundarios del tratamiento médico para aprender a vivir con las secuelas de la enfermedad. (5) Modificar el autoconcepto y la autoimagen para la propia aceptación de como ser humano con una desviación del estado de salud y que requiere de cuidados específicos para su condición. (6) Aprender a vivir con los efectos adversos de la enfermedad y los efectos secundarios de las medidas diagnósticas y tratamiento médico, con un estilo de vida que favorezca el desarrollo personal.

Los ReqAC de desviación de la salud no sólo surgen ante la enfermedad, también surgen de los cambios en el estado de ánimo, de las condiciones ambientales y de la falta de recursos materiales y humanos para llevar a cabo una acción. Por lo que la teoría de rango medio TDAC enmarca la realización de este proyecto. Sin embargo, el concepto toma de decisiones utilizado en la TRM del Déficit de Autocuidado (DAC) no se encuentra suficientemente explicado, por lo que es necesario complementar el presente estudio con el modelo de toma de decisiones para la construcción del instrumento y explorar la relación entre algunos factores condicionantes

básicos y los conceptos capacidad de toma de decisiones para el autocuidado, autocuidado con el control glucémico y perímetro de cintura. Teoría de rango medio capacidad para la toma de decisiones y autocuidado de la DT2.

La formalización de una estructura conceptual teórica empírica consiste en la identificación de conceptos y proposiciones que conforman un modelo conceptual y de los de la teoría de rango medio, así como la identificación de métodos empíricos de investigación. Es necesario primero identificar los conceptos. Un concepto provee significado al fenómeno que se pretende observar directa o indirectamente; es una imagen mental que permite categorizar, interpretar e imponer una estructura en un fenómeno. Los conceptos de un modelo conceptual y de una teoría representan sus vocabularios particulares y son más abstractos y generales que los de una teoría. Los conceptos de la teoría aplican a situaciones particulares, como el caso de adultos con DT2 y deben ser observables o medibles. Al proceso de concreción se le conoce como *substruction*, además, permite valorar la congruencia entre los sistemas teóricos y operacionales en un diseño de investigación. El sistema teórico vincula los constructos con los conceptos.

A continuación, se describirá la consistencia entre el constructo “capacidad de autocuidado” de la teoría déficit de autocuidado de Orem, con el concepto “capacidad de toma de decisiones” propuesto. Las capacidades de autocuidado se definen como la compleja habilidad adquirida de personas maduras para conocer y lograr los requerimientos continuos de acciones deliberadas y propositivas que lleven a regular su funcionamiento y desarrollo. Dado que las capacidades y disposiciones fundamentales son la base para las acciones de autocuidado en general. Orem refiere la estructura de los componentes de poder para precisar las capacidades orientadas al cuidado a la salud, que median entre las fundamentales y las capacidades altamente especializadas que apoyan el AC.

La teorista identifica diez componentes de poder entre los que se encuentra la habilidad para tomar decisiones con respecto al cuidado de sí mismo y para llevar a la práctica esas decisiones. La autora no elabora más este componente de poder por lo que se recurrió a revisión de la literatura sobre el concepto, seleccionándose el modelo de capacidad de toma de decisiones descrito por Appelbaum y Grisso (1995).

Retomando a Appelbaum y Grisso, la capacidad de toma de decisiones se refiere a la habilidad de las personas para tomar una decisión sobre una tarea específica. Las decisiones pueden ser sencillas como decir “voy a comer”, o decisiones complejas como aceptar o rechazar el tratamiento de para una enfermedad (Appelbaum, 2010; Grisso y Appelbaum, 1998).

Las habilidades a las que hace referencia el modelo son: (a) comprensión de la información relevante que implica comprender el problema y las alternativas de solución; (b) apreciación del significado de la información además de la habilidad para aplicar esa información a una situación en un momento dado, de acuerdo a naturaleza de la enfermedad y la posibilidad de que el tratamiento sea benéfico; (c) razonamiento acerca las decisiones sobre el tratamiento, es decir, habilidad para comparar alternativas y sus consecuencias y finalmente, (d) comunicar una elección (Appelbaum y Grisso, 1995). Ambas conceptualizaciones involucran conocimiento. Como ya se señaló, la toma de decisiones (componentes de poder) está implicada en la capacidad de autocuidado.

Es por ello que el concepto de capacidad de toma de decisiones del cuidado en personas con DT2 se propone como instancia del concepto de capacidad de autocuidado. Las proposiciones de la teoría del déficit de autocuidado seleccionadas para servir como guías para el desarrollo de esta TRM son: (1) las personas adultas con DT2 que emprenden acciones para su autocuidado poseen capacidades de acción especializadas (toma de decisiones), (2) las habilidades de los individuos para comprometerse con el autocuidado están condicionadas por la edad, etapa de desarrollo, experiencia de vida, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles (Orem, 2001).

Autocuidado para la DT2, son las acciones específicas que una persona con DT2 debe llevar a cabo para controlar su problema de salud, preservar la vida, evitar o retrasar complicaciones y mantener el bienestar. Este concepto representa el autocuidado general de Orem. Los factores condicionantes básicos (FCB), atributos personales o ambientales, que en algún momento pueden afectar la capacidad de la persona con DT2 para participar en acciones de autocuidado, así como el tipo y calidad de las actividades de autocuidado necesarias para fines de este estudio, son: edad, sexo, escolaridad, y años de diagnóstico de DT2, por ser las variables rela-

cionadas en la literatura revisada con los conceptos de interés. Estos elementos identificados en la teoría de rango medio capacidad de toma de decisiones y autocuidado de la DT2 se presentan en la figura 4.

En la figura 5 se presentan los constructos, conceptos e indicadores empíricos para las variables, así como la estructura teórico conceptual empírica que esquematiza los conceptos derivados del modelo propuesto.

FIGURA 4. Relación de conceptos de capacidad de toma de decisiones y autocuidado de la DT2

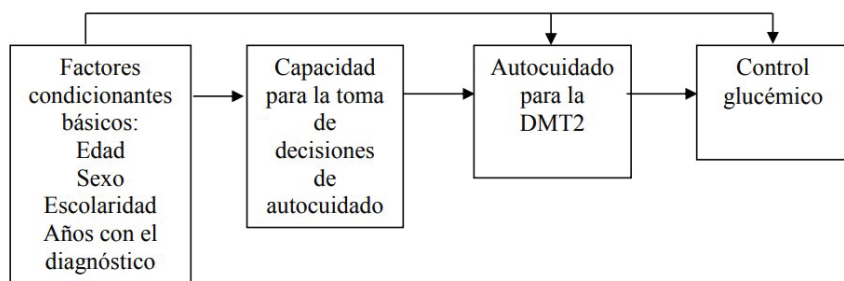
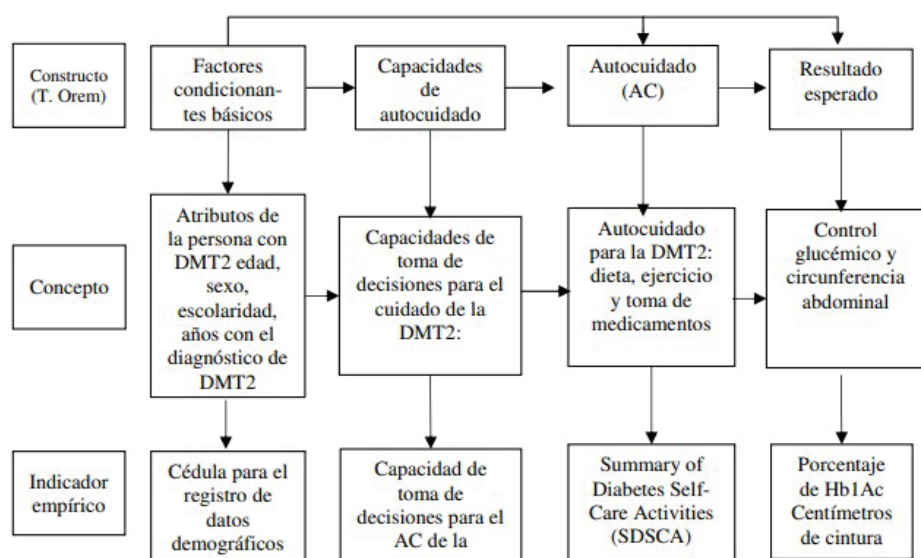


FIGURA 5. Estructura teórico conceptual empírica del modelo



Conclusiones

El alto porcentaje de personas con DT2 en descontrol metabólico sugiere que éstas no cumplen con el tratamiento que su condición de salud les demanda para mantener las cifras de hemoglobina glucosilada dentro de los valores normales. Existe suficiente literatura científica que muestra que los pacientes con esta enfermedad no se apegan al tratamiento y que no cumplen con un buen autocuidado y control de su enfermedad. Además, es escasa la literatura existente sobre las relaciones entre la capacidad para la toma de decisiones que tienen los pacientes para el cumplimiento de las actividades de autocuidado, que requieren ser realizadas por el resto de su vida para mantener sus niveles de glucosa dentro de los valores normales.

En este sentido, el marco teórico de capacidad de toma de decisiones para el autocuidado de la DT2 permite la comprensión de los conceptos de capacidad para la toma de decisiones y autocuidado. El realizar revisión sistemática de literatura, para dar explicación a las relaciones que muestran los conceptos mencionados anteriormente, permite brindar un lenguaje claro y puntual. El presente marco ofrece sustento teórico para explicar la relación entre la capacidad para la toma de decisiones y el autocuidado, además, sugiere que las personas que viven con DT2 rara vez toman decisiones inmediatas de autocuidado, probablemente porque su percepción no es muy clara acerca de las consecuencias que puede tener retrasar las decisiones sobre las actividades que comprenden el autocuidado. Las personas con DMT2 aparentemente centran sus decisiones para el control glucémico en torno a la toma de medicamentos y posteriormente en otros aspectos del cuidado como la alimentación.

Bibliografía

Ali, M., K., McKeever, K., Saaddine, J., B., Cowie, C., C., Imperatore, G., y Gregg, E., W. (2013). Achievement of Goals in U.S. Diabetes Care, 1999-2010. *The New England Journal of Medicine*, 368(17), 1613-1624.

- American Diabetes Association. (2021). Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*, 44(1), S14-S38.
- Ann, M., Carracher, Payal, H., Marathe, y Kelly, L. (2017). *Research on the Value of Diabetes Education*. American Association of Diabetes Educators.
- Appelbaum, P. S., y Grisso, T. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study I. *Law and Human Behavior*, 19(2), 105-126.
- Appelbaum, P. S. (2010). Consent in Impaired Populations. *Current Neurology and Neuroscience Report*, 10(5), 367-373.
- Backscheider, J. E. (1974). Self-Care Requirements, Self-Care Capabilities, and Nursing Systems in the Diabetic Nurse Management Clinic. *American Journal of Public Health*, 64(12), 1138-1146.
- Carrera Boada, C. A., y Martínez Moreno, J. M. (2013). Pathophysiology of Diabetes Mellitus Type 2: Beyond the Duo "Insulin Resistance-Secretion Deficit". *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 78-87.
- Davies, M. J., D'Alessio, D. A., Fradkin, J., Kernan, W. N., Mathieu, C., ..., Mingrone, G. (2018). Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*, 41, 2669-2701.
- DeFronzo, R. A., Ferrannini, E., Groop, L., Henry, R. R., Herman, W. H., Holst, J. J., Hu, F. B., Kahn, C. R., Raz, I., Shulman, G. I., Simonson, D. C., Testa, M. A., y Weiss, R. (2015). Type 2 Diabetes Mellitus. *Nature Reviews. Disease Primers*, 1, 15019. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.19>
- Diario Oficial de la Federación (23 de noviembre de 2010). Norma Oficial Mexicana "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus". Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010.
- Flores Hernández, S., Reyes Morales, H., Villalpando, S., Reynoso Noverón, N., y Hernández Ávila, M. (2012). Encuesta nacional de salud y nutrición: Evidencia para la política pública en salud. *Revista Salud Pública de México*, 55(2), 347-350.
- Glasgow, R. E., Peeples, M., y Skovlund, S., E. (2008). Where is the Patient in Diabetes Performance Measures?: The Case for Including Patient-Centered and Self-Management Measures. *Diabetes Care* 31(5), 1046-1050.
- Glasgow, R., Toobert D., Barrera, M., y Stryker, L. (2004). Assessment of Problem Solving: A Key to Successful Diabetes Self-Management. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(5), 477-490.

- Grisso, T., y Appelbaum, P. S. (1998). *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. Nueva York: Oxford University.
- Hernández Ávila, M., Gutiérrez, J. P., y Reynoso Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, 55(2), S129-S136.
- Hill Briggs, F., Cooper, D. C., Loman, K., Brancati, F. L., y Cooper, L. A. (2003). A Qualitative Study of Problem Solving and Diabetes Control in Type 2 Diabetes Self-Management. *The Diabetes Educator*, 29(6), 1018-1028.
- Iglesias, R., Barutell, L., Artola, S., y Serrano, R. (2014). Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. *Diabetes Practica*, 5(2), 1-24.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Boletín de estadísticas vitales 2011*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). *Encuesta nacional de salud y nutrición 2012: Resultados por entidad federativa, Nuevo León*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- International Diabetes Federation. (2019). IDF Diabetes Atlas, Ninth edition 2019. *E-Library*. Recuperado en octubre de 2014 de <http://www.idf.org>
- Jonas, J. C., Bensellam, M., Duprez, J., Elouil, H., Guiot, Y., y Pascal, S. M. (2009). Glucose Regulation of Islet Stress Responses and β -Cell Failure in Type 2 Diabetes. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 11(4), 65-81.
- Khardori, R. (2013). Changing Paradigms in Type 2 Diabetes Mellitus. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17(1), 68-71.
- Krentz, A., Clough, G., y Byrne, C. (2007). Interactions Between Microvascular and Macrovascular Disease in Diabetes: Pathophysiology and Therapeutic Implications. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 9, 781-791.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). St. Louis Missouri, EE. UU.: Mosby.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes 2016*. <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
- Shamah Levy, T., Vielma Orozco, E., Heredia Hernández, O., Romero Martínez M., Mojicam Cuevas, J., Cuevas Nasu, L., Santaella Castell, J. A., y Rivera Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019: Resultados nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1993). The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes *Mellitus*. *The New England Journal of Medicine*, 329(14), 977-986.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., y Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure. *Diabetes Care*, 23, 943-950.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (1998). Intensive Blood-Glucose control with Sulphonylureas or Insulin Compared with Conventional Treatment and Risk of Complications in Patients with Type 2 Diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 352, 837-853.

Capítulo 5. Autocuidado en adultos yoreme-mayo con diabetes tipo 2

IRIS ROCÍO AGUIAR BERNAL¹

PATRICIA ENEDINA MIRANDA FÉLIX²

GEU MENDOZA CATALÁN³

ROSARIO EDITH ORTIZ FÉLIX⁴

Resumen

Introducción: En México, el 13% de la población vive con diabetes y es la segunda causa de muerte en el país con 15%, destacando el grupo de personas que hablan alguna lengua indígena. La población indígena yoreme-mayo es la más representativa con un total de 39 759 personas que hablan o habitan en hogares indígenas, quienes se encuentran dispersos en los municipios de Sinaloa de Leyva, Guasave, Ahome y El Fuerte. Además, son quienes tienen más posibilidades de no realizar acciones de autocuidado. La ADA menciona que el autocuidado es una parte importante para el bienestar emocional de la persona que vive con diabetes. *Objetivo:* Describir el autocuidado en adultos yoreme-mayo con diabetes tipo 2 de Ahome y El Fuerte, Sinaloa. *Metodología:* El diseño es descriptivo y transversal por conveniencia, conformado por adultos con DT2 y un miembro de la familia mayor de edad, pertenecientes a la cultura yoreme-mayo. Se evaluó el autocuidado con la escala de acciones de cuidado en diabetes a par-

¹ Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5505-0422>

² Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7076-0991>

³ Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5061-2457>

⁴ Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5827-3218>

tir del programa estadístico SPSS versión 25. Para la interpretación de datos se utilizaron frecuencias, porcentajes y medias. *Resultados:* El tamaño de la muestra en la prueba piloto fue conformado por 10 adultos yoreme-mayo con diagnóstico previo de DT2 y un familiar por cada participante. De la muestra total de pacientes con diabetes, presentó el 50% ($n = 5$) en hombres; la media de edad fue de 58.70 años ($DE = 9.22$). Se reportó por un médico que la media del diagnóstico de DT2 fue de 12.60 años ($DE = 6.24$, 1 – 23), y se encontró que tanto en hombres como mujeres presentaron cifras por encima de los puntos de corte basado en la NOM-008-SSA3-2010. En cuanto a las pruebas de glucosa capilar realizadas, se obtuvo una media de 136.30 ($DE = 49.55$, 94 – 252). Se encontró una media de 47.90 ($DE = 11.95$) de autocuidado en los adultos. *Conclusiones:* Los adultos de la población indígena yoreme-mayo seleccionados tienen un nivel de autocuidado alto, esto se puede deber a que la mayoría de los participantes llevan un sistema de control de diabetes al acudir a centros de salud.

Palabras clave: diabetes tipo 2, población indígena, autocuidado, adultos.

Introducción

A nivel mundial 463 millones (9%) de personas viven con diabetes, y se estima que esta cifra aumente a 629 millones para el año 2045 (Federación Internacional de Diabetes [IDE, por sus siglas en inglés], 2019). La diabetes tipo 2 (DT2) es la más frecuente al ocupar del 90 al 95% de los casos en adultos (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). En México, el 13% de la población vive con diabetes (Basto Abreu, 2020) y es la segunda causa de muerte en el país con 15%, en hombres con 52 309, y en mujeres con 54 216, mientras que el diagnóstico médico previo en adultos es de 10.3%. En Sinaloa, 14 705 adultos viven con diagnóstico de diabetes (Plan Municipal de Desarrollo Ahome, 2020).

La población indígena yoreme-mayo es la más representativa con un total de 39 759 personas que hablan o habitan en hogares indígenas, quienes se encuentran dispersos en los municipios de Sinaloa de Leyva, Gua-

save, Ahome y El Fuerte (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, 2019). En un estudio por Villalobos *et al.* (2019) destaca que el grupo de personas que hablan lengua indígena son quienes tienen más posibilidades de no realizar acciones de autocuidado. La Asociación Americana de Diabetes (2019) establece que el autocuidado es una parte importante para el bienestar emocional de la persona que vive con diabetes.

El autocuidado representa todas las acciones que los individuos realizan por ellos mismos para conservar sus condiciones de salud, en virtud de promocionar la vida y el bienestar de los seres humanos, como gestión de la salud y la seguridad, mientras que les permita ser conscientes del nivel de resultado que logran en su cuidado y al mismo tiempo ejerciendo una responsabilidad (Boell *et al.*, 2020; Hernández, 2015), con un seguimiento de prácticas de estilos de vida saludable, el apego al tratamiento farmacológico y el monitoreo sobre los valores de la glucosa.

El estudio de investigación tiene como objetivo describir el autocuidado y las características sociodemográficas en adultos yoreme-mayo con diabetes tipo 2 de Ahome y El Fuerte, Sinaloa.

Metodología

El diseño de estudio es descriptivo y transversal. La población de estudio fue conformada por adultos yoreme-mayo con DT2 de los municipios de Ahome y El Fuerte. La muestra se calculó con el paquete estadístico nQuery Advisor versión 4.0, para un nivel de significancia 0.05, potencia de prueba del 90% (Cohen, 1988). El muestreo fue no probalístico, por bola de nieve, se contactó a los posibles participantes en los Centros de Salud y comunidades del municipio de Ahome y Fuerte. Se excluyeron a los adultos que refirieran diagnóstico médico de deterioro cognitivo o demencias, mujeres embarazadas y los que refirieran tener fiebre durante los últimos 14 días como medida preventiva de COVID-19.

Para medir el autocuidado se utilizó la escala de acciones de cuidado en diabetes (EACD) para pacientes con DT2, elaborada por Toobert *et al.* (2000), que ha sido aplicada en población mexicana. La escala contiene cinco subescalas (dieta, actividad física, exámen de nivel de azúcar en san-

gre, cuidado de los pies y el medicamento) con un total de 12 reactivos. Las respuestas indican con qué frecuencia llevan a cabo actividades de cuidado para la diabetes durante los siete días previos a la entrevista. Tres de las preguntas se encuentran relacionadas con la subescala de dieta, dos preguntas para la subescala de actividad física, una pregunta para la subescala de examen de nivel de azúcar en sangre, cuatro preguntas para la subescala de cuidado de los pies y dos sobre el medicamento. La consistencia interna del instrumento varía entre 0.74 a 0.85. Un ejemplo del instrumento es la pregunta a medir número 1: “¿En cuántos de los últimos siete días comió cinco o más porciones de frutas y verduras?” con puntuación de respuesta de selección de 0 a 7.

La recolección de los datos fue a través de la visita a los Centros de Salud con el fin de establecer comunicación con los directores y profesionales de enfermería y así poder tener contactos con los pacientes con diabetes, a través de esos contactos se llevó a cabo el muestreo bola de nieve, se les preguntó a los pacientes si conocían a alguna otra persona que viviera con DT2, y así se hizo sucesivamente hasta completar la muestra; se les solicitaba el nombre de la persona, número de teléfono y dirección en caso de que la supieran para poder contactarlos, una vez obtenido esos datos se hicieron llamadas a los posible participantes sugeridos y se agendó una visita a su domicilio para explicarles sobre el estudio.

En la llamada se les explicaba brevemente el objetivo de estudio, se les cuestionó si habían presentado síntomas relacionados con COVID-19 en los últimos 14 días; si mostraban interés y no habían presentado síntomas, se les solicitaba una fecha para asistir a su domicilio y continuar con el proceso de participación. Es importante mencionar que el investigador principal contó con el equipo adecuado para hacer cumplir las medidas preventivas y para brindárselas al participante con DT2 (cubrebocas quirúrgico triple capa y gel antibacterial). Una vez que el paciente con DT2 aceptaba participar firmaba el consentimiento informado y respondía la cédula de datos sociodemográficos y el cuestionario de actividades de Autocuidado, los cuales fueron leídos por el investigador principal, después de ello se tomaron las mediciones antropométricas.

El proyecto de investigación fue sustentado por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (*Diario*

Oficial de la Federación, 1987), que establece los lineamientos y principios generales a los que se debe someter la investigación científica. Además, por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos con el Artículo 3 sobre los principios de dignidad humana y derechos humanos que expresan dos puntos importantes: el respetar la dignidad humana de manera plena, así como sus derechos humanos y las libertades fundamentales, también sobre los intereses y el bienestar de la persona, los cuales deben ser una prioridad y de interés de la ciencia o la sociedad (UNESCO, 2005).

Los datos fueron analizados por el paquete estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 25 para Mac en español. La consistencia interna del instrumento de autocuidado se evaluó por el coeficiente de alfa de Cronbach. En respuesta al objetivo se utilizaron medidas de tendencia central (media y desviación estándar) y dispersión (mínimo y máximo) y una prueba de Kruskal Wallis.

Resultados

El tamaño de la muestra está conformado por 50 adultos yoreme-mayo con diagnóstico previo de DT2. De la muestra total de pacientes con DT2, el 74% fueron mujeres y la media de edad fue de 61.0 años ($DE = 10.20$, 30 – 83) (ver tabla 1). Para el estado civil de los participantes, refirieron la mayoría estar casados. En cuanto a la ocupación, la mayor respuesta de los participantes fue de quienes establecieron ser ama de casa. La escolaridad reportada de los participantes, en la mayoría tenía un nivel de educación en primaria. De los participantes, el 58% señaló tener más de 10 años de diagnóstico médico de DT2 con una media de 12.32 años ($DE = 9.92$, 0 – 42), además, no hay diferencia significativa entre los grupos ($H = 1.019$, $gl = 2$, $p = 0.60$) en relación con la edad (ver tabla 2). En cuanto a las comorbilidades por DT2, la mayoría refirió tener hipertensión arterial.

En cuanto a las acciones de autocuidado, de manera general, se encontró una media de 3.49 días de cumplimiento de estas acciones ($DE = 1.05$, .92 – 5.83), dentro de las cuales, el automonitoreo de glucosa en sangre es

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población

Variable	Categorías	Adultos yoreme-mayo	
		f	%
Sexo	Masculino	13	26
	Femenino	37	74
Estado civil	Casado(a)	28	56
	Soltero(a)	4	8
	Unión libre	7	14
	Viudo(a)	10	20
	Divorciado(a)	1	2
Ocupación	Empleado(a)	10	20
	Ama de casa	34	68
	Desempleado(a)	2	4
	Pensionado(a)	4	8
Escolaridad	Primaria	31	62
	Secundaria	12	24
	Bachillerato o más	4	8
	Ninguna	3	6
Años de diagnóstico DT2	< 5 años	13	26
	5 a 9 años	8	16
	10 años o más	29	58
Seguridad social	Programa Oportunidades	2	4
	70 y Más	4	8
	Seguro Popular	11	22
	Otro	24	48
	Ninguno	9	18
Comorbilidad	Ninguna	23	46
	Hipertensión arterial	24	48
	Neuropatía	1	2
	Osteoporosis	1	2
	Retinopatía	1	2

NOTA: n = 50.

TABLA 2. *Análisis de los resultados de la prueba de Kruskal Wallis-H en los años de diagnóstico médico de DT2 y la edad de los adultos*

	<i>N</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>gl</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
< 5 años	13	26.65	2	1.019	.60
5 a 9 años	8	20.75			
10 años o más	29	26.29			

NOTA: *n* = 50.

TABLA 3. *Datos descriptivos de la variable de acciones de cuidado de diabetes*

<i>Variables</i>	<i>M (DE)</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Acciones de cuidado de diabetes	3.49 (1.05)	.92	5.83
Dieta	4.13 (1.18)	.67	6.67
Actividad física	1.75 (2.64)	.00	7
Automonitoreo glucosa en sangre	.24 (1.02)	.00	7
Cuidado de los pies	4.82 (1.97)	.00	7
Medicamentos	3.27 (1.83)	.00	7

NOTA: *M* = Media, *DE* = Desviación estándar, *n* = 50.

la actividad que menos cumplen y el cuidado de los pies es la acción que más días realizaron en los últimos siete días (ver tabla 3).

Discusión y conclusión

El autocuidado y las características sociodemográficas de los adultos yoreme-mayo con diabetes tipo 2, seleccionados de Ahome y El Fuerte, Sinaloa, muestran que a pesar de la falta de automonitoreo de glucosa, la mayoría de los pacientes se encontraron en un manejo de control de su enfermedad bajo circunstancias de pandemia por COVID-19, lo que per-

mitió observar un nivel de autocuidado. En la subescala de cuidado de los pies a diferencia de otras subescalas, se observó un manejo de consciencia mayor con respecto a la atención que debe darse como prevención de adquirir pie diabético.

El autocuidado es una herramienta fundamental para prevenir otras enfermedades relacionadas con diabetes (Parada *et al.*, 2019; Pinilla *et al.*, 2013; Rodríguez *et al.*, 2018), en tanto, es relevante el desarrollo de control personal para realizar las acciones (Al-Amer *et al.*, 2016; Martínez *et al.*, 2018), como la evaluación de los cuidados nutricionales, prevención de pie diabético, la actividad física que realizan y el tiempo en que lo realizan, un tratamiento seguro y en comunicación con un médico y un automonitoreo de los niveles de glucosa en sangre. Por lo tanto, se considera que una educación de diabetes sobre autocuidado dirigida al adulto (Mendez *et al.*, 2010; Vázquez y Franco, 2016) debe ser la clave para un buen control de la enfermedad, desde la comprensión hacía la acción de hábitos saludables, no solamente dentro de un periodo de tiempo, sino que forme parte de sus actividades diarias durante su vida.

En conclusión, se encontró que los adultos con DT2 de la población indígena yoreme-mayo seleccionados tienen un nivel de autocuidado adecuado. Esto se puede deber a que la mayoría de los participantes llevan un sistema de control de diabetes al acudir a centros de salud. Sin embargo, el conocimiento sobre el autocuidado de diabetes parece ser un reto aún por cumplir por los adultos y adultos mayores.

Bibliografía

- Al-Amer, R., Ramjan, L., Glew, P., Randall, S., y Salamonson, Y. (2016). Self-Efficacy, Depression, and Self-Care Activities in Adult Jordanians with Type 2 Diabetes: The Role of Illness Perception. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(10), 744–755. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1208692>
- Asociación Americana de Diabetes. (2019). Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 42(1), S1-S2. <https://doi.org/10.2337/dc19-Sint01>
- Basto Abreu, A., Barrientos Gutiérrez, T., Rojas Martínez, R., Aguilar Salinas, C. A.,

- López Olmedo, N., De la Cruz Góngora, V., Rivera Dommarco, J., Shamah Levy, T., Romero Martínez, M., Barquera, S., López Ridauro, R., Hernández Ávila, M., y Villalpando, S. (2020). Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: Resultados de la Ensanut 2016. *Salud Pública Mex*, 62(1), 50-59.
- Boell, J. E. W., Silva, D. M. G. V. D., Guanilo, M. E. E., Hegadoren, K., Meirelles, B. H. S., y Suplici, S. R. (2020). Resilience and Self-Care in People with Diabetes Mellitus. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0105>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *National Diabetes Statistics Report, 2017*. <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). Nueva York. Department of Psychology.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Ensanut]. (2016). *Informe Final de Resultados*. <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Federación Internacional de Diabetes [IDF]. (2019). *Atlas de Diabetes de la IDF*. https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20191219_091956_2019_IDF_Advocacy_Guide_ES.pdf
- Hernández, M. R. (2015). Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. *Revista Salud Bosque*, 5(2), 79-88. <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/1468/1074>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2018). *Características de las defunciones registradas en México durante 2017*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (2019). *Pueblos Indígenas-Atlas de los Pueblos Indígenas de Mexico*. México: INPI. http://atlas.inpi.gob.mx/?page_id=1162
- Martinez, K., Lockhart, S., Davies, M., Lindsay, J. R., y Dempster, M. (2018). Diabetes Distress, Illness Perceptions and Glycaemic Control in Adults with Type 2 Diabetes. *Psychol Health Med*, 23(2), 171-177. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1339892>
- Méndez, V., Becerril, V., Morales del Pilar, M., y Pérez, V. (2017). Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de en-

- fermedades crónicas en Temoaya, México. *Cienc Enfer*, 16(3), 103-09. http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_11.pdf
- Parada, D., Castillo, A., Zapata, K., Morales, I., Fuentes, P., y Flores, D. A. (2019). Autocuidado en usuarios diabéticos, en centros de salud urbanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4).
- Pinilla, A., Sánchez, A., Mejía, A., y Barrera, M. (2011). Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa del primer nivel. *Revista de Salud Pública*, 13(2), 262-273.
- Plan Municipal de Desarrollo Ahome [PMD-AHOME]. (2018). Plan Municipal de Desarrollo de Ahome 2018-2021. <https://www.ahome.gob.mx/wp-content/uploads/2019/04/PMD-Ahome-2018-2021.pdf>
- Rodríguez, F., Días, F., Zuffi, F., Borges, M., Lara, B., y Ferreira, L. (2018). Cuidado de los pies: Conocimiento de los individuos con diabetes *mellitus*. *Enferm. Glob*, 13(35), 41-51. <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/eglobal.13.3.167951/164101/>
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., y Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care: Activities Measure: Results from 7 Studies and a Revised Scale. *Diabetes Care*, 23, 943-950.
- Vázquez, M., y Franco, B. (2017). Estrategia educativa y capacidad de autocuidado de la persona con diabetes *mellitus*. *Jóvenes en la Ciencia*, 2(1), 155-158. <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1020/659>
- Villalobos, A., Rojas Martínez, R., Aguilar Salinas, C. A., Romero Martínez, M., Mendoza Alvarado, L. R., Flores Luna, M. D. L., Escamilla, A., y Ávila Burgos, L. (2019). Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. *Salud Pública de México*, 61(6), 876-887. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10546/11820>

Capítulo 6. Prácticas de alimentación, disposiciones de cuidado y estado nutricional del lactante

JORGE LUIS GARCÍA SARMIENTO¹

ROSARIO EDITH ORTIZ FÉLIX²

PATRICIA ENEDINA MIRANDA FÉLIX³

VELIA MARGARITA CÁRDENAS VILLARREAL⁴

Resumen

Introducción: Los lactantes (0 a 23 meses) son un grupo importante en la prevención de Sobrepeso (SP) y Obesidad (PB), ya que los mecanismos de regulación del balance de energía y los patrones de comportamiento duraderos se establecen durante este tiempo. Además del entorno, especialmente las relaciones entre adultos y lactantes tienen un papel esencial en la formación del comportamiento cognitivo, emocional, físico y social del lactante. *Objetivos:* Comparar las Prácticas de alimentación (PA) por Disposiciones de Cuidado del Lactante (DCL) y asociar las características sociodemográficas y clínicas del cuidador con el Estado Nutricional (EN) del lactante. *Métodos:* El diseño de estudio fue descriptivo correlacional. La muestra final estuvo conformada por 220 diadas. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y fue realizado en dos instituciones de salud, además de una guardería infantil de la ciudad de Los Mochis, Sinaloa. Para medir las variables se aplicaron una cédula de datos, cuestionario de disposiciones del cuidado del lactante y recordatorio de alimentación de

¹ Estudiante de doctorado en Ciencias Químico-Biológicas y de la Salud. Universidad de Sonora, Hermosillo, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6650-1762>.

² Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5827-3218>

³ Doctora de Ciencias en Enfermería. Profesora investigadora. Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7076-0991>

⁴ Doctora de Ciencias en Enfermería. Profesora de tiempo completo. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9315-3193>

24 horas, además se obtuvieron el peso y la talla del cuidador y del lactante. *Resultados:* El 19.09% de los lactantes y el 69.54% de los cuidadores presentaron una prevalencia combinada de SP/OB. El 93.63%, 95.59% y 59.09% de los lactantes presentaron tipo, cantidad y frecuencia de alimentación inadecuada respectivamente. Existe diferencia significativa en las PA por DCL ($p = .001$). Se encontró que cuando aumenta la edad del cuidador disminuye la puntuación Z peso/edad en el lactante ($\beta = .025$; $p = .013$); asimismo, la puntuación fue menor para aquellos que nacieron por parto natural ($\beta = .001$; $p = .001$). *Conclusiones:* Se concluye que las PA, las DCL y las características sociodemográficas y clínicas del cuidador se constituyen como factores de riesgo del entorno de cuidado del lactante que pueden repercutir en su estado de salud.

Palabras clave: cuidado del lactante, nutrición del lactante, sobrepeso, obesidad.

Introducción

Los lactantes (0 a 23 meses) son un grupo importante en la prevención de sobrepeso (SP) y obesidad (OB), ya que los mecanismos de regulación del balance de energía y los patrones de comportamiento duraderos se establecen durante este tiempo. Además del entorno, las relaciones entre adultos y niños tienen un papel esencial en la formación del comportamiento cognitivo, emocional, físico y social del lactante (McGinnity *et al.*, 2015; Reidy y Squatrito, 2017).

Se ha demostrado que un aumento de peso corporal y de adiposidad durante este periodo, lo cual puede ser resultado de una alimentación inadecuada, aumenta el riesgo de desarrollar estados crónicos a corto y largo plazo como cardiopatías, resistencia a la insulina (que con frecuencia es un signo temprano de diabetes), trastornos osteomusculares, algunos tipos de cáncer como endometrio, de mama y colon, además de discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La madre ha sido considerada el cuidado principal del lactante, sin embargo, derivado de las exigencias del mundo actual y del progreso en la equidad de género que experimenta la sociedad hoy en día, las mujeres en

todo el mundo persiguen carreras a tiempo completo. El papel tradicional de la madre (quien representa el cuidador principal) está cambiando, lo cual ha provocado que el efecto protector del cuidado proporcionado por la madre se pierda y a su vez ha producido un aumento correspondiente en el uso de cuidado otorgado por otras personas. A medida que los niños pasan menos tiempo bajo el cuidado de sus madres, los cuidadores comienzan a tener una gran influencia en los hábitos de los niños, especialmente en su dieta y actividad física (Gubbels y Raaijmakers, 2014; Maher *et al.*, 2008) both at childcare and at home. Dietary intake during two weekdays was recorded using an observation format applied by childcare staff for intake at childcare, and partially pre-coded dietary journals filled out by parents for intake at home. Children's intake of energy, macronutrients and energy balance-related food groups (fruit, vegetables, sweet snacks, savoury snacks. Con este antecedente surge el término Disposiciones de Cuidado del Lactante (DCL).

Las DCL se definen como los tipos de acuerdos de cuidado en el que vive un lactante, ya sea cuidado supervisado o cuidado personal hasta los 24 meses (Capizzano *et al.*, 2000). Estos se clasifican en parental, formal e informal. El cuidado parental se refiere al cuidado otorgado exclusivamente por los padres en conjunto o de manera particular, por lo que puede ser cuidado parental materno y parental paterno. El cuidado formal abarca el cuidado supervisado del niño basado en el centro (guardería o estancia infantil). El cuidado informal se clasifica a su vez en (1) cuidado relativo, el cual es llevado en la casa donde el niño habita y (2) cuidado no relativo que se otorga fuera de casa. Ambos cuidados son otorgados por una persona distinta a los padres, ya sea amigo, vecino, abuelo, niñera o cuidadora no profesional. Además, las DCL abarcan tanto la intensidad del cuidado, que se refiere al número de horas que permanece el niño en el cuidado mientras la madre o el padre trabajan o estudian, así como a la edad de inicio del cuidado (Alberdi *et al.*, 2016; McNeil, 2000; Pearce *et al.*, 2010).

Se estima que alrededor de un tercio de los niños menores de 3 años que viven en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), entre los que se incluye México, se encuentran actualmente en algún tipo de cuidado infantil (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2017). En relación con el alto porcentaje

de niños que acuden al cuidado infantil y al problema de SP/OB que comienza a aparecer a esta edad, algunos estudios han abordado esta relación, encontrando asociaciones entre el uso de cuidado infantil temprano y un mayor riesgo de sp/ob (Benjamin Neelon *et al.*, 2015; Geoffroy *et al.*, 2013; Gubbels y Raaijmakers, 2014; McDonnell y Doyle, 2019). Sin embargo, existen inconsistencias en la literatura, ya que algunos estudios han mencionado también que no existe asociación entre el cuidado del niño y su EN (Rapp *et al.*, 2005).

Un tipo de cuidado que recientemente inicia a ser estudiado es el cuidado otorgado por el padre, ya que anteriormente sólo se abordaba a la madre como referencia para evaluar el cuidado formal e informal. Sin embargo, los padres se consideran un factor de riesgo importante para el desarrollo de OB durante la infancia, pues los hábitos alimenticios poco saludables observados en ellos afectan la ingesta dietética de sus hijos y conducen a la OB infantil (Miyakoshi *et al.*, 2018).

Por otro lado, se ha señalado que las características del cuidador pueden tener efecto sobre el EN del lactante. Pearce *et al.* (2010) señalan que el mayor riesgo de SP en el cuidado informal se limitó a aquellos niños cuya madre tenía antecedentes profesionales, contaban con un título profesional o era madre soltera. Por lo anterior, es importante explorar características sociodemográficas y clínicas del cuidador y su potencial efecto sobre el EN del lactante.

Un aspecto importante a evaluar dentro del ambiente de cuidado del lactante, además de las características del cuidador, son las prácticas de alimentación (PA), las cuales se definen como las acciones que ejercen la madre, el padre o cuidador sobre el tipo, cantidad y frecuencia de los alimentos para dar respuesta a las señales de hambre y saciedad percibidas en el lactante (Ortiz-Félix *et al.*, 2016). Las PA son muy variadas y están determinadas por diferentes contextos ambientales, culturales y económicos. Se ha descrito que existen factores de antecedentes culturales, incluidas las ideas médicas, religiosas y sexuales, que influyen en las creencias sobre las prácticas óptimas de alimentación (Fildes, 1995; Yovsi y Keller, 2003).

Se sabe que los niños que asisten al cuidado formal son amamantados durante periodos más cortos, esto aumenta el riesgo de SP/OB, asimismo, se ha informado también del efecto protector que tiene la lactancia mater-

na (LM) contra el SP/OB. Por otro lado, la mayoría de los estudios revisados no tuvieron en cuenta la introducción temprana de alimentos sólidos, lo que puede explicar algunos de los efectos adversos del cuidado (Benjamin *et al.*, 2009; Flores y Lin, 2013; Gubbels y Raaijmakers, 2014; Tanskanen, 2013).

La evidencia señala que relacionado con las PA sólo se han evaluado aspectos de LM e introducción de sólidos y su asociación con el EN del lactante, lo que resulta en la necesidad de evaluar aspectos más profundos de las PA como tipo, cantidad y frecuencia en los distintos tipos de cuidado, ya que se ha señalado a ésta como una variable de efecto sobre el estado de SP/OB a esta edad (Alberdi *et al.*, 2016).

La literatura al respecto ha sido generada en entornos de atención informal. Se justifica una mayor exploración de los aspectos obesogénicos de la atención informal y el potencial del cuidado formal como un objetivo para la prevención de la OB, incluida la recopilación de datos sobre comportamientos de balance de energía en ambos entornos. A nivel mundial y particularmente en México, hasta el momento no existe evidencia que analice las DCL y las PA de forma conjunta. Esto proporcionará evidencia para corroborar los hallazgos y hacer recomendaciones para modificar las regulaciones y políticas del cuidado del lactante dirigidas a reducir la OB (Black *et al.*, 2017; Geoffroy *et al.*, 2013)

Además, los hallazgos permitirán que el personal de enfermería aplique los nuevos conocimientos a la práctica en el contexto de su ejercicio profesional, ya sea en el área asistencial al llevar a cabo promoción para la salud en padres y proveedores del cuidado infantil, o bien al instaurar pautas de ingesta dietética y niveles apropiados de actividad física en los centros de cuidado. Para los profesionales de enfermería es un reto y una nueva función prevenir problemas nutricionales en los lactantes. A la luz de los nuevos hallazgos en esta temática, se pueden generar y gestionar políticas incluyentes con el objetivo de evitar posibles resultados adversos asociados con la elección del cuidado infantil por parte de los padres.

Por lo anterior se plantea este estudio, cuyo objetivo es comparar las PA por DCL y asociar las características sociodemográficas y clínicas del cuidador con el EN del lactante.

Material y métodos

El presente estudio se basó en un diseño cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 3 026 diadas madre, padre o cuidador y lactante que acudieron a control con la Enfermera Especialista en Medicina de Familia en una unidad de Medicina Familiar y una guardería, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social, además de un Centro de Salud Urbano de la Secretaría de Salud, todos del sector público en los Mochis, Sinaloa, México. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La muestra se calculó con el paquete nQuery Advisor versión 4, con un nivel de significancia de 0.05, con coeficiente de determinación de 0.08 y potencia de 0.90. El resultado fue un tamaño de muestra de 220 diadas.

Se incluyeron lactantes de 6 a 24 meses, así como madre, padre o cuidador que permanecía al cuidado del lactante al momento de la aplicación. Fueron excluidos lactantes con enfermedades que pudieran alterar su crecimiento o peso corporal (diabetes tipo 1, cáncer, cardiopatía, hipotiroidismo), intolerancia a la lactosa, labio leporino y paladar hendido referidos por la madre en pregunta filtro. Asimismo, fueron excluidas aquellas madres que presentaron consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, ya que estas sustancias tienen un efecto en el peso y la estatura del lactante (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2017). Se eliminaron aquellas madres que no cumplieron con la totalidad del llenado de los instrumentos de medición.

Instrumentos de medición: Se aplicaron instrumentos de lápiz y papel, además de mediciones antropométricas a la diada (peso y talla). Para la recolección de la información, se utilizó una cédula de datos mediante la cual se recabaron datos sociodemográficos y clínicos de la diada. Para evaluar las DCL (tipo, intensidad y edad de inicio) se creó para el presente estudio un cuestionario de disposiciones de cuidado del lactante con base en la literatura existente (Benjamin Neelon *et al.*, 2015; Benjamin *et al.*, 2009; Geoffroy *et al.*, 2013; Gubbels y Raaijmakers, 2014; Maher *et al.*, 2008; Pearce *et al.*, 2010; Tanskanen, 2013).

Para medir el tipo de cuidado se emplearon las preguntas ¿alguien le ayuda a cuidar a su hijo?, ¿quién?, y ¿el cuidado de su hijo se lleva a cabo en su propia casa o en otro lugar?, con opciones de respuesta dicotómicas y opción múltiple.

Los cuidados se clasificaron de la siguiente manera: se clasificó como formal aquel cuidado supervisado del niño basado en el centro (guardería o estancia infantil). Se incluyó en el cuidado informal a aquellas personas distintas a los padres y al cuidador formal, es decir, abuelos, amigos, vecinos, tíos y niñeras no profesionales. El cuidado informal se clasificó a su vez en (1) cuidado relativo, el cual es llevado en la casa donde el niño habita y (2) cuidado no relativo, el cual es otorgado fuera de casa. Se clasificó como parental el cuidado otorgado exclusivamente por los padres. Éste pudo ser cuidado parental materno o paterno, es decir, cuando el cuidado fue otorgado de forma particular por alguno de los padres en la ausencia del otro. Asimismo, fueron clasificados como cuidado parental aquellos tipos de cuidado formal e informal que duraron menos de 10 horas a la semana, ya que estos periodos más cortos de cuidado probablemente no afectaron las PA y la actividad física en un grado que influya sobre el EN del lactante, asimismo, si el niño tuvo más de dos cuidados fue categorizado dentro del cuidado en el que pasó mayor tiempo (Maher *et al.*, 2008).

Para medir la intensidad del cuidado se empleó la pregunta: ¿Cuántas horas permanece su hijo bajo este cuidado a la semana?, con opción de respuesta continua. Se clasificó como medio tiempo el cuidado con una duración de 10-30 horas por semana, y como tiempo completo al cuidado con una duración > 30 horas por semana. En cuanto a la edad de inicio del cuidado, ésta fue medida a través de la pregunta ¿a qué edad inició su hijo a asistir a este tipo de cuidado?, con opción de respuesta continua (Pearce *et al.*, 2010).

Para medir las PA se empleó el recordatorio de 24 horas, a través de cual se cuestionó al cuidador sobre la alimentación otorgada al lactante el día anterior a la aplicación del instrumento. Para obtener el tipo de alimentación que consume el lactante, se solicitó información respecto a los alimentos, preparaciones y colaciones que consumió el lactante. Estas pudieron ser a base de Leche Materna (LM), Leche de Fórmula (LF), Alimentación Complementaria (AC), combinación de LM, LF y AC, combinación

de LM y LF y, por último, combinación de LF y AC. La cantidad de la alimentación en Kilocalorías (Kcal) se contabilizó mediante el programa Nutrikal Vo. Se tomaron como referencia los parámetros de la OMS, en los que lo adecuado son 600 Kcal para lactantes de 6 a 8 meses, 700 Kcal de 9 a 11 meses y 950 kcal de 12 a 24 meses. La frecuencia de alimentación se evaluó de acuerdo con las directrices para la alimentación en niños de 12 a 24 meses de la OMS, en las cuales se señala que la frecuencia adecuada de LM es a libre demanda, de AC es de 2 a 3 comidas al día para lactantes de 6 a 8 meses, y de 3 a 4 comidas para aquellos de 9 a 24 meses con 1 o 2 refrigerios adicionales, si fuera necesario en todas las edades. Asimismo, para los lactantes que no consumen LM, el mínimo de comidas recomendado es cuatro. Para interpretar las respuestas del tipo, cantidad y frecuencia de alimentación se utilizaron los indicadores para las PA de los lactantes propuestos por la OMS: (1) lactancia materna continua, (2) inicio de alimentos complementarios y (3) frecuencia de comidas (Organización Mundial de la Salud, 2009, 2010) 2009, 2010.

Datos antropométricos

Para la obtención del peso y talla de la diada se entrenaron profesionales de enfermería. El entretenimiento consistió en la revisión del manual de uso de los equipos y las medidas de seguridad a llevar a cabo para la obtención de las mediciones. El peso del lactante fue obtenido mediante el uso de báscula seca 354 con capacidad de 200 kg, y para la obtención de talla se empleó estadímetro seca 233. Posteriormente, se calcularon los indicadores antropométricos y se obtuvo el EN de los lactantes mediante el programa WHO Anthro versión 3.2 de la OMS. Se clasificó como: bajo peso con una puntuación -2 , peso normal de $-1+1$, SP $+1+2$ y OB mayor de $+2$. En la madre, padre o cuidador, la medición del peso fue realizada por la misma báscula y la obtención de talla se llevó a cabo con un estadímetro portátil marca seca modelo 213. Posteriormente, se calculó el IMC mediante la calculadora del sitio Web del CDC, y se clasificó el resultado como: bajo peso < 18.5 ; peso normal > 18.5 a 24.9 ; SP > 25 a 29.9 , y OB > 30 (Cen-

tros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2020; Organización Mundial de la Salud, 2017).

Procedimiento de recolección de la información

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Comité de Ética de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa (CEI-000-31) y se apegó a los principios básicos del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud (*Diario Oficial de la Federación*, 2014).

Se identificaron guarderías, estancias infantiles y unidades de salud para solicitar la autorización de realización del estudio. Sólo una guardería del sector público accedió a participar en conjunto con las cuidadoras, también, dos unidades de salud del mismo sector accedieron.

Una vez obtenida la autorización, se procedió a abordar a los padres al inicio o término del horario de asistencia al cuidado formal, para explicar los objetivos del estudio, y se aplicaron una serie de preguntas filtro para identificar los criterios de inclusión y de exclusión, además de asegurar que el lactante permanecía por lo menos diez horas en la guardería.

A las diadas que cumplieron los criterios se les invitó a través de los padres a participar en el estudio, aquellos que accedieron se les explicó, de manera detallada, el consentimiento informado y previa confirmación de su comprensión, y se solicitó la firma de autorización.

Para la obtención de medidas antropométricas en la guardería, se invitó a las cuidadoras a pasar al área de mediciones, la cual fue acondicionada con los equipos una vez que se recibió la autorización por parte de los directivos de la guardería para la realización de los procedimientos. Posteriormente se llevó a cabo la obtención de medidas antropométricas en los lactantes. De forma similar se realizaron los procedimientos para la obtención de los datos del cuidado parental materno, paterno e informal en las unidades de salud que accedieron a la participación en el estudio. Las diadas fueron abordadas de forma previa o posterior a la consulta. Si la diada no se encontraba acompañada, se ofrecía apoyo para el cuidado del hijo mientras se realizaban los procedimientos.

Análisis de los datos

Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25 para Windows. Para analizar la distribución de las variables se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov. Asimismo, se empleó estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos.

Para describir las características sociodemográficas del cuidador e identificar las características del lactante, se empleó estadística descriptiva a través de medias y desviaciones estándar para variables continuas y frecuencias, y porcentajes para variables categóricas. Para dar respuesta al objetivo “comparar las PA por DCL”, se empleó el estadístico de Kruskal-Wallis. Para asociar las características sociodemográficas y clínicas del cuidador con el EN del lactante, se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple.

Resultados

Participaron 220 diadas (madre, padre o cuidador-lactante). El 77.3% de los cuidadores fueron de sexo femenino, y el 22.7, de sexo masculino. El 86.36% tenía pareja y el 13.63% refirieron ser solteros. Asimismo, el 61.82% contaba con empleo, el 35.54% se dedicaba al hogar, y el 2.73% eran estudiantes. La prevalencia combinada de SP/OB entre los cuidadores fue de 69.54%. La tabla 1 muestra los resultados.

TABLA 1. *Características sociodemográficas y clínicas del cuidador*

Variable	M	DE	Valores	
			Min.	Máx.
Edad	35.37	12.70	16	71
Ingreso	7 445.00	6 003.00	700	45000
Escolaridad (años)	11.97	3.29	1	16
Peso	75.73	17.19	43.00	132.00
Talla	1.64	.09	1.50	1.93
IMC	28.15	5.43	17.40	45.70

NOTA: $n = 220$; M: Media; DE: Desviación estándar; Min.: Mínimo; Máx.: Máximo.

De acuerdo con las características sociodemográficas y clínicas del lactante, se encontró que, del total de la muestra, el 53.2% eran de sexo masculino y el 46.8% de sexo eran femenino.

Al llevar a cabo la evaluación del EN, según indicadores antropométricos de la OMS (2009), considerando el promedio de las puntuaciones *Z*, se encontró que todos los promedios de las puntuaciones *Z* resultaron adecuados para la edad, sin embargo, al evaluar el EN del lactante, se encontró una prevalencia combinada de SP/OB de 19.09%. La tabla 2 muestra los resultados.

TABLA 2. *Características clínicas del lactante*

Variable	M	DE	Valores	
			Mín.	Máx.
Edad (meses)	13.83	5.60	6	24
Peso	10.35	2.19	6	18
Talla	76.28	7.29	57	92
Puntajes <i>Z</i>				
Peso/longitud	.70	1.52	-4.27	5.64
Peso/edad	.32	1.32	-3.11	3.82
Longitud/edad	-.28	1.68	-5.50	5.96
IMC/edad	.71	1.62	-4.88	5.96

NOTA: *n* = 220; peso expresado en kilogramos y talla en centímetros; IMC: Índice de Masa Corporal; M: Media; DE: Desviación Estándar; Mín.: Mínimo; Máx.: Máximo.

Disposiciones de cuidado del lactante

En cuanto a las DCL, de las 220 diadas, el 27.3% pertenecían al cuidado parental materno; el 22.7%, al cuidado parental paterno; el 24.5%, al cuidado formal, y el 25.5%, al cuidado informal. El promedio de la intensidad del cuidado fue de 89.05 horas (*DE* = 56.09), mientras que la media de edad de inicio del cuidado fue de 2.16 meses (*DE* = 3.13). Al realizar la categorización de la intensidad y edad de inicio del cuidado, se encontró que el 90% de los lactantes tenían una intensidad alta de cuidado, es decir, mayor de 30 horas por semana, mientras que sólo el 10% tenía una intensidad menor a este número de horas. Asimismo, el inicio del cuidado antes

de los 12 meses sucedió en el 97.73% de los lactantes y sólo el 2.27% inició después de los 12 meses. Asimismo, dentro del cuidado informal se identificó que el 82.14% es ofrecido por la abuela, y en menor proporción, por una amiga o vecina (1.79%). Además, se encontró que 51.79% de este tipo de cuidado es no relativo, es decir, que es llevado a cabo fuera del hogar del lactante.

Prácticas de alimentación

Tipo de alimentación: Las PA se clasifican en tipo, cantidad y frecuencia. Respecto al tipo de alimentación, se encontró que sólo el 3.85% de los lactantes menores de 12 meses y el 0.86% de los mayores de 12 meses consume una alimentación a base de combinación de LM y CA, la cual es considerada el tipo de alimentación adecuada para los lactantes. La tabla 3 muestra el tipo de alimentación por grupo de edad.

TABLA 3. *Tipo de alimentación por grupo de edad*

<i>Tipo de alimentación</i>	<i>Menores de 12 meses</i>		<i>Mayores de 12 meses</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Lactancia materna exclusiva	1	.96	-	-
Leche de fórmula	7	6.73	2	1.72
Alimentación complementaria	10	9.62	59	50.86
LM, LF y AC	4	3.85	1	.86
LM y LF	1	.96	-	-
LM y AC	9	8.65	5	4.31
LF y AC	72	69.23	49	42.24
Total	104	100.00	116	100.00

NOTA: $n = 220$; LM: leche materna; LF: leche de fórmula; AC: alimentación complementaria; f : frecuencia; % = porcentaje.

Al llevar a cabo la categorización del tipo de alimentación se encontró que, en el grupo de 6 a 12 meses, el 46.12% de los lactantes presentaron un tipo de alimentación inadecuada, mientras que en el grupo de 13 a 24 meses la proporción fue de 53.88%.

Cantidad de alimentación: Se encontró que en promedio el consumo

de kcal fue de 672.22 ($DE = 296.45$) para los lactantes en general. Asimismo, en el grupo de edad de lactantes menores de 12 meses, solamente el .96% presentaron un consumo adecuado de kcal, mientras que en el grupo de mayores de 12 meses el 3.45% presentó un consumo adecuado, lo que indica que de forma general el 4.41% de los lactantes presentaron un consumo de kcal adecuado para la edad, predominando ampliamente la categoría de sobreingesta en ambos grupos (ver tabla 4).

Frecuencia de alimentación: Se encontró que para los lactantes en general la media de frecuencia de alimentación fue de 4.86 comidas ($DE = 2.03$). Asimismo, al llevar a cabo la categorización de la frecuencia de alimentación, se encontró que predominó la categoría inadecuada en ambos grupos de edad. Para el grupo de lactantes menores de 12 meses, la frecuencia de alimentación inadecuada fue de 63.46%, mientras que en el grupo de lactantes mayores de 12 meses fue de 55.17%. La tabla 4 muestra los resultados.

TABLA 4. Cantidad de kilocalorías y frecuencia de alimentación por grupo de edad

	Menores de 12 meses		Mayores de 12 meses	
	f	%	f	%
<i>Cantidad de kilocalorías</i>				
Infraingesta	32	30.77	40	34.48
Normoingesta	1	.96	4	3.45
Sobreingesta	71	68.27	72	62.07
Total	104	100.00	116	100.00
<i>Frecuencia de alimentación</i>				
Adecuada	38	36.54	52	44.83
Inadecuada	66	63.46	64	55.17
Total	104	100.00	116	100.00

Nota: n= 220; f: frecuencia; %: porcentaje.

Prácticas de alimentación con disposiciones de cuidado del lactante: Para dar respuesta al objetivo uno comparar las PA por DCL, se realizó una prueba de Kruskal-Wallis en la que se compararon los tipos de cuidado con las PA. Se encontró que existen diferencias en el tipo, cantidad y frecuencia de alimentación por tipo de cuidado ($p = .001$).

El cuidado parental paterno y formal obtuvieron el mayor rango de tipo de alimentación inadecuada. Asimismo, en cantidad y frecuencia de alimentación, el cuidado formal predominó con el mayor rango en la categoría de inadecuada. Es importante señalar que el cuidado parental materno presentó los rangos más bajos de PA inadecuadas. La tabla 5 muestra los resultados.

TABLA 5. Comparación de las prácticas de alimentación por disposiciones de cuidado

Rangos				Estadísticos de prueba	
Prácticas de alimentación	Tipo de cuidado	n	Rango promedio	H	p
Tipo de alimentación	Parental materno	60	95.50	26.40	.001
	Parental paterno	50	117.50		
	Formal	54	117.50		
	Informal	56	113.57		
	Total	220			
Cantidad de alimentación	Parental materno	60	78.39	55.48	.001
	Parental paterno	50	97.31		
	Formal	54	149.00		
	Informal	56	119.55		
	Total	220			
Frecuencia de alimentación	Parental materno	60	89.50	34.03	.001
	Parental paterno	50	111.50		
	Formal	54	145.31		
	Informal	56	98.54		
	Total	220			

Nota: n = 220; H = H de Kruskal-Wallis; p = significancia.

Características del cuidador con el estado nutricio del lactante: Para dar respuesta al objetivo número dos, para asociar las características sociodemográficas y clínicas del cuidador con el EN del lactante, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple para la variable dependiente puntuación Z peso/edad. Se encontró que la edad del cuidador y el tipo de parto contribuyeron al modelo. Específicamente, se encontró que el puntaje Z peso/

TABLA 6. *Modelo de regresión lineal de las características sociodemográficas y clínicas del cuidador con la puntuación Z peso/edad del lactante*

	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	3.70	11	< .001	40%
<i>Factores</i>	<i>Coefficientes no estandarizados</i>			
	β	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	.463	1.382	.335	.738
Edad (años)	-.025	.010	-2.501	.013
Estado civil (Ref. con pareja)				
Sin pareja	.360	.256	1.407	.161
Ocupación (Ref. hogar)				
Estudiante	-1.492	.936	-1.595	.112
Trabajador	-.435	.914	-.476	.634
Escolaridad (años)	.040	.035	1.168	.244
Horas empleo	.000	.007	-.058	.954
Ingreso económico	-6.466	.000	-3.386	.700
Número de hijos	.001	.000	1.730	.085
Tipo de parto (Ref. Cesárea)				
Parto natural	-.001	.000	-3.911	.001
IMC antes parto	.000	.000	.556	.579
IMC actual	.005	.017	.321	.749

Nota: $n = 220$; $F = F$ -test; $gl =$ grados de libertad; $p =$ significancia; $R^2 = R$ cuadrada; $\beta =$ coeficiente; $EE =$ Error estándar; $t =$ Significancia t-test.

edad disminuye 0.025 por cada aumento de un año en la edad del cuidador, asimismo, la diferencia en la puntuación Z entre aquellos lactantes que nacieron por parto natural y no es 0.001 menor para aquellos que nacieron a través de parto natural. La tabla 6 muestra los resultados.

Discusión

Este estudio tuvo como finalidad comparar las PA por DCL y asociar las características sociodemográficas y clínicas del cuidador con el EN del lac-

tante. Se observó que los lactantes reciben PA diferentes de acuerdo con el tipo de cuidado en el que se encuentren inmersos, además se encontró que las características sociodemográficas y clínicas del cuidador pueden influir en el EN del lactante, por lo que ambos hallazgos se constituyen como factores de riesgo del entorno de cuidado del lactante que pueden repercutir en su estado de salud.

En cuanto a los datos descriptivos, se encontró que la prevalencia combinada de SP/OB en los cuidadores fue de 69.6%, es decir, 4.5 puntos porcentuales menos respecto a la prevalencia nacional en 2020, la cual fue de 74.1% en adultos de 20 años y más. Asimismo, de acuerdo con las características clínicas del lactante, a pesar de que la totalidad de los promedios de las puntuaciones Z resultaron adecuados para la edad, se encontró que cerca de la quinta parte de los lactantes presentan una prevalencia combinada de SP/OB. A nivel internacional, esta cifra es similar a la reportada en un estudio realizado en Estados Unidos, donde el 19% de los lactantes presentaron esta condición ligeramente superior a la cifra reportada en un estudio realizado en China, que fue del 17.5% (Feldman-Winter *et al.*, 2018; Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2021; Sun *et al.*, 2017).

Asimismo, a nivel nacional, la cifra de SP/OB reportada en este estudio es ligeramente superior a la informada por un estudio realizado en el noreste de México, que señala que el 15.10% de los lactantes presentan esta condición, sin embargo, es inferior a la reportada por otro estudio realizado en el noreste y sureste del país, la cual asciende a 25.30%. Actualmente, estos son los únicos estudios que reportan cifras de SP/OB en lactantes, ya que las informadas por organismos nacionales e internacionales engloban a esta población en el grupo de edad de menores de 5 años, lo cual no ha permitido dar cuenta de la magnitud de este problema en etapas más tempranas de la vida (Cárdenas Villarreal *et al.*, 2018; Flores Peña *et al.*, 2017).

Por otro lado, al evaluar el cuidado infantil, se identificó que la intensidad del cuidado en la mayoría de los lactantes fue alta, lo cual ha sido considerado como un factor de riesgo, ya que la asistencia semanal prolongada a algunos tipos de cuidado representa mayor riesgo para la salud del lactante (Vandell *et al.*, 2010).

En cuanto a la edad de inicio del cuidado, los lactantes en el presente

estudio iniciaron a asistir al cuidado en promedio a los 2.16 meses, mientras en que en otros estudios la edad de inicio fue superior, por lo que los lactantes empiezan a recibir la influencia del ambiente del cuidado a más temprana edad respecto a otras poblaciones. Esto ha sido considerado como un factor de riesgo, ya que la edad de inicio del cuidado antes de los seis meses en algunos tipos de cuidado aumenta el riesgo de SP/OB (Benjamin Neelon *et al.*, 2015; Benjamin *et al.*, 2009; Pearce *et al.*, 2010; Tanskanen, 2013).

En cuanto a las PA, se encontró que el porcentaje de los lactantes que consumen un tipo de alimentación adecuada para la edad es bajo, es decir, a base de LM y AC. De forma similar, en el consumo de kcal predominó ampliamente la categoría “inadecuada”, la cual abarcaba sobreingesta e infraingesta de Kcal para la edad, con mayor tendencia a la sobreingesta. Respecto a estos resultados, únicamente la frecuencia de alimentación difirió a lo encontrado en estas dos PA, ya que casi alrededor de la mitad de la muestra presentó una frecuencia de alimentación adecuada, el mismo resultado se observa al tomar en cuenta el promedio de número de comidas por día en los lactantes, el cual se encuentra dentro de los valores recomendados por la OMS (2009).

A nivel nacional, estos resultados coinciden con los reportados por Ortiz-Félix (2015) en un estudio realizado en el noreste del país, en el que el tipo y la cantidad de alimentación en lactantes menores de 12 meses se ubicaron en la categoría de inadecuada, mientras que cerca de la mitad de los lactantes obtuvo un número adecuado de frecuencia de alimentación. A nivel internacional, estos resultados coinciden sólo parcialmente con los reportados en un estudio realizado en Uganda, que evaluó de forma similar las PA en lactantes del mismo grupo de edad (Aber *et al.*, 2018).

El estudio reporta que cerca de la mitad de los lactantes tuvieron un tipo de alimentación adecuada. Asimismo, la mayoría de los lactantes obtuvo una cantidad inadecuada en el consumo de kcal pero con tendencia a la infraingesta, es decir, contrario a lo reportado en el presente estudio. Por otro lado, el promedio de frecuencia de alimentación fue similar entre ambos estudios. A pesar de las similitudes, los resultados no pueden ser comparados a gran escala debido a las diferencias sociodemográficas y clínicas de los lactantes (Aber *et al.*, 2018).

Un hallazgo importante del presente estudio fue que los padres ofrecieron mejor tipo de alimentación que la que es otorgada en el cuidado formal. Otro estudio que ha evidenciado la influencia positiva de los padres en la alimentación infantil ha sido el de Wei *et al.* (2018), en el que los estilos de alimentación que ejercen los padres en sus hijos reflejaron mejores estados nutricios. Sin embargo, a pesar de que en ambos estudios los padres influyen de manera positiva en algunos aspectos de la alimentación de los hijos, no es posible realizar una comparación específica de los resultados, ya que el estudio evaluó los estilos de alimentación, es decir, la forma en que los padres alimentan a los hijos, mientras que el presente estudio evaluó la alimentación en sí.

Por otro lado, en el cuidado formal predominaron totalmente las prácticas inadecuadas de alimentación, es decir, el tipo, la cantidad y la frecuencia de alimentación que se ejercen en los lactantes no se encuentran estandarizadas conforme a las recomendaciones de la OMS para este grupo de edad, por lo que estas PA pueden ser un riesgo para el EN del lactante. Esta relación de riesgo entre el cuidado formal y el EN del lactante ha sido reportada desde hace tiempo por varios estudios y actualmente se realiza investigación al respecto, sin embargo, la literatura ha mostrado inconsistencias, ya que algunos estudios han encontrado asociación, como efecto protector o de riesgo, sin embargo, también se ha descrito que no existe una asociación con el EN del lactante, por lo que es necesario mayor evidencia para concluir al respecto. (Benjamin Neelon *et al.*, 2015; Benjamin *et al.*, 2009; Flores y Lin, 2013; Geoffroy *et al.*, 2013; Gubbels y Raaijmakers, 2014; Pearce *et al.*, 2010).

Por último, dentro del cuidado informal, predominó la práctica de tipo de alimentación inadecuada, en conjunto con el cuidado formal. De la misma forma, el cuidado informal se posicionó detrás del cuidado formal en la sobreingesta de kcal, es decir, presentó un alto porcentaje en la práctica de cantidad de alimentación inadecuada. Estos hallazgos coinciden con otros estudios que señalan que el cuidado informal tuvo mayor prevalencia de hábitos alimenticios inadecuados en los niños (Sata *et al.*, 2015; Watanabe *et al.*, 2011).

Además, se encontró que este tipo de cuidado es otorgado mayormente por los abuelos en forma no relativa, es decir, el cuidado es otorgado

fuera de la casa donde habita el lactante. Otro resultado relacionado ha sido el de Benjamin *et al.* (2009), quienes señalan que el cuidado informal no relativo se relaciona con mayores probabilidades de SP/OB en niños menores de 3 años. Esto se puede deber a que probablemente al encontrarse fuera de la presencia de los padres, la abuela podría tener mayor libertad para llevar a cabo PA basadas en su experiencia que, como ya se mencionó, resultan inadecuadas llegando a constituirse como un factor de riesgo para la salud del lactante.

Respecto al objetivo número dos, se encontró que las características sociodemográficas y clínicas del cuidador que influyen sobre el EN del lactante son la edad y el tipo de parto. Algunas otras características han sido reportadas en la literatura. Pearce *et al.* (2010) encontraron que los antecedentes profesionales, contar con un título universitario o ser madre soltera se asociaron con un mayor riesgo de SP en el lactante. Por lo anterior, es necesario determinar las características del cuidador que pueden influir sobre el EN del lactante, ya que se ha señalado que en el ambiente de cuidado, las relaciones entre adultos y lactantes influyen en la formación del comportamiento cognitivo, emocional, físico y social del lactante (McGinnity *et al.*, 2015).

Finalmente, algunas de las limitaciones del presente estudio son que el recordatorio de 24 horas para evaluar las PA no representa, en buena medida, la alimentación general del lactante. Asimismo, es la primera vez que se utiliza el cuestionario de disposiciones del cuidado para evaluar el ambiente de cuidado del lactante.

Conclusiones

A través de la realización del presente estudio, se pudo evidenciar que las PA varían en relación con el tipo de cuidado que recibe el lactante antes de los 2 años. Asimismo, se comprobó que las PA que ejerce la madre sobre su hijo son más adecuadas que las que son llevadas a cabo en otros tipos de cuidado, incluso, en el cuidado formal. Además, se comprobó que los padres ejercen PA parcialmente adecuadas al igual que el cuidado informal,

mientras que el cuidado formal basado en la guardería resultó con PA inadecuadas.

Otro de los hallazgos es la asociación que existe entre las características sociodemográficas y clínicas del cuidador y el EN del lactante, las cuales, además, pueden ejercer influencia sobre las PA, por lo que se requiere mayor exploración de este aspecto.

Por último, es necesario realizar intervenciones destinadas a mejorar las PA en todos los ambientes de cuidado del lactante. De manera particular, resulta apremiante adecuar las PA en el cuidado formal, de tal manera que se encuentren estandarizadas con las recomendaciones de la OMS para este grupo de edad.

Se recomienda en futuros estudios abordar a población de nivel socioeconómico alto y bajo para verificar si hay variaciones en los resultados. Además, se recomienda incluir otras variables como variedad en la alimentación y características de la alimentación, como el momento de la introducción de leche de fórmula y bebidas azucaradas, la edad de inicio de la AC, además de la duración de la lactancia materna, ya que han sido señaladas como variables de efecto en el EN del lactante. Se recomienda también llevar a cabo la evaluación de las PA a través de un recordatorio de tres días, ya que ha sido señalado como más representativo de la alimentación habitual del lactante.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), el cual a través de la Beca Nacional de Posgrados otorgada (PNPC: 005560), contribuyó en parte en la obtención del grado de Maestro en Ciencias en Enfermería.

A las autoridades de las instituciones donde se llevó a cabo el estudio por las facilidades otorgadas para el desarrollo de las actividades y las atenciones recibidas.

Bibliografía

- Aber, H., Kisakye, A. N., y Babirye, J. N. (2018). Adherence to Complementary Feeding Guidelines Among Caregivers of Children Aged 6-23 Months in Lamwo District, Rural Uganda. *Pan African Medical Journal*, 31. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.31.17.14955>
- Alberdi, G., McNamara, A. E., Lindsay, K. L., Scully, H. A., Horan, M. H., Gibney, E. R., y McAuliffe, F. M. (2016). The Association Between Childcare and Risk of Childhood Overweight and Obesity in Children Aged 5 Years and Under: A Systematic Review. *European Journal of Pediatrics*, 175(10), 1277-1294. <https://doi.org/10.1007/s00431-016-2768-9>
- Benjamin, S. E., Rifas-Shiman, S. L., Taveras, E. M., Haines, J., Finkelstein, J., Kleinman, K., y Gillman, M. W. (2009). Early Child Care and Adiposity at Ages 1 and 3 Years. *Pediatrics*, 124(2), 555-562. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2857>
- Benjamin Neelon, S. E., Schou Andersen, C., Schmidt Morgen, C., Kamper-Jørgensen, M., Oken, E., Gillman, M. W., y Sørensen, T. I. A. (2015). Early Child Care and Obesity at 12 Months of Age in the Danish National Birth Cohort. *International Journal of Obesity*, 39(1), 33-38. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.173>
- Black, L., Matvienko-Sikar, K., y Kearney, P. M. (2017). The Association Between Childcare Arrangements and Risk of Overweight and Obesity in Childhood: A Systematic Review. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 18(10), 1170-1190. <https://doi.org/10.1111/obr.12575>
- Capizzano, J., Tout, K., y Adams, G. (2000). *Child Care Patterns of School-Age Children with Employed Mothers. Assessing the New Federalism* (Ocasional Paper Number 41). Washington DC: The Urban Institute. <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/62441/310283-Child-Care-Patterns-of-School-Age-Children-with-Employed-Mothers.PDF>
- Cárdenas Villarreal, V. M., Ortiz Félix, R. E., Cortés Castell, E., Miranda Félix, P. E., Guevara Valtier, M. C., Rizo Baeza, M. M., Cárdenas Villarreal, V. M., Ortiz Félix, R. E., Cortés Castell, E., Miranda Félix, P. E., Guevara Valtier, M. C., y Rizo Baeza, M. M. (2018). Características maternas e infantiles asociadas a obe-

- sidad en lactantes menores de un año de edad del norte de México. *Nutrición Hospitalaria*, 35(5), 1024-1032. <https://doi.org/10.20960/nh.1720>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2017). *Consumo de alcohol durante el embarazo*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/alcohol-use.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020). *Calculadora del IMC para adultos: Sistema métrico*. https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/metric_bmi_calculator/bmi_calculator.html
- Diario Oficial de la Federación. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Feldman-Winter, L., Burnham, L., Grossman, X., Matlak, S., Chen, N., y Merewood, A. (2018). Weight Gain in the First Week of Life Predicts Overweight at 2 Years: A Prospective Cohort Study. *Maternal & Child Nutrition*, 14(1), e12472. <https://doi.org/10.1111/mcn.12472>
- Fildes, V. (1995). The Culture and Biology of Breastfeeding: An Historical Review of Western Europe. *Breastfeeding*. Routledge.
- Flores, G., y Lin, H. (2013). Factors Predicting Severe Childhood Obesity in Kindergarteners. *International Journal of Obesity*, 37(1), 31-39. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.168>
- 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://doi.org/10.20960/nh.975>
- Geoffroy, M. C., Power, C., Touchette, E., Dubois, L., Boivin, M., Séguin, J. R., Tremblay, R. E., y Côté, S. M. (2013). Childcare and Overweight or Obesity over 10 Years of Follow-Up. *The Journal of Pediatrics*, 162(4), 753-758.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.09.026>
- Gubbels, J. S., Raaijmakers, L. G. M., Gerards, S., y Kremers, S. (2014). *Dietary Intake by Dutch 1-to 3-Year-Old Children at Childcare and at Home*, 6(1), 304-138. <https://doi.org/10.3390/nu6010304>
- Instituto Nacional de Salud Pública de México (2021). *Encuesta Nacional de Sa-*

- lud y Nutrición 2020 sobre COVID-19*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>
- Maher, E. J., Li, G., Carter, L., y Johnson, D. B. (2008). Preschool Child Care Participation and Obesity at the Start of Kindergarten. *Pediatrics*, 122(2), 322–330. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2233>
- McDonnell, T., y Doyle, O. (2019). Maternal Employment and Childcare During Infancy and Childhood Overweight. *Social Science & Medicine*, 243, 112639. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112639>
- McGinnity, F., Russell, H., Murray, A. (2015). *Growing up in Ireland, National Longitudinal Study of Children: Non-Parental Childcare and Child Cognitive Outcomes at Age 5*. Dublin: The Stationery Office. <http://www.esri.ie/pubs/BKMNEXT300.pdf>
- McNeil, L. (2000). Childcare and Experiential Knowledge: Expanding Definitions of Childcare. *Dissertations*. <https://scholarworks.wmich.edu/dissertations/1470>
- Miyakoshi, C., Yamamoto, Y., Mishina, H., Shirai, C., Morioka, I., & Fukuhara, S. (2018). Childcare Environment and Japanese Children Who Are Overweight in Early Childhood. *Childhood Obesity*, 14(3), 197-206. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0199>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Sobrepeso y obesidad infantil*. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Datos y cifras sobre obesidad infantil. Comisión para acabar con la obesidad infantil*. <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2017). *Mejorar la educación y la atención de la primera infancia para ayudar a más niños a*

- lograr un buen arranque en la vida y a fomentar la movilidad social, dice la OCDE.* <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/mejorar-la-educacion-y-la-atencion-de-la-primera-infancia-para-ayudar-a-mas-nios-a-lograr-un-buen-arranque-en-la-vida-y-a-fomentar-la-movilidad-social-dice-la-ocde.htm>
- Ortiz-Félix, R. E., Cárdenas Villarreal, V. M., y Flores-Peña, Y. (2016). Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: Teoría del rango medio. *Index de Enfermería*, 25(3), 166-170.
- Pearce, A., Li, L., Abbas, J., Ferguson, B., Graham, H., y Law, C. (2010). Is Childcare Associated with the Risk of Overweight and Obesity in the Early Years? Findings from the UK Millennium Cohort Study. *International Journal of Obesity*, 34(7), 1160-1168. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.15>
- Rapp, K., Schick, K., Bode, H., y Weiland, S. (2005). Type of Kindergarten and Other Potential Determinants of Overweight in Pre-School Children. *Public Health Nutrition*, 8(6), 642-649. <https://doi.org/10.1079/phn2005722>
- Reidy, K. C., y Squatrito, C. (2017). Chapter 20-Programming Long-Term Health: Nutrition and Diet in Toddlers. En J. M. Saavedra y A. M. Dattilo (Eds.), *Early Nutrition and Long-Term Health* (pp. 537-560). Woodhead Publishing. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-100168-4.00020-3>
- Sata, M., Yamagishi, K., Sairenchi, T., Ikeda, A., Irie, F., Watanabe, H., Iso, H., y Ota, H. (2015). Impact of Caregiver Type for 3-Year-Old Children on Subsequent Between-Meal Eating Habits and Being Overweight from Childhood to Adulthood: A 20-Year Follow-up of the Ibaraki Children's Cohort (IBACHIL) Study. *Journal of Epidemiology*, 25(9), 600-607. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20140078>
- Sun, J., Nwaru, B. I., Hua, J., Li, X., y Wu, Z. (2017). Infant BMI Peak as a Predictor of Overweight and Obesity at Age 2 Years in a Chinese Community-Based Cohort. *BMJ Open*, 7(10), e015122. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015122>
- Tanskanen, A. O. (2013). The Association between Grandmaternal Investment and Early Years Overweight in the UK. *Evolutionary Psychology*, 11(2), 147470491301100. <https://doi.org/10.1177/147470491301100212>
- Vandell, D. L., Belsky, J., Burchinal, M., Steinberg, L., Vandergrift, N., y NICHD Early Child Care Research Network. (2010). Do Effects of Early Child Care Extend to Age 15 Years? Results from the NICHD Study of Early Child Care

- and Youth Development. *Child Development*, 81(3), 737-756. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01431.x>
- Watanabe, E., Lee, J. S., y Kawakubo, K. (2011). Associations of Maternal Employment and Three-Generation Families with Pre-School Children's Overweight and Obesity in Japan. *International Journal of Obesity*, 35(7), 945-952. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.82>
- Wei, X., Ma, Y., Hu, J., Lin, W., Zhao, Z., y Wen, D. (2018). Predicting Weight Status in Chinese Pre-School Children: Independent and Interactive Effects of Caregiver Types and Feeding Styles. *Public Health Nutrition*, 21(6), 1123-1130. <https://doi.org/10.1017/S1368980017003603>
- Yovsi, R. D., y Keller, H. (2003). Breastfeeding: An Adaptive Process. *Ethos*, 31(2), 147-171.

Capítulo 7. Seguridad alimentaria y nutricional de comunidades indígenas en tiempos de pandemia por COVID-19. Revisión teórica

GUADALUPE ADRIANA MIRANDA COTA¹

FÉLIX GERARDO BUICHIA SOMBRA²

Resumen

La seguridad alimentaria y la nutrición están estrechamente interrelacionadas. Por una parte, la seguridad alimentaria se refiere a la disponibilidad física, social y económica a los alimentos de calidad, cantidad e inocuidad que son suficientes para llevar una vida sana y activa. Cuando esta se ve comprometida —es decir, que existe inseguridad alimentaria—, puede dar lugar a diferentes manifestaciones de malnutrición, debido al tipo de alimentación que consumen las personas, en las cuales la calidad de sus dietas es inadecuada, lo que puede afectar y conducir a desnutrición, sobrepeso u obesidad. La vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria está determinada por aquellos factores que colocan a las personas en riesgo a ello. En este sentido, algunos grupos poblacionales como las comunidades indígenas sufren carencia alimentaria de calidad y sus prácticas llegan a expresarse en hambre, malnutrición y con ello, en enfermedades crónicas como diabetes y obesidad, que son los problemas actuales de salud pública recrudecidos en poblaciones con dificultades para acceder a los servicios de atención a la salud. Además, la notable desigualdad en cuanto a la distribución del ingreso provoca un crecimiento en la vulnerabilidad de estas personas con menor poder adquisitivo para padecer de inseguridad alimentaria, por lo que una buena parte del deterioro de vida y el crecimen-

¹ Maestra en Ciencias en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4322-2215>

² Maestro en Ciencias en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1256-1828>

to de la pobreza alimentaria está relacionada con los factores sociales, culturales y económicos. Aunado a esto, durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2, que ocasiona la enfermedad COVID-19, la alimentación en los hogares mexicanos se ha visto vulnerada. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue exponer lo que muestra la literatura sobre la seguridad alimentaria y el estado nutricional de las comunidades indígenas, a través de una revisión bibliográfica.

Introducción

La alimentación es una de las necesidades y de los derechos **más** apremiantes de las personas, ya que todas merecen tener acceso —de manera regular, permanente y libre— a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a que pertenece, pero, sobre todo, que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], 2021). En este sentido, se determinó que la seguridad alimentaria (SA) se consigue cuando las personas, en todo momento, tienen acceso físico, social y económico a suficientes alimentos, seguros y nutritivos, capaces de satisfacer los requerimientos energéticos diarios para llevar una vida activa y sana (FAO, 2020).

La SA y la nutrición están estrechamente interrelacionadas, ya que, en caso de existir inseguridad alimentaria, esta puede dar lugar a diferentes manifestaciones de malnutrición, debido al tipo de alimentación que consumen las personas (es decir, la calidad de sus dietas), lo que puede afectar y conducir a desnutrición, sobrepeso u obesidad (Cortázar *et al.*, 2020). En este sentido, algunos grupos vulnerados —como las comunidades indígenas— sufren carencia alimentaria de calidad y sus prácticas alimentarias llegan a expresarse en hambre, malnutrición y enfermedades crónicas como diabetes y obesidad, problemas actuales de salud pública recrudecidos en poblaciones con dificultades para acceder a los servicios de atención a la salud.

La creciente pobreza en las comunidades indígenas, la violación de sus derechos, los problemas sociales, económicos y ambientales en general

son algunas de las condiciones que vuelven vulnerables a las poblaciones indígenas y que las han ido afectando por el agravamiento de la inseguridad alimentaria. De tal forma, que el conjunto de prácticas y conocimientos ancestrales de las comunidades indígenas se ha ido estableciendo como una respuesta alternativa a los patrones de consumo de alimentos, la cual genera una opción de alimentación, sin embargo, estos se encuentran constantemente amenazados por la expansión de prácticas, así como por la creciente industrialización de la agricultura (Lastra Bravo, 2020).

Por otro lado, la pandemia sanitaria mundial motivada por la irrupción y expansión casi generalizada del coronavirus SARS-CoV-2, que provoca una enfermedad denominada oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como COVID-19, ha ocasionado un número muy elevado de personas contagiadas y más de 320 000 muertes, según las estadísticas oficiales en el mundo (OMS, 2020). Además, alrededor de 18 625 000 hogares sufrieron restricciones de movilidad y cambios bruscos en sus hábitos de vida, situación que en relación a la salud ha desarrollado diferentes problemas emocionales, problemas de convivencia, de los hábitos alimentarios y el aumento del sedentarismo (Frühbeck *et al.*, 2020; Pérez Rodrigo, 2020). Esto, llevó a cambiar la distribución, disponibilidad y acceso a los alimentos y, posiblemente, la forma de producción, lo que ha tenido profundas consecuencias para la SA y la nutrición, amenazando el acceso de las personas a los alimentos a través de múltiples dinámicas (Comité de Seguridad Alimentaria Mundial [CSA], 2020).

Por lo anterior, la finalidad del presente trabajo es contribuir al análisis de la SA y al estado nutricional de los pueblos indígenas de México, además de exponer la situación de vulnerabilidad que pone en riesgo la SA de las personas ante la pandemia por COVID-19, por medio de una revisión teórica.

Material y métodos

Para llevar a cabo la búsqueda y organización de la información, tanto en español como en inglés se utilizaron algunos descriptores tales como: SA (*food security*), infecciones por coronavirus (*coronavirus infections*), vulnerabilidad social (*social vulnerability*) y salud de poblaciones indígenas

(*health of indigenous peoples*), a través de diferentes combinaciones apoyadas en los operadores booleanos *AND* y *OR*, esto en bases de datos como Google Académico, Biblioteca Virtual de la Salud, Pubmed, EBSCO y Scielo. La búsqueda se centró en artículos o trabajos publicados durante el periodo de 2016-2021. Se identificaron publicaciones que contenían los descriptores en el resumen y, al hacer la lectura del mismo, se cotejó con el título.

La literatura que se incluyó fue aquella que consideraba algunos elementos relacionados al desarrollo de marcos conceptuales o referentes teóricos de la SA y seguridad nutricional, así como análisis de ésta en poblaciones vulnerables como lo son las comunidades indígenas, alimentación y derechos humanos, además de tomar en cuenta aquellos artículos que exponían el problema del confinamiento y su impacto en la nutrición de los mexicanos, quedando excluidos todo aquel que careciera de estos elementos. De igual forma, se seleccionaron los principales organismos, tanto de salud como gubernamentales, que se interesaron en analizar problemáticas en torno a la SA; se indagaron también sus páginas electrónicas para llevar a cabo una exploración de los documentos que en ellas se encuentran disponibles.

El análisis de los artículos y documentos completos se efectuó por dos revisores. Uno de ellos con experiencia en el tema de la SA, y el segundo revisor en la temática de poblaciones indígenas, y ambos en el área de la salud. En caso de haber diferencia o discrepancia, se llevaba a cabo una segunda búsqueda con el objetivo de tener mayor claridad para la identificación del mejor documento. Se logró realizar una clasificación preliminar de los artículos con datos sobre la SA y nutricional con abordaje, principalmente, en poblaciones vulnerables como las indígenas. Por último, se llevó a cabo una revisión interna de los artículos para organizar la información y lograr diseñar un índice temático tal y como se muestra en el siguiente apartado.

Resultados

Marco conceptual de la seguridad alimentaria (SA)

La concepción de la SA ha ido evolucionado a través del tiempo como consecuencia de los diversos acontecimientos económicos que se han

producido en el mundo, concepto que ha estado sujeto a varios cambios a través de la historia desde su aparición. Se acuñó después de la segunda guerra mundial, en un intento por dar significado a los esfuerzos por brindar alimento a la población mundial (Rodríguez Quirós, 2021). En 1974 se realiza la Conferencia Mundial sobre la Alimentación, que orientó recomendaciones relacionadas, con lo que se llamó SA, y la definió como la disponibilidad, en todo momento, de provisiones mundiales adecuadas de alimentos para sostener una expansión continua del consumo y contrarrestar las fluctuaciones en la producción y los precios, una clara definición de abordaje del problema desde la oferta, con disponibilidad suficiente y no desde la posibilidad de acceso a alimentos (García Urdaneta y Pérez González, 2016).

A mediados de los años ochenta, ante la preocupación por el conflicto de la crisis financiera y el aumento de la pobreza, la FAO (2014) reformuló el concepto de la SA; se centró en tres elementos principales: disponibilidad, estabilidad y acceso a los alimentos, y estableció que implicaba asegurar que todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico y económico a los alimentos básicos que necesitan. Antes de finalizar el siglo xx, durante la Cumbre Mundial para la Alimentación llevada a cabo en Roma, 1996, se amplió la concepción y se incorporaron las capacidades como tema central para asegurar el desarrollo humano, se estipuló que “existe SA cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana”. Esta concepción es la que permanece hasta la actualidad (FAO, 2020).

Para entender la SA desde la concepción actual, es necesario precisar las cuatro dimensiones que plantea: disponibilidad, acceso, utilización y estabilidad. La primera de ellas se refiere a la disponibilidad física, en la cual la seguridad aborda la parte correspondiente a la oferta dentro del tema de seguridad alimentaria, y es función del nivel de producción de alimentos, los niveles de las existencias y el comercio neto. Seguida de la dimensión de acceso físico y económico de los alimentos, en la que se detalla que una oferta adecuada de alimentos a nivel nacional o internacional en sí no garantiza la seguridad alimentaria a nivel de los hogares (FAO, 2020).

La tercera dimensión hace alusión a la utilización de los alimentos, y se entiende como la forma en la que el cuerpo aprovecha los diversos nutrientes presentes en los alimentos. El ingerir energía y nutrientes suficientes es el resultado de buenas prácticas de salud y alimentación, la correcta preparación de los alimentos, la diversidad de la dieta y la buena distribución de los alimentos dentro de los hogares. Por último, la estabilidad, incluso en el caso de que su ingesta de alimentos sea adecuada en la actualidad, se considera que no gozan de completa SA si no tienen asegurado el debido acceso a los alimentos de manera periódica, porque la falta de tal acceso representa un riesgo para la condición nutricional (Nande Vázquez *et al.*, 2019).

Un aspecto importante que resaltar en la evolución del concepto de SA es que en los años 80 se añade la importancia del acceso económico físico a los alimentos por parte de las familias pobres, lo que llevó a complementarse con la aparición de nuevos enfoques explicativos que permiten un abordaje integral y complejo del fenómeno. Lo que lleva a considerar que cuando se habla de SA, implica analizar los determinantes económicos de ingresos, conocimientos e información sobre el valor cultural de los alimentos, la salud y su relación con la nutrición (Campanera, Gasull y Gracia Arnaiz, 2021; Farfán *et al.*, 2019).

Debido a lo anterior, abordar la SA incluye analizar determinantes sociales, específicamente los económicos, pero también aquellos determinantes cognitivos, como el conocimiento e información sobre el significado cultural que las comunidades o poblaciones otorgan a los alimentos, lo que concluye en que la SA es, sin duda, un derecho humano (Arpi Mayta, 2017). Por esto, las investigaciones, programas y acciones para disminuir y, en el mejor de los casos, erradicar el hambre son un fuerte compromiso social de los gobiernos y Estados, tanto nacionales como internacionales, desarrollando estrategias y programas que permitan evaluar la SA, así como investigar si las dinámicas sociales, económicas, políticas, culturales y medioambientales afectan e influyen en ella (Barrera Dussan, 2018; Sucre Ramírez *et al.*, 2019).

A partir de lo anterior es posible que en la alimentación se vean involucradas opiniones, creencias y significados que inciden en la producción, distribución, selección, preparación y consumo de alimentos (López Espi-

noza *et al.*, 2021). De tal manera que estos impactan y generan cambios en los patrones de consumo de alimentos, por lo que el ser humano no selecciona los alimentos por motivos estrictamente nutricionales, sino por una variedad de razones como gustos y preferencias, normas culturales, estatus, disponibilidad, economía, donde en los grupos poblaciones con mayor vulnerabilidad pueden verse afectada su SA (Barrera Dussán *et al.*, 2018).

Problemática de la seguridad alimentaria y vulnerabilidad de los pueblos indígenas ante la pandemia por COVID-19

Para comprender a la SA como un problema es indispensable llegar a entender el término que la contrapone, refiriéndose a la inseguridad alimentaria, como la disponibilidad o capacidad ilimitada para adquirir o acceder a los alimentos que son nutricionalmente aceptados (Pérez Garcés y Silva-Quiroz, 2019). A pesar de los esfuerzos de algunos organismos y programas, la inseguridad alimentaria es un problema común y creciente en el mundo, y que afecta principalmente a los más pobres o aquellos sin recursos para acceder a los alimentos básicos que le suplan sus requerimientos nutricionales mínimos (Rubio y Pasquier, 2019).

Así, en 2015, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas estableció los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), en los que se presentan los desafíos de la Agenda 2030 para los países de la región. Estos se plantean erradicar el hambre y la malnutrición, como una manera de hacer frente a la inseguridad alimentaria en la región de América Latina y el Caribe, mediante el desarrollo de la agricultura sostenible y la adopción de patrones alimentarios saludables. Esto último por el aumento global del sobrepeso y la obesidad (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2019).

La SA en los hogares mexicanos forma parte de los indicadores para la medición multidimensional de la pobreza desde el año 2008. Ésta refleja la gravedad de las experiencias ocurridas en el hogar debido a la falta de ingresos para adquirir los alimentos, así como la disminución en la cantidad de alimentos consumidos por los miembros del hogar y, en casos extremos, hambre. Cuando la inseguridad alimentaria está presente en los hogares, ésta tiene un impacto negativo en la salud y bienestar de las personas, sin

importar su edad. En niños, se ha asociado con mayor riesgo de ser hospitalizados, talla baja, anemia, problemas cognitivos, así como agresión y ansiedad. En adultos, aumenta las probabilidades de tener hipertensión, diabetes y depresión (Shamah Levy *et al.*, 2020).

Debido a estas implicaciones en la salud y bienestar de las personas, a partir del año 2012, la medición de la SA se ha incluido en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) realizada en México, la cual evidenció que un porcentaje considerable (el 23% de la población) presenta inseguridad alimentaria en sus hogares (Ensanut, 2018). Aunado a ello, 55.3 millones de personas se encuentran en situación de pobreza que le impide adquirir una canasta básica alimentaria que le permita tener SA, por lo que el entorno que influye en las decisiones sobre el tipo de consumo nutricional depende en gran medida de la disponibilidad y asequibilidad de los alimentos (González Martell *et al.*, 2019). Muchas veces las personas consumen alimentos a placer con el fin de no sentir hambre, y en estas circunstancias también se puede establecer la inseguridad alimentaria, porque el consumo satisface momentáneamente, pero existe la incertidumbre de continuar alimentándose, viéndose obligados a disminuir la cantidad o hasta de reducir la calidad de los alimentos ingeridos con la finalidad de sobrevivir, originando una mala nutrición, que repercutirá en la salud y el bienestar (FAO, 2020).

Durante los últimos años se han manejado los términos hambre e inseguridad alimentaria como problemas, de cierto modo, generalizados en el país. Programas como Prospera, Diconsa y Liconsa han ampliado su cobertura en zonas urbanas, y a estos se han sumado más de 5 000 comedores comunitarios, con presencia de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (Aguilar-Estrada *et al.*, 2019). Sin embargo, los logros son muy limitados, por lo que se ha convertido en uno de los retos más importantes del país, ya que un número inaceptable de personas aún carecen de los alimentos necesarios para un estilo de vida activo y saludable (Aguirre Becerra *et al.*, 2017).

En nuestro contexto (Sinaloa), el 24.7% de la población sufre de inseguridad alimentaria, en donde la carencia de acceso a la alimentación abarca a la cuarta parte de su población, ubicándolo en la posición siete del país. Por municipios, 8 de cada 10 sinaloenses que padecen de hambre

o que no tienen acceso a una dieta adecuada y suficiente, viven en Culiacán, Mazatlán, Ahome, Guasave o Navolato (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [Coneval], 2020). En este sentido, la notable desigualdad en cuanto a la distribución del ingreso provoca un crecimiento en la vulnerabilidad de las personas con menor poder adquisitivo para padecer de inseguridad alimentaria, por lo que una buena parte del deterioro en los niveles de vida de la población y el crecimiento de la pobreza alimentaria está relacionada inexorablemente con los bajos ingresos (Lemos Figueroa *et al.*, 2018).

Por lo expuesto, la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria está determinada por aquellos factores que colocan a las personas en riesgo a ello, se le conceptualiza como un vector que tiene dos componentes que se confrontan, el primero es atribuible a las variables que se presentan en el entorno y el segundo alude a la capacidad y voluntad tanto individual como colectiva para contrarrestarlas (Marcial-Romero *et al.*, 2019). En este sentido, se puede afirmar que México vive una situación compleja donde existen grupos poblaciones con mayor riesgo de padecer inseguridad alimentaria.

De esta manera, es importante mencionar que las poblaciones con mayor pobreza en México son las comunidades indígenas, las cuales representan alrededor del 11% de la población del país, la más grande de América Latina (Red de Pobreza Multidimensional, 2020). De acuerdo al Coneval (2016), 5.2 millones de indígenas no tuvieron un ingreso para adquirir una canasta básica de alimentos, como el caso del pueblo rarámuri o los de la Huasteca Potosina, que no contaron con ingresos suficientes para tener una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad (Ruiz Salazar *et al.*, 2020).

Además de las condiciones de pobreza y desigualdad que sufren las comunidades indígenas, existen factores socioculturales que han operado históricamente, que se encuentran aún arraigados y que pueden impactar en el patrón de alimentación; comunidades obligadas a consumir alimentos comerciales de alto costo y escaso valor nutritivo (Núñez Medina y Jiménez Acevedo, 2021). Lo que puede ser atribuido a que las comunidades indígenas comparten características que pueden hacer que su alimentación se vea influenciada por estas condiciones o factores, por lo que el

comportamiento respecto a la alimentación dependerá en gran medida, de las ideas y creencias que se tienen al respecto de los alimentos (Magaña González y Sevilla García, 2012).

En este sentido, el estudio de la SA en las comunidades indígenas ha tenido auge en los últimos años, ya que —aunado a la pobreza— las condiciones territoriales influyen en la disponibilidad y acceso a los alimentos, asimismo, están determinadas por condiciones naturales y de comercialización, ya que la comunidad se ve en la necesidad de consumir alimentos producidos fuera de esta. Un aspecto que se recalca en los estudios actuales es que la alimentación tradicional de estas comunidades se va perdiendo, lo que pone en riesgo su SA (Calderón Farfán *et al.*, 2018). A pesar de lo anterior, gran parte de los estudios, tanto de carácter nacional como internacional, centran su atención únicamente en la oferta o disponibilidad de los alimentos dando poca relevancia a la existencia de otros factores que sin duda contribuyen a determinar el nivel o grado de SA (Díaz Carreño *et al.*, 2016).

Es importante recalcar que durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2, que ocasiona la enfermedad COVID-19, la alimentación en los hogares mexicanos se ha visto vulnerada. Algunos grupos de la población pueden presentar un aumento del hambre o la malnutrición, situación que no se visibiliza porque generalmente ésta se presenta en grupos ya vulnerados antes de las crisis, sin embargo, cuando se presenta alguna restricción en el transporte o existe una interrupción en los mercados, la disponibilidad de los alimentos se ve afectada (FAO, 2018).

La pandemia ha impactado, llegando a afectar de manera directa y también indirecta, a los cuatro pilares o dimensiones de la SA, y se considera que dicho impacto se verá reflejada a largo plazo generando incertidumbre en la estabilidad de los mercados. En general, se ha afectado a la población, por la limitación de los recursos alimentarios y por el difícil acceso a estos, generando una amenaza nutricional en la SA, principalmente, de las poblaciones que dependen de sus ingresos (Moreno Salazar *et al.*, 2021). Lo que ha motivado o llevado a la población a cambiar sus hábitos originando un incremento en los productos procesados, siendo de menor precio y menos nutritivos convirtiéndose en una amanezca para la SA (Oliveira *et al.*, 2020; Parks *et al.*, 2020).

A nivel mundial, el COVID-19 afectó la SA, como es el caso de la India, por los elevados costos para la adquisición de los alimentos, y la poca certeza de la disponibilidad de estos. Este país fue uno de los primeros en intervenir y bloquear de manera estricta todo ingreso de alimentos (Rear-don *et al.*, 2020). En países como Brasil, la inseguridad alimentaria se ha acelerado a causa de la pandemia (Oliveira *et al.*, 2020). En el caso de México, en un estudio llevado a cabo en Puebla y Oaxaca, se pudo observar cómo los hogares presentaron inseguridad alimentaria severa (Boix-Cruz, 2021). El COVID-19 y sus consecuencias sociales y económicas están cambiando drásticamente la trayectoria hacia el logro de los objetivos de desarrollo sostenible y más aún de las personas indígenas en el mundo.

Situación de seguridad alimentaria y nutricional de los pueblos indígenas de México

En México, los hogares de comunidades rurales e indígenas son los más vulnerables de presentar inseguridad alimentaria, sin embargo, este fenómeno de las comunidades originarias se ha escapado de la atención en investigación, pero, de acuerdo a diversos estudios ya realizados en indígenas y comunidades campesinas, la SA es un fenómeno tangible, por lo que resulta ser un tema que debe merecer gran atención, pues asegurar el derecho de la alimentación para uno de los grupos más vulnerables de la sociedad es garantizar el mismo derecho para la población en general (Pillado-Albarrán *et al.*, 2021). Por ello, la tabla 1 muestra algunos estudios llevados a cabo en población indígena de México sobre la SA.

Cuando la población no puede alimentarse de manera apropiada, esto puede ser un factor para desarrollar cualquiera de las dos caras de la malnutrición: obesidad o desnutrición poblacional, por el reemplazo de alimentos económicos, pero con alto contenido de grasa, azúcar y sal (OMS, 2021). Lo que puede ser atribuido a la transición nutricional que ha sufrido México, en la que las familias han reemplazado alimentos saludables por aquellos con alto contenido en grasa y azúcares, esto debido a causas estructurales y subyacentes como el sistema social, económico y cultural, además de la falta de conocimiento y situación de pobreza (Shamah-Levy *et al.*, 2020).

TABLA 1. *Estudios relacionados a la SA en población indígena de México*

<i>Autor/año</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Principales resultados</i>
Díaz-Carreño <i>et al.</i> , (2016)	Analizar los principales factores de la inseguridad alimentaria severa.	Los estados con mayor inseguridad alimentaria son Tabasco, Campeche, Guerrero, Michoacán y Chiapas, donde se presenta mayor pobreza.
Espinoza y Rodríguez (2018)	Realizar un diagnóstico geográfico de la pobreza y la carencia alimentaria en México.	Los límites noroeste-norte (Sonora, Sinaloa y Chihuahua) se clasifican como conglomerados de pobreza alimentaria.
González Martell, (2019)	Analizar la SA y nutrición de una comunidad indígena de la Huasteca Potosina.	El 80% se encontró en inseguridad alimentaria leve, la cual se caracteriza por ser un hogar con aportación económica temporal. El 56% de los hogares presenta inseguridad severa.
Zárate Guevara <i>et al.</i> (2016)	Conocer el grado de SA que presentan los hogares del municipio de Xochiapulco, Puebla.	El 54% de las familias no tiene acceso económico a los alimentos, y el 64% accede mediante la agricultura familiar con un déficit de cuatro meses al año, cubren una suficiencia alimentaria de 1 979 kcal, lo cual es insuficiente en comparación al consumo óptimo.

Nota: SA: seguridad alimentaria; kcal: kilocalorías.

Como se ha mencionado a lo largo de este capítulo, las poblaciones indígenas sufren por lo general mayor inseguridad alimentaria que las no indígenas, lo que conlleva a sacrificar la calidad ante la diversidad alimentaria por la crisis económica y el bajo poder adquisitivo, representando para ellos un consumo excesivo de alimentos que provocan un aumento o disminución excesiva en su peso corporal (Torres y Rojas, 2018). A pesar de que los estudios han centrado su atención en el fenómeno desnutrición en población indígena, en los últimos años han apuntado hacia el estudio de la presencia de sobrepeso u obesidad, lo que llega a afectar la salud y también son factores de riesgo para otras enfermedades, tales como: cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor, y algunos cánceres que en los últimos tiempos afectan a grandes grupos poblacionales (Asián Chaves y Pasos Cervera, 2017).

Por esta parte, cabe mencionar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México ya no es muy diferente en zonas urbanas que en indígenas, de 72.9% y 71.6%, respectivamente. Esta condición, que se presenta en niños y adultos, se asocia principalmente al consumo de una dieta poco saludable (Ensanut, 2018). El exceso de peso en la población indígena es un problema que en los últimos años ha tenido presencia en este grupo poblacional, lo que —según la literatura— puede ser explicado por el cambio que conlleva su cultura, es decir, intervienen factores sociales y culturales que pueden condicionar el tipo de alimentación o la proporción de nutrientes que se ingieran. El factor cultural puede explicar el origen en la comprensión del comportamiento humano y los lazos que forma con un grupo social determinado (Asián Chaves y Pasos Cervera, 2017).

En el caso de la población indígena, a la hora de la producción, selección, preparación y consumo de los alimentos, uno de los factores esenciales para conocer y orientar los hábitos y las preferencias alimentarias son las creencias, actitudes, valores y percepciones que tiene la gente sobre los alimentos que consume. La cultura, desde este punto de vista, ayuda a conformar unos hábitos integrados que se pueden estructurar integrando tres siguientes niveles: en un primer nivel se observa cómo el comportamiento del ser humano individual (como miembro de una sociedad) viene dado por unos hábitos que se estructuran a partir de creencias, sentimientos, deseos, actitudes, entre otros, ya que la sociedad donde nacemos y a la que pertenecemos nos trasmite y marca las pautas de conducta (Álvarez Barriento, 2018). La tabla 2 muestra algunos estudios relacionados con el estado nutricional de los pueblos indígenas de México.

Conclusiones

En conclusión, la falta de acceso a los alimentos por parte de las comunidades indígenas supone una principal carencia y desigualdad social, por su alta vulnerabilidad, ya que dentro de ésta se destacan el ingreso económico bajo, carencia en sus servicios básicos, desconocimiento sobre la calidad de los alimentos. El hambre o la mala alimentación no sólo se deben a la escasez o falta de alimentos, que se producen en cantidad suficiente en las

TABLA 2. Estudios relacionados sobre estado nutricional de las familias indígenas

<i>Autor/año</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Resultados principales</i>
Morales Rúan, <i>et al.</i> (2014)	Describir la asociación de la inseguridad alimentaria con la obesidad en adultos en México.	70.6% tuvo algún nivel de inseguridad, 42.6% leve, 17.7% moderada y 10.3% severa. Se encontró una probabilidad mayor de obesidad en la población con inseguridad leve (RM: 1.66; IC 95% 1.11-2.50) en la población adulta.
Herrera Huerta (2012)	Determinar la frecuencia de sobrepeso y obesidad en indígenas nahuas.	La proporción de nahuas con sobrepeso fue de 41%, y de obesidad 36.5%.
Cortázar <i>et al.</i> (2020)	Describir la relación entre el nivel de SA y el estado nutricional de los niños de una comunidad indígena Embera Chamí del Valle del Cauca.	Todos los hogares se encontraron en algún grado de inseguridad alimentaria el 78.7% severa, el 12.7% moderada y el 8.5% en leve. Se encontró el 68.33% de los menores, con desnutrición aguda moderada.
Regalado Ruiz <i>et al.</i> (2020)	Estudiar el estatus nutricional de un grupo de escolares de cultura	La prevalencia de estatura baja para la edad y la desnutrición es menor, no así el sobrepeso/obesidad que afecta a un tercio de los menores

NOTA: SA: seguridad alimentaria.

regiones, sino básicamente a que los ingresos de una parte de la población resultan insuficientes para adquirirlos y asegurar de este modo una dieta adecuada.

La población indígena se encuentra en inseguridad alimentaria, debido a su bajo ingreso económico, lo que se refleja en la carencia alimentaria y la pobre diversidad dietética, por lo que resulta indispensable establecer estrategias de intervención en SA y estado nutricional en dichas comunidades, que deben asegurar la independencia alimentaria familiar, pero sobre todo, llegar a promover el consumo de alimentos o dietas diversas enfocadas en productos que sean producidos por ellos mismos de manera local, que sean de buena calidad nutricional y que sean aceptados culturalmente para asegurar una alimentación adecuada.

- doi.org/10.1590/S0103-73312018280405
- Campanera, M., Gasull, M., y Gracia Arnaiz, M. (2021). Desigualdad social y salud: la gestión de la (in)seguridad alimentaria en atención primaria en España. *Salud Colectiva*, 17. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3461>
- Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. (2020). *Los efectos de la COVID-19 en la seguridad alimentaria y la nutrición: Elaboración de respuestas eficaces en materia de políticas para abordar la pandemia del hambre y la malnutrición*. <http://www.fao.org/3/cb1000es/cb1000es.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). *Informe de pobreza y evaluación Sinaloa 2020*. https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Sinaloa_2020.pdf
- Cortázar, P., Giraldo, N., Perea, L., y Pico F. S. (2020). Relación entre seguridad alimentaria y estado nutricional: abordaje de los niños indígenas del norte del Valle del Cauca, Colombia. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 40(1), 46-61. <https://doi.org/10.12873/401pico>
- Díaz Carreño, M. A., Sánchez León, M., y Díaz Bustamente, A. (2016). Inseguridad alimentaria en los estados de México: Un estudio de sus principales determinantes. *Economía, Sociedad y Territorio*, 16(51), 459-483. <https://www.redalyc.org/comocitar.aa?id=11145317007>
- Espinoza Ramos, J., y Rodríguez Gámez, L. I. (2018). La geografía de la pobreza alimentaria en México. Estudios sociales. *Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional*, 28(52). <https://doi.org/10.24836/es.v28i52.574>
- FAO, FIDA y PMA. (2014). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2014. Fortalecimiento de un entorno favorable para la seguridad alimentaria y la nutrición*. Roma: FAO. <http://www.fao.org/3/i4030s/i4030s.pdf>
- FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS. (2018). Los efectos del clima en la seguridad alimentaria y la nutrición. En *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo: Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición* (pp. 40-63). Roma: FAO. <http://www.fao.org/3/i9553es/i9553es.pdf>
- Farfán, J. C. C., Torres, D. A., Gómez, M. N. P., y Tamayo, M. P. Q. (2019). Condiciones de seguridad alimentaria en una comunidad indígena de Colombia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(4). <https://doi.org/10.1590/s0103->

73312018280405

- Frühbeck, G., Baker, J. L., Busetto, L., Dicker, D., Goossens, G. H., Halford, J. C. G., ..., y Farpour-Lambert, N. J. (2020). European Association for the Study of Obesity Position Statement on the Global COVID-19 Pandemic. *Obesity Facts*, 1-5. <https://doi.org/10.1159/000508082>
- García-Urdaneta, A. C., y Pérez-González, J. J. (2016). Marco conceptual de la medición de seguridad alimentaria: análisis comparativo y crítico de algunas métricas. *Agroalimentaria*, 22(43). <https://www.redalyc.org/journal/1992/199251019004/199251019004.pdf>
- González Martell, A. D., Cilia López, V. G., Aradillas García, C., Castañeda Díaz de León, A., De la Cruz Gutiérrez, A., Zúñiga Bañuelos, J., ..., y Barriga Martínez, F. (2019). La seguridad alimentaria y nutricional en una comunidad indígena de México. *Rev. Esp. Nutr. Comunitaria*, 25(3), 0-0. https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2019_3_04._GC_Lopez._Seguridad_alimentaria_comunidad_indigena_de_Mexico.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018-2019): Resultados Nacionales. Seguridad Alimentaria*. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Lastra Bravo, J. (2020). Sobre los sistemas alimentarios indígenas, el ejemplo del pueblo Rapa Nui, Chile. Fortalecimiento y contribuciones en la seguridad alimentaria en tiempos de cambio climático. *Revista Estudios*, (40), 1-18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7449482>
- Lemos Figueroa, M., Baca del Moral, J., y Cuevas Reyes, V. (2018). Pobreza e inseguridad alimentaria en el campo mexicano: Un tema de política pública no resuelto. *Textual: Análisis del Medio Rural Latinoamericano*, (71), 71-105. <https://doi.org/10.5154/r.textual.2017.71.004>
- López Espinoza, A., Martínez Moreno, A. G., Aguilera Cervantes, V. G., y Valdés Miramontes, E. H. (2021). Alimentación, integración y cambio de perspectiva: Retos futuros del comportamiento alimentario. *Journal of Behavior and Feeding*, 1(1), 96-102. <http://www.jbf.cusur.udg.mx/index.php/JBF/article/view/19>
- Magaña González, C. R., y Sevilla García, Y. L. (2012). La alimentación indígena mexicana: reflexiones antropológicas para el estudio del comportamiento alimentario. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 4, 10-21.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2012/mipM121b.pdf>

- Marcial Romero, N., Jarquín, D., Hernández Juárez, M., Merino, A., y Escalona Maurice, M. (2019). Vulnerabilidad alimentaria en hogares rurales y su relación con la política alimentaria en México. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 10(4), 935-945. <https://doi.org/10.29312/remexca.v10i4.1746>
- Morales Ruán, M. C., Méndez Gómez, H. I., Shamah Levy, T., Valderrama Álvarez, Z., y Melgar Quiñónez, H. (2014). La inseguridad alimentaria está asociada con obesidad en mujeres adultas de México. *Salud Pública de México*, 56(1), 54-61. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000700009&lng=es
- Moreno Salazar, C., Khiara Aliyah, B., Lanchipa Ale, T. M., y Luque Zúñiga, B. G. (2021). Seguridad alimentaria en tiempos de COVID-19: Una visión desde la cadena productiva de recursos hidrobiológicos. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 9(1), e21. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322021000100021&lng=es&tlng=es
- NandeVázquez, E.A., Pérez Cruz, O.A., Martínez González, S., y Rangel Delgado, J.E. (2019). Seguridad alimentaria y obesidad: Un análisis comparativo entre China-México-EU. *Revista Mexicana de Estudios sobre la Cuenca del Pacífico*, 25(13), 105-134. <http://www.portesasiapacifico.com.mx/?p=articulo&id=368>
- Núñez Medina, G., y Jiménez Acevedo, H. M. (2021). Análisis espacial de la fecundidad adolescente y programas sociales en Chiapas. GeoFocus (Artículos), *Revista Internacional de Ciencia y Tecnología de la Información Geográfica*, 27, 115-134. <https://doi.org/10.21138/GF.557>
- Oliveira, T.C., Abranches, M.V., y Lana, R.M. (2020). Food Insecurity in Brazil in the Context of the SARS-CoV-2 pandemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 36. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32267383/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Objetivo de Desarrollo Sostenible. Objetivo 2: Poner fin al Hambre cero*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2014). *El Estado de la inseguridad alimentaria en el mundo*. <http://www.fao.org/3/i4030s/i4030s.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

- (2020). *El Estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2020*. <http://www.fao.org/3/ca9692es/online/ca9692es.html>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2021). *Objetivo de Desarrollo Sostenible*. <http://www.fao.org/sustainable-development-goals/overview/fao-and-post-2015/food-security-and-the-right-to-food/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Coronavirus Disease (COVID-2019) Situation Report*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Malnutrición*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Parks, C. A., Nugent, N. B., Fleischhacker, S. E, y Yaroch, A. L. (2020). Food System Workers Are the Unexpected but Under Protected COVID Heroes. *The Journal of Nutrition*, 150(8), 2006-2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7337867/>
- Pérez Garcés, R., y Silva Quiroz, Y. (2019). Enfoques y factores asociados a la inseguridad alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 18(1), 15–24. <https://doi.org/10.29105/respyn18.1-3>
- Pérez Rodrigo, C., Gianzo, C. M., Gotzone, H. B., Ruiz, L. F., Casis, S. L., Aranceta Bartrina, J., y Grupo Colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). (2020). Cambios en los hábitos alimentarios durante el periodo de confinamiento por la pandemia COVID-19 en España. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 26(2), 101-111. <https://doi.org/10.14642/RENC.2020.26.2.5213>
- Pillado-Albarrán, K. V., Hernández, J., Oregón, F., y Avitia Rodríguez, J. A. (2019). *Desarrollo Comunitario Sustentable: Su papel en la seguridad alimentaria de los pueblos originarios del Estado de México*. https://www.researchgate.net/publication/338884646_Desarrollo_Comunitario_Sustentable_su_papel_en_la_seguridad_alimentaria_de_los_pueblos_originarios_del_Estado_de_Mexico
- Reardon, T., Mishra, A., Nuthalapati, C. S. R., Bellemare, M. F., y Zilberman, D. (2020). COVID-19's Disruption of India's Transformed Food Supply Chains. *Economic and Political Weekly*, 55(18), 18-22. <https://asu.pure.elsevier.com/en/publications/covid-19s-disruption-of-indias-transformed-food-supply-chains>

- Red de Pobreza Multidimensional. (2020). *Medición de la pobreza en la población indígena de México*. <https://mppn.org/es/medicion-pobreza-poblacion-indigena-mexico/>
- Regalado Ruiz, L., Del Ángel Escalona, A., Ramos Rodríguez, R., Vázquez Arévalo, R., y Mancilla Díaz, J. (2021). Condición nutricional de escolares indígenas otomíes en situación de alta marginación. *Enfermería Universitaria*, 17(4), 379-389. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.4.846>
- Rodríguez Quirós, R. (2017). Seguridad alimentaria: Evolución conceptual y relación con el cambio climático. *Universidad en Diálogo: Revista de Extensión*, 7(2). <https://doi.org/10.15359/udre>
- Rubio, B., Pasquier, A. (2019). Seguridad y soberanía alimentarias: Ética y alternativas locales. En *Inseguridad alimentaria y políticas de alivio a la pobreza: Una visión multidisciplinar* (pp. 69-93). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Ruiz Salazar, G. A., Zapata Martelo, E. M., Martínez Corona, G. B., Pérez Hernández, L. M., Arras Vota, A. M., y Garza Bueno, L. E. (2020). Entre la sierra y la ciudad: artesanías rarámuri en la ciudad de Chihuahua y sus contextos migratorios. *Frontera Norte*, 32, 2-23. <https://doi.org/10.33679/rfn.v1i1.1971>
- Shamah Levy, T., Méndez Gómez, I. H., Mundo Rosas, V., Rodríguez Ramírez, S., y Gaona Pineda, E. B. (2020). Factores asociados con el cambio en la inseguridad alimentaria en México: Ensanut 2012 y 2018-19. *Salud Pública de México*, 63(3), 350-358. <https://doi.org/10.21149/12145>
- Sucre Ramírez, A. J., Navia Bueno, M. D., y Paye Huanca, E. O. (2019). Asociación de las determinantes de la seguridad alimentaria nutricional con la presencia de sobrepeso y obesidad en la población que acude a la unidad de epidemiología clínica del IINSAD de la facultad de medicina-UMSA. *Revista Cuadernos*, 60(1), 24-31. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762019000100004
- Torres, F., y Rojas, A. (2018). Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Problemas del desarrollo*, 49(193), 145-169. <https://doi.org/10.22201/iiec.20078951e.2018.193.63185>
- Zárate Guevara, G. S., Méndez Espinoza, J. A., Ramírez Juárez, J., y Olvera Hernández, J. I. (2016). Análisis de la seguridad alimentaria en los hogares del municipio de Xochiapulco Puebla, México. *Estudios Sociales. Revista de*

Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional, 25(47), 67-85. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41744004003>

Capítulo 8. Fragilidad y deterioro cognitivo de las personas mayores de una comunidad del norte de México

JOSÉ LUIS NUNCIO DOMÍNGUEZ¹

FERNANDO BRUNO²

DIANA BERENICE CORTÉS MONTELONGO³

MARÍA ASCENCIÓN TELLO GARCÍA⁴

LUIS CARLOS CORTEZ GONZÁLEZ⁵

Resumen

Introducción: La prevalencia de las personas mayores en México es del 12% de la población total. Uno de los problemas frecuentes en la población mayor es la fragilidad que en ocasiones termina en dependencia funcional y deterioro cognitivo. A medida que la población envejece, conlleva una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que modifican las condiciones de vida de las personas mayores. La fragilidad y el deterioro cognitivo en las personas mayores es frecuente por lo que es indispensable identificar las características de estos síndromes geriátricos. *Objetivo:* Analizar la relación que existe entre la fragilidad y el deterioro cognitivo de las personas mayores de una comunidad urbana del norte de México. *Materiales y métodos:* el diseño de estudio fue descriptivo correlacional, población 216 personas mayores de una comunidad del norte de México, muestreo no probabilístico por conveniencia, instrumentos de medición: cédula de datos sociodemográficos y de salud, escala de Frail y Short Portable

¹ Estudiante de doctorado en Ciencias Sociales. Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo", Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8317-9357>

² Doctor en Filosofía. Profesor investigador, Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6142-5406>

³ Profesora investigadora, Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo", Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4254-2468>

⁴ Profesora investigadora, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9057-6497>

⁵ Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor investigador, Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo", Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1655-0272>

Mental Status Questionnaire (SMPMSQ) de Pfeiffer. *Resultados*: el promedio de edad fue de 69.24 años ($DE\ 7.5$), predominio femenino con el 63% (f. 137); el 72.7% (f. 157) presentan algún tipo de enfermedad y el 23.1% (f. 50) viven con su esposo(a) o pareja. Existe una correlación entre la fragilidad y el deterioro cognitivo ($r_s = .443\ p = .00$), existe asociación de la fragilidad y del deterioro cognitivo, identificando que, a medida que aumenta la fragilidad, el deterioro cognitivo aumenta ($Chi^2 = 12.716, p = .01$). *Conclusiones*: existe una prevalencia elevada de la fragilidad, la mayoría de las personas mayores no presentaron deterioro cognitivo; se encontró relación entre la fragilidad y el deterioro cognitivo, indicando que a medida que aumenta la fragilidad en las personas mayores crece la probabilidad de desarrollar deterioro cognitivo.

Palabras clave: fragilidad, deterioro cognitivo, envejecimiento, persona mayor.

Introducción

Se estima que para el 2050, la cantidad del envejecimiento poblacional sea de 2 100 billones de personas mayores, por lo que el índice de envejecimiento sucede de forma acelerada en todo el mundo (United Nations, 2017). Según el último censo de población y vivienda en México, el 12% son personas mayores (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020). En la vejez ocurren cambios en la fuerza, en la masa muscular y en los estilos de vida, ocasionando una disminución en las capacidades físicas, psicológicas y sociales que alteran el estado de salud. La fragilidad es un factor predisponente a la discapacidad y deterioro en las condiciones de vida de la persona mayor (De la Luz León Vázquez *et al.*, 2020).

El proceso de envejecimiento es paulatino, caracterizado por las trayectorias individuales y diversificadas; biológicamente está caracterizado por cambios en las esferas físicas, cognitivas y sociales, que contribuyen a presentar eventos adversos en las condiciones de salud (Falsarella *et al.*, 2014). La fragilidad se describe como una etapa fisiológica de vulnerabilidad que aumenta el riesgo de situaciones adversas en la salud de las personas mayores. Los individuos frágiles tienen un mayor riesgo de deterioro

cognitivo (Zamudio Rodríguez, Aguilar Navarro, y Ávila Funes, 2017).

Una de las esferas que es alterada en la etapa de la vejez es el deterioro cognitivo, pues es un proceso en el cual las capacidades cognitivas se encuentran decrecientes, debido al desgaste que ha sufrido a lo largo de la vida. Esta afección se presenta como consecuencia natural por lo que se encuentra en constante cambio. (Miyamura *et al.*, 2019; Blazer y Wallace, 2016; Weissberger, *et al.*, 2018).

Debido a los factores de riesgo a los que se encuentran las personas mayores, se incrementan diversos trastornos en la salud. Uno de ellos es la prevalencia de las comorbilidades, sobre todo, de las crónico-degenerativas y las enfermedades no transmisibles como lo es el deterioro cognitivo. Llibre (*et al.*, 2017) cita que el 11.2% de las personas mayores con dependencia afecta no sólo a las personas mayores que las padecen, sino también a las personas dedicadas a su cuidado y a la familia. Actualmente, los trastornos del síndrome de la demencia en América Latina y el Caribe se estima que es entre el 6.2 y el 6.5, por cada 100 personas mayores (Gutiérrez, 2019).

La prevalencia de la fragilidad en las personas mayores es más alta cuando estos presentan comorbilidades, polifarmacia, alteraciones de flexibilidad y movilidad, estado nutricional de bajo peso, deterioro cognitivo, discapacidad, el sexo femenino, las caídas y las malas redes de apoyo social (Rodríguez, 2018; Casals *et al.*, 2018; Fresnillo, 2021; Becerra-Partida y Patraca Loeza, 2021; Cortez González y Salazar González, 2019; Lluís Ramos, 2013). La fragilidad en las personas mayores incrementa la vulnerabilidad asociada a eventos como la discapacidad y el deterioro cognitivo, por ende, el aumento en la morbilidad de este grupo etario (Miyamura *et al.*, 2019; Varela Pinedo *et al.*, 2008).

Objetivo general

Analizar la relación que existe entre la fragilidad y el deterioro cognitivo de las personas mayores de una comunidad urbana del norte de México.

Material y métodos

El diseño de estudio fue de tipo descriptivo correlacional, ya que se busca la relación que existe entre la fragilidad y el deterioro cognitivo de las personas mayores, además de buscar asociación con las variables sociodemográficas. El diseño metodológico permite la explicación de las variables estudiadas y verifica la validez de los datos obtenidos (Hernández y Mendoza, 2018; Makombe, 2017; Polit y Tatano, 2018).

Población muestra, muestreo y criterios de selección de la muestra

Población conformada por 216 personas mayores de una comunidad urbana de una ciudad del norte de México. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron personas mayores que desearon participar en el estudio, edad de 60 años y más, ambos sexos, los criterios de exclusión fueron personas mayores con deterioro cognitivo grave.

Instrumentos de medición

Cédula de datos sociodemográficos y de salud que consta de 10 preguntas, seis interrogantes para la variable sociodemográfica y el resto corresponden al apartado de salud. Las variables sociodemográficas son: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ingreso mensual y ocupación actual; las variables de salud fueron convivencia, la presencia o ausencia de morbilidad, el servicio de salud con el que cuenta y la percepción del estado de salud en general.

Para medir la fragilidad se utilizó la escala Frail (Morley, Malmstrom y Miller, 2012), de fácil aplicación, compuesta por cinco reactivos (fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso), en la que cada respuesta afirmativa es valorada con 1 punto, se considera fragilidad puntuaciones ≥ 3 , prefragilidad 1 o 2 puntos, y sin fragilidad o robusto 0 puntos.

Fue utilizado el Short Portable Mental Status Questionnaire (SMPMSQ) de Pfeiffer en su adaptación y validación al castellano (Martínez *et al.*, 2001), para detectar deterioro cognitivo; consta de 10 preguntas y evalúan la memoria remota, conciencia sobre eventos actuales y la habilidad matemática. Se considera que de 0-2 errores es funcionamiento intelectual normal; de 3 a 4 errores, deterioro cognitivo leve; 5 a 7 errores, deterioro cognitivo moderado, y de 8 a 10 errores es deterioro cognitivo grave o severo.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud [ss], 2014). Se aseguró el respeto a la dignidad de los adultos mayores, la protección de sus derechos y bienestar; tal como lo establece el Reglamento (Título segundo, capítulo I, artículos 13º, 14º fracción I, V, VI, VII y VIII, 16º, 20º y 21º). Se solicitó autorización del comité de ética de la Facultad de Trabajo Social de la UAdeC, así como el consentimiento informado por escrito el cual garantizó el anonimato de los sujetos, su participación voluntaria, la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio sin represalias. Asimismo, el Código de Helsinki (en el capítulo II de investigación asociada a la atención profesional) menciona que los posibles beneficios, riesgos e incomodidades deben ser evaluados.

Procedimiento para la recolección de los datos

Para la implementación del presente estudio, se solicitó la autorización al departamento de posgrado e investigación de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila, a través de la presentación del protocolo de investigación. Las entrevistas fueron realizadas en la comunidad a población adulta mayor. A las personas mayores que aceptaron participar después de explicarles el objetivo del estudio, se les entregó el consentimiento informado por escrito, y se comenzó con los cuestionarios mediante entrevista estructurada.

Los datos fueron concentrados electrónicamente en una base de datos en el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 25.0 y Microsoft Office Excel 2019. Para el procesamiento de datos se utilizó estadística descriptiva, obteniendo frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad con lo que se describió a la población de estudio y estadística inferencial para conocer la relación de la fragilidad y el deterioro cognitivo.

Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos en el presente estudio. El promedio de edad fue de 69.24 años (*DE* 7.5), en cuanto a las variables sociodemográficas se encontró un predominio femenino con el 63% (*f.* 137); el 47.7% (*f.* 103) se encontraban casados(as); 24% (*f.* 52) han terminado sus estudios de secundaria; el 36.6% (*f.* 79) ganan en promedio de \$1 a \$2 500 MXN al mes; el 34.7 (*f.* 75) se dedican a labores del hogar; el 72.7% (*f.* 157) presentan algún tipo de enfermedad, y el 23.1% (*f.* 50) viven con su esposo(a) o pareja (ver tabla 1).

En la tabla 2 se muestra la prevalencia de fragilidad y del deterioro cognitivo de las personas mayores, mostrando que el 44% (*f.* 95) presentan fragilidad y tan solo el 19.9% (*f.* 43) son robustos o no presentan fragilidad, lo que se puede inferir es que las condiciones de salud de las personas mayores se encuentran afectadas por situaciones físicas. En cuanto al deterioro cognitivo, la prevalencia mostró que, del 89.4% (*f.* 193), el deterioro cognitivo es normal o sin afectación, el deterioro leve fue de 10.2% (*f.* 22), y el moderado alcanzó sólo el 0.5% (*f.* 1), se deduce que la esfera cognitiva de las personas mayores encuestadas no presentó alteraciones considerables.

Se encontró una correlación entre la fragilidad y el deterioro cognitivo (ver tabla 3) de las personas mayores ($r_s = .443$, $p = .000$), lo que se interpreta que a medida que aumenta la fragilidad, el deterioro cognitivo tiende a aumentar. Esto puede deberse a que la situación de dependencia en las personas mayores disminuye la movilidad, marcha e independencia, lo que ocasiona que la oxigenación sea más lenta y, por ende, las condiciones cognitivas tienden a disminuir o verse alteradas.

TABLA 1. *Variables sociodemográficas de las personas mayores de una comunidad urbana del norte de México*

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>		
Femenino	137	63.4
Masculino	79	36.6
<i>Estado civil</i>		
Casado (a)	103	47.7
Unión libre	10	4.6
Divorciado (a)	14	6.5
Separado (a)	12	5.6
Viudo (a)	69	31.9
Soltero (a)	8	3.7
<i>Escolaridad</i>		
Ninguno	2	0.9
Sabe leer y escribir	17	7.9
Primaria incompleta	26	12
Primaria completa	41	19
Secundaria	52	24.1
Bachillerato/técnico	38	17.6
Profesional	33	15.3
Posgrado	7	3.2
<i>Ingreso mensual</i>		
\$0 a \$2 500	79	36.6
\$2 501 a \$5 000	53	24.5
\$5 001 a \$7 500	32	14.8
\$7 501 a \$10 000	10	4.6
\$10 000 o más	19	8.8
No desea contestar	23	10.6
<i>Ocupación</i>		
Labores del hogar	75	34.7
Actividades personales	8	3.7
Actividades recreativas	1	0.5
Trabajo informal	49	22.7
Empleado(a)	24	11.1

	Ninguna	10	4.6
	Pensionado/jubilado	48	22.2
	Comerciante	1	0.5
<i>Presencia de enfermedades</i>			
	Sí	157	72.7
	No	59	27.3
<i>¿Con quién vive actualmente?</i>			
	Solo(a)	28	13.0
	Hermano(a)	4	1.9
	Esposo(a)/pareja	50	23.1
	Esposo(a)/pareja e hijo(a)(s)	36	16.7
	Esposo(a)/pareja y nietos	8	3.7
	Esposo(a)/pareja, hijo(a)(s) y nieto(a)(s)	16	7.4
	Hijo(a)(s)	38	17.6
	Nieto(a)(s)	4	1.9
	Hijo(a)(s) y nieto(a)(s)	26	12.0
	Madre y hermano(a)	2	0.9
	Sobrino(a)	2	0.9
	Casa de religiosas	2	0.9
<i>Total</i>		216	100

NOTA: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 216.

FUENTE: Cédula de datos sociodemográficos y de salud.

La tabla 4 muestra el coeficiente de asociación de χ^2 por niveles de la fragilidad y el deterioro cognitivo de las personas mayores de la comunidad, identificando que a medida que aumenta la fragilidad, el deterioro cognitivo aumenta ($\chi^2 = 12.716$, $p = .01$), las capacidades físicas se deterioran con el paso de los años, lo que lleva a las personas mayores a dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria por lo que esta situación altera a la cognición.

TABLA 2. *Prevalencia de fragilidad y deterioro cognitivo de las personas mayores de una comunidad urbana del norte de México*

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Nivel de fragilidad</i>		
Sin fragilidad	43	19.9
Prefrágil	78	36.1
Frágil	95	44.0
<i>Nivel de deterioro cognitivo</i>		
Sin deterioro cognitivo normal	193	89.4
Deterioro cognitivo leve	22	10.2
Deterioro cognitivo moderado	1	.5
<i>Total</i>	216	100.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 216.

FUENTE: Escala de Frail, Pfeiffer.

TABLA 3. *Correlaciones Rho de Spearman de la fragilidad y el deterioro cognitivo de las personas mayores de una comunidad urbana del norte de México*

	<i>Variables</i>	<i>Fragilidad</i>	<i>Deterioro cognitivo</i>
<i>Fragilidad</i>	Coefficiente de correlación	1.000	.443**
	Sig. (bilateral)		.000
<i>Deterioro cognitivo</i>	Coefficiente de correlación	.443**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	

NOTAS: ** = La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral), *n* = 216.

FUENTE: Escala de Frail, Pfeiffer.

Discusión

En el presente estudio se muestra la alta prevalencia de la fragilidad en las personas mayores, como lo citan diversos autores, ya que se hace evidente que a medida que avanza la edad aumenta este síndrome geriátrico en las

TABLA 4. Asociación de χ^2 de la fragilidad y el deterioro cognitivo de las personas mayores de una comunidad urbana del norte de México

Variables	Nivel de fragilidad f (%)				χ^2	gl	p
	Sin fragilidad	Prefrágil	Frágil	Total			
Nivel de deterioro cognitivo	Sin deterioro cognitivo	42(19.4)	74(34.3)	77(35.6)	193(89.4)		
	Deterioro cognitivo leve	1(.5)	4(1.9)	17(7.9)	22(10.2)		
	Deterioro cognitivo moderado	0(0.0)	0(0.0)	1(.5)	1(.5)	12.716	4 0.013
	Total	43(19.9)	78(36.1)	95(44.0)	216(100)		

NOTA: f = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = Chi cuadrada de Pearson, gl = grados de libertad, p = Significancia estadística, n = 216.

FUENTE: Escala de Frail, Pfeiffer.

personas mayores, de lo que se infiere que la aparición de las limitaciones físicas, la sarcopenia y la pérdida de fuerza aunado a las enfermedades —que prevalecen en la población que envejece— aumenta la vulnerabilidad y la dependencia de las personas mayores (Mesa *et al.*, 2020; Zamudio Rodríguez *et al.*, 2017; Miyamura, 2019; Llibre-Rodríguez *et al.*, 2019).

Linares (2018) menciona que el elevado índice de fragilidad constituye un problema de salud que repercute en la dinámica familiar, afectando las áreas económicas, psicológicas y sociales de las personas adultas mayores y sus redes de apoyo social. Por su parte, Peláez *et al.* (2020) aluden a que la relación de la fragilidad con el estado emocional de las personas mayores aún no se encuentra explorada, ya que los abordajes para evitar la fragilidad se centran en la funcionalidad física dejando de lado la parte emocional, por lo que se considera conveniente realizar intervenciones que incidan en las situaciones emocionales.

En cuanto al deterioro cognitivo de la población adulta mayor encuestada se muestra que aún se presentan sin deterioro cognitivo, por lo que las personas mayores todavía cuentan con su capacidad funcional cogniti-

va en óptimas condiciones, datos que se asemejan a lo reportado por Luna Solís y Vargas Murga (2018), que reportaron baja prevalencia del deterioro cognitivo. Contreras *et al.* (2020), Cortez González y Salazar González (2019) hacen referencia a que los programas educativos y de actividad física —enfocados al autocuidado y a la prevención del deterioro cognitivo mediante la memoria cotidiana— fortalecen la construcción del propio conocimiento, el cual les ayuda en las actividades de la vida diaria, y esto previene la dependencia funcional.

Borrás y Viña (2016) mencionan que la cognición se refiere al funcionamiento intelectual que permite interactuar con el entorno en el que una persona se desenvuelve, con la vejez se presentan en el cerebro de forma natural cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que modifican la actividad cerebral y pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas o se puede continuar con la función normal. Por su parte, Benavides Caro (2017) señala que el mantenimiento de la cognición de las personas adultas mayores se encuentra ligada a variables como la morbilidad, el soporte social, el estado anímico y la presencia de síndromes geriátricos como la fragilidad y la osteopenia. Suárez y Gross (2019), Rozo y Montenegro (2016) concuerdan en que las acciones o programas, para potenciar la estimulación cognitiva a través del apoyo familiar de las personas adultas mayores, tienen un impacto positivo para prevenir el deterioro cognitivo. Podemos completar diciendo que el apoyo familiar brinda las personas adultas mayores el mantenimiento de las funciones cognitivas y evita el aumento de la fragilidad en este grupo etario.

Los resultados del presente estudio mostraron una relación entre la fragilidad y el deterioro cognitivo, indicando que, a medida que aumenta la fragilidad en las personas mayores, existe una probabilidad de que desarrollen o sufran deterioro cognitivo. Brigola (*et al.* 2015), Meza *et al.* (2021), Chen *et al.* (2014) y Miyamura *et al.* (2019) citan que los componentes de la fragilidad están asociados a los bajos niveles cognitivos, y señalan que la presencia de la fragilidad aumenta el riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Por lo que se puede señalar que la prevalencia de vulnerabilidad en las personas mayores puede contener las directrices que eviten el deterioro cognitivo y así aumentar la independencia funcional.

Conclusiones

La fragilidad predominó en la población adulta mayor encuestada. Una valoración geriátrica integral debe de estar constituida por la medición objetiva de la fragilidad física, ya que la detección oportuna de las personas mayores frágiles permite a los profesionales de salud generar las estrategias que detengan el declive funcional y mejoren las condiciones de salud.

Existen bajos niveles de deterioro cognitivo en las personas mayores que participaron en el presente estudio. A medida que avanza la edad, el aumento de las capacidades cognitivas se van deteriorando; cuando sus capacidades se encuentran en buenas condiciones, se pueden realizar actividades profilácticas que fortalezcan las funciones cognitivas. El que las personas mayores presenten deterioro cognitivo moderado puede ser un factor predisponente para que se desencadene la depresión en este grupo etario.

Se encontró una relación entre la fragilidad y el deterioro cognitivo en las personas mayores. Se muestra una asociación de la presencia de la fragilidad con el aumento del deterioro cognitivo en las personas mayores, estas variables se encuentran poco estudiada en poblaciones subdesarrolladas como lo es México. Para profundizar en la dependencia de estos síndromes geriátricos frecuentes en las personas mayores, se recomienda realizar estudios longitudinales, donde se identifique el impacto de la fragilidad en el deterioro cognitivo y las repercusiones en las actividades de la vida diaria y en su calidad de vida. Las estrategias para abordar la fragilidad se deben centrar en actividades cotidianas, fuerza muscular y actividades de cognición que fortalezcan las funciones físicas y cognitivas de las personas mayores.

Bibliografía

Becerra Partida, E. N., y Patraca Loeza, A. E. (2021) Prevalencia de síndrome de fragilidad en adultos mayores de 70 años en Primer Nivel de Atención. *Revista CONAMED*, 26(1), 42-47. <https://doi.org/10.35366/99127>

- Benavides Caro, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107-112.
- Blazer, D. G., y Wallace, R. B., (2016) Cognitive Aging: What Every Geriatric Psychiatry Should Know. *Am J Geriatr Psychiatry*, 24(9), 776-81. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.06.013>
- Borrás, B. C., y Viña, R. J. (2016). Neurofisiología y envejecimiento: Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 51, 3-6.
- Brigola, A. G., Rossetti, E. S., Santos, B. R. D., Neri, A. L., Zazzetta, M. S., Inouye, K., y Pavarini, S. C. I. (2015). Relationship between Cognition and Frailty in Elderly: A Systematic Review. *Dementia & Neuropsychologia*, 9, 110-119.
- Casals, C., Casals Sánchez, J. L., Suárez Cadenas, E., Aguilar Trujillo, M., Estébanez Carvajal, F. M., y Vázquez Sánchez, M. (2018). Fragilidad en el adulto mayor con diabetes *mellitus* tipo 2 y su relación con el control glucémico, perfil lipídico, tensión arterial, equilibrio, grado de discapacidad y estado nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 35(4), 820-826.
- Chen, X., Mao, G., y Leng, S. X. (2014). Frailty Syndrome: An Overview. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 433.
- Contreras, Y., Cortés, N., García, F., Mancilla, G., Moglia, G., Ríos, J., Rubilar, J., Saavedra, F., Sepúlveda, J., Soto, P., y Urrutia Egaña, M. (2020). Educación participativa comunitaria para prevenir el deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Horizonte de Enfermería*, 29(2), 164-183. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.29.2.164-183
- Cortez-González, L. C., y Salazar González, B. C. (2019). Factibilidad y aceptabilidad de una intervención multicomponente en adultos mayores frágiles residentes de asilos (Feasibility and Acceptability of a Multicomponent Intervention in Frail Elderly Residents of Nursing Homes). *Journal Health Npeps*, 4(1), 47-61.
- Falsarella, G. R., Gasparotto, L. P. R., Coimbra, I. B., y Coimbra, A. M. V. (2014). Aging and Body Composition (BC) Phenotypes. *Revista Kairós*, 17(2), 57-77.
- Fresnillo, S. H. (2021). *Actividad física, fragilidad y función física, y mortalidad en el adulto mayor* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid.
- Gutiérrez Herrera Raúl F. (2019). *El Alzheimer en Iberoamérica*. Universidad Autónoma de Nuevo León. pp. 17-20. <https://alzheimiberioamerica.org/>

- Hernández Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- King, M. V., Cáceres, J. A. G., y Abdulkadir, M. S. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 1-15.
- Linares, H. (2018). Síndrome de fragilidad en el adulto mayor y su repercusión en la salud familiar. *Revista Científica HGDA*, 1(1).
- Llibre Rodríguez, J. D. J., Valhuerdi Cepero, A., López Medina, A. M., Noriega Fernández, L., Porto Álvarez, R., Guerra Hernández, M. A., ..., y Marcheco Teruel, B. (2017). Cuba's Aging and Alzheimer Longitudinal Study. *MEDICC Review*, 19, 31-35.
- Lluis Ramos, G. E. (2013). Fragilidad y asociaciones de riesgo en adultos mayores de una comunidad urbana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(3), 368-376. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300003&lng=es&tlng=es
- Luna-Solis, Y., y Vargas Murga, H. (2018). Factors Associated with Cognitive and Functional Impairment Suggestive of Dementia in Elderly Adults from Lima Metropolitana and Callao. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(1), 9-19. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3269>
- Mesa, Y. P., Rodríguez, J. L., Sevillano, T. F., Ulloa, E. H., y Santisteban, A. G. (2021). Fragilidad como factor de riesgo de demencia en adultos mayores. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 8(3), 1-11.
- Miyamura, K., Fhon, J. R. S., Bueno, A. D. A., Fuentes Neira, W. L., Silveira, R. C. D. C. P., y Rodrigues, R. A. P. (2019). Síndrome de fragilidad y deterioro cognitivo en los adultos mayores: una revisión sistemática de la literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3202. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3189.3202>
- Peláez, M. S., Bernal, J. G., Cámara, R. S., Iglesias, A. I. S., y Jahouh, M. (2020). Ansiedad, depresión y apatía en relación a la situación de fragilidad. *Revista INFAD de Psicología: International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 149-158.
- Polit, F. D., y Hungler, B. P. (2018). *Esentials of Nursing Research: Apprasing Evidence for Nursing Practice* (9ª ed.). Wolters Kluwer.
- Rodríguez, R. A. P., Fhon, J. R. S., Pontes, M. D. L. D. F., Silva, A. O., Haas, V. J., y Santos, J. L. F. (2018). Síndrome de la fragilidad en el adulto mayor y sus

- factores asociados: comparación de dos ciudades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3100. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2897.3100>
- Rozo, V. R. O., y Montenegro, Z. D. C. (2016). Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 11(1), 12-18. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179346558004>
- Suárez Cid, L., y Gross Tur, R. (2019). Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista Información Científica*, 98(1), 88-97.
- United Nations. (2017). *World Population Aging 2017: Highlights*. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf
- Varela Pinedo, L., Ortiz Saavedra, P. J., y Chávez Jimeno, H. (2008). Síndrome de fragilidad en adultos mayores de la comunidad de Lima Metropolitana. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 21(1), 11-15.
- Weiissberger, G., Gibson, K., Nguyen, C., y Han, D. (2018). Neuropsychological Case Report of MCI Reversion at One-Year Follow-up. *Appl Neuropsychol Adult.*, 23, 1-10. <https://doi.org/10.1080/23279095.2018.1519510>
- Zamudio Rodríguez, A., Aguilar Navarro, S., y Ávila Funes, J. A. (2017). Deterioro cognitivo en adultos mayores con VIH/SIDA y síndrome de fragilidad. *Gaceta Médica de México*, 153(5), 598-607.

Capítulo 9. Efecto de la autotrascendencia sobre los síntomas depresivos en el adulto mayor

ISAÍ ARTURO MEDINA FERNÁNDEZ¹

ANA LAURA CARRILLO CERVANTES²

PEDRO ENRIQUE TRUJILLO HERNÁNDEZ³

DANIEL SIFUENTES LEURA⁴

BRENDA CUEVAS JAIMES⁵

Resumen

Introducción: el proceso de envejecimiento con lleva cambios físicos, sociales y psicológicos. Tener una visión más clara de esos cambios y buscar estrategias para mantener el equilibrio es lo que se puede llamar autotrascendencia. Si existe un desequilibrio, en conjunto con la madurez de la perspectiva de vida del adulto mayor, puede ser afectada la salud mental, por ejemplo pueden presentarse síntomas depresivos. Dicho lo anterior, se propuso el objetivo de determinar el efecto de la autotrascendencia sobre los síntomas depresivos en adultos mayores de una ciudad del noreste de México. *Materiales y Métodos:* Estudio correccional predictivo, realizado a adultos mayores de la ciudad de Saltillo, Coahuila. De primera instancia se dio lectura a consentimiento informado. Una vez aceptado, se aplicó la cédula de datos sociodemográficos, la escala de autotrascendencia (STS) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-20).

¹ Maestro en Enfermería. Profesor de tiempo completo, Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo", Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2845-4648>

² Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo, Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo", Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2920-4675>

³ Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de tiempo completo, Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo", Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8503-387X>

⁴ Profesor de tiempo completo, Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo", Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4851-1593>

⁵ Profesora de tiempo completo, Programa de Enfermería, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5540-6652>

Para su análisis estadístico se midió con estadística descriptiva e inferencial. *Resultados:* Muestra constituida por 251 adultos mayores, en su mayoría mujeres con media de edad de 70.09 años. Prevalció una depresión moderada en el 21.5% y autotrascendencia media en un 41.8%. Se encontró que las mujeres, viudas y que viven con amigos tienen mayor media de síntomas depresivos. En contraste con la autotrascendencia, las mujeres, las personas casadas y quien vive con sus familiares presentan mayor media de autotrascendencia. De igual manera, se halló una relación negativa entre autotrascendencia y síntomas depresivos ($p < .001$), influyendo esta última en un 13.4%, siendo un factor predictivo la autotrascendencia. *Conclusión:* la alta autotrascendencia disminuye la gravedad de los síntomas depresivos, esto indica la necesidad de aplicar cuidados de enfermería de forma individual o comunitaria en los adultos mayores para disminuir un impacto negativo en la salud mental.

Palabras clave: anciano, depresión, autotrascendencia.

Introducción

La situación actual de los adultos mayores indicó que en el 2015 hubo alrededor de 901 millones de personas de 60 años y más en todo el mundo, lo que representó el 12% de la población global (Helpage International, 2015). A nivel nacional se estima en México la existencia de 10 055 379 de AM (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016), siendo que 233 944 pertenecen a Coahuila, de los cuales 18 248 pertenecen al municipio de Saltillo (Instituto Nacional de las Personas Adultos Mayores, 2015).

Aunado a lo anterior, este cambio demográfico ocasiona que el envejecimiento sea considerado como un proceso de adaptación asociado a un constructo dinámico, puesto que se deben tener en consideración múltiples factores asociados a ello, principalmente, procesos biológicos, fisiológicos, ambientales, comportamentales, sociales, espirituales y psicológicos (Carrillo Sierra *et al.*, 2020).

Estos últimos se manifiestan con el sentir propio de la persona y con el actuar dentro de un grupo familiar y social. Asimismo, entre los cambios

se encuentra la modificación de roles y posiciones sociales, la pérdida de relaciones estrechas, pérdida de la autoestima, pérdida del significado o sentido de la vida, pérdida de la facilidad de adaptación, la aflicción por situaciones que vulneren la salud emocional, entre otros (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2019; Monroy, 2005).

No obstante, ante dicha situación los adultos mayores siguen siendo considerados un grupo vulnerable, dado que el proceso de envejecimiento conlleva la pérdida o disminución de las capacidades físicas, psicológicas y sociales del adulto mayor que lo vuelven vulnerable (Guerrero y Ojeda, 2015). Sin embargo, la vejez debe ser vista como una etapa de sabiduría, en la que los significados de la vida adquieren una forma visionaria del mundo y del universo como un todo, integrando las experiencias positivas y negativas para conformar el yo presente (Alcocer *et al.*, 2020).

Tales situaciones de vida forman la autotrascendencia, la cual es la capacidad del ser humano para ir más allá del propio yo y como consecuencia ampliar los límites personales, es decir, es un movimiento personal, una visión más allá de las situaciones presentes que le permite a cada persona adulta mayor buscar estrategias para lograr un equilibrio consigo misma en el mundo y con el mundo (Alcocer *et al.*, 2020; Guerrero y Ojeda, 2015); ésta se puede visualizar a través de la temporalidad, momentos específicos a lo largo de la historia de vida de una persona, por lo tanto, la trascendencia es continua, es infinita y se repite constantemente a lo largo de la vida (Guerrero Castañeda *et al.*, 2019).

En el caso de la persona adulta mayor, la autotrascendencia valora su vida a pesar de las dificultades en las que se encuentre. Asimismo, los cambios atribuidos al proceso de envejecimiento en todas las áreas contribuyen a un cambio de pensamiento en el que las personas mayores experimentarían un estado de bienestar, enfatizando la vejez como el final de la vida y favoreciendo el sentido de conexión intra, inter y transpersonal (Whiteney y Dixon, 2018).

No obstante, el desarrollo y madurez de la perspectiva de vida en el adulto mayor puede ser afectada por factores en la salud mental como la depresión. Ésta es una enfermedad mental que se presenta con bajo ánimo, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito y mala concentración

(Trujillo *et al.*, 2017).

Su aparición durante la vejez depende de factores biopsicosociales, entre los factores biológicos se consideran la predisposición genética heredada y la presencia de otras enfermedades; entre los factores psicológicos y sociales vivir la pérdida de algún familiar o amigo, laboral, material, de salud, de funciones físicas o cognitivas, vivir abandono familiar, falta de redes de apoyo, viudez, y recursos económicos insuficientes (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2021). La depresión en los adultos mayores puede ser debido a la pérdida de independencia y privacidad de los pacientes, los sentimientos de aislamiento y soledad, la muerte y el dolor siempre presentes y la falta de actividades internas significativas se identifican como factores de riesgo de depresión

No obstante, la autotrascendencia incluye una fuerza psicosocial y espiritual hacia la madurez personal, por lo tanto, mejora la búsqueda del individuo de nuevas perspectivas, significado y bienestar, no obstante, la crisis del desarrollo en la vejez conlleva a tener una influencia negativa en el significado de la vida, volviéndolo vulnerable ante situaciones que afectan la salud mental, como es la depresión (Haugan y Innstrand, 2012).

Las situaciones antes referidas traen consigo retos, desafíos y oportunidades en diferentes ámbitos, principalmente, en lo relacionado con la salud mental, es por ello que servirán como bases para disminuir el riesgo de una dependencia física, psicológica y social (Cardona Arango *et al.*, 2018). Asimismo, la participación de enfermería desde una visión humanística permite ver a la persona como ser integral; esto es lo que permite el abordaje en todos los aspectos que están ligados a la calidad de vida de los individuos. Además, enfermería también puede detectar la percepción que tiene la persona, y puede orientar la respuesta hacia los sentimientos positivos y hacia el manejo adecuado de aquellos sentimientos que sean negativos (Moreira, 2020).

Debido a lo anterior, es de vital importancia el planteamiento y desarrollo de investigaciones que aborden este tema, por lo que se planteó el objetivo de determinar el efecto de la autotrascendencia sobre los síntomas depresivos en adultos mayores de una ciudad del noreste de México.

Material y métodos

Estudio correlacional, predictivo. Participaron 251 adultos mayores del Centro de Integración y Atención Familiar (CAIF) de Saltillo, Coahuila, México, que fue seleccionado aleatoriamente de la lista proporcionada por la administración del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Estado de Coahuila. Se solicitó consentimiento firmado para poder participar en el estudio. Se incluyeron a adultos hombres o mujeres, con una edad igual o mayor a 60 años que asistieron al CAIF el día de la recolecta de los datos y que firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos AM con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas, que pudieran alterar el estado de ánimo, así como a aquellos que estaban bajo tratamiento de control de síntomas depresivos.

Instrumentos y mediciones

De primera instancia se aplicó una cédula de datos sociodemográficos, donde se cuestionó la edad, sexo, religión, si contaban con hijos, con quién viven. Posteriormente, se aplicó la escala de autotrascendencia (STS, por sus siglas en inglés Self-Transcendence Scale), de 15 ítems, de Pamela Reed validada al contexto español (Pena Gayo *et al.*, 2018). La escala alude a las habilidades del desarrollo sobre las experiencias decrecientes de la evolución adulta y del envejecimiento. Las posibles respuestas oscilan de: 1 = “para nada” a 4 = “demasiado”; con puntaje mínimo es de 15 puntos y máximo de 60, en la que se identifican tres niveles de autotrascendencia: baja autotrascendencia de 15 a 29 puntos, mediana autotrascendencia de 30 a 44 puntos, alta autotrascendencia de 45 a 60 puntos.

La escala STS fue desarrollada a partir de la escala “Recursos de desarrollo de la adultez madura”, por su sigla en inglés DRLA. La autotrascendencia fue el factor esencial, representando sobre el 80% de la diferencia en la DRLA en estudios anteriores. El alfa de Cronbach estimó que la fiabilidad va desde 0.8 a 0.9; en poblaciones de Colombia tuvo una alfa de Cronbach de 0.8.

Para evaluar los síntomas depresivos se utilizó la “Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos” (CESD-20) desarrollada para utilizarse en estudios epidemiológicos y medir sintomatología depresiva en población general. El CESD-20 consta de 20 reactivos con valor de 0 a 3 puntos de acuerdo con la frecuencia de ocurrencia de cada síntoma durante las dos últimas semanas anteriores, la puntuación se ubica entre 0 a 60. Las propiedades psicométricas del CESD-20, según Radolff (1977), son las siguientes: (a) una alfa de Cronbach de 0.85 para población general y 0.90 para pacientes psiquiátricos; (b) confiabilidad *test-retest* es de 0.54 para población general y 0.53 en pacientes psiquiátricos; (c) porcentaje de no respuesta es bajo, por lo que su aceptabilidad es alta.

La escala de respuesta es 0 = raramente o nunca (ningún día); 1 = algo (1 a 2 días); 2 = ocasionalmente (3 a 5 días), y 3 = la mayoría (5 a 7 días). Para la interpretación, se suman las puntuaciones obtenidas en cada ítem, puntuaciones altas indican mayor gravedad de la sintomatología depresiva, sin embargo, para la evaluación del estado depresivo se tiene los siguientes parámetros. < de 15 = no se indica depresión; 16 – 20 = se indica depresión leve; 21-25 = se indica depresión moderada; 26 o mayor = se indica depresión severa.

Análisis de los datos

Las variables demográficas fueron analizadas mediante estadística descriptiva. A través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y de corrección de Lilliefors, se determinó la normalidad de las variables y se decidió el uso de estadística no paramétrica. Para la confiabilidad de los instrumentos, se utilizó el alfa de Cronbach. Asimismo, se utilizaron análisis descriptivos (medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes). Para determinar si las variables de autotrascendencia, edad y sexo tiene efecto sobre los síntomas depresivos, se utilizó el Modelo Lineal General Universidad. Los datos se capturaron y analizaron mediante el paquete estadístico SPSS para Windows 25.

Consideraciones éticas

Por otra parte, el presente estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la UAdeC, y se apegó a lo señalado en la declaración de Helsinki, en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y a lo establecido en el código de Núremberg, que proponen principios éticos para la investigación médica en seres humanos, se garantizó la participación libre, el consentimiento informado, la protección de la privacidad, así como la declaración de conflicto de intereses; Además se consideró la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 251 adultos mayores, de los cuales el 55.4% son mujeres y 44.6% hombres, con una media de edad de 70.09 años ($DE = 6.95$). Asimismo, se identificó que la mayoría de los adultos mayores eran casados, católicos, en promedio con tres hijos, de los cuales el 90% siguen teniendo contacto con ellos, y el 63.7% vive con algún familiar (tabla 1).

En cuanto a las variables de estudio como la autotrascendencia, la puntuación osciló entre 21 y 60 puntos con una media de 44.51 y desviación estándar de 9.02, prevaleciendo la alta autotrascendencia. Asimismo, la puntuación de depresión osciló entre 0 y 52 años, con una media de 17.81 y desviación estándar de 9.40, siendo mayor en la muestra la depresión moderada (tabla 2).

Por otra parte, en la tabla 3 se encontró que las mujeres, los adultos mayores viudos y que viven con amigos tienen mayor media de síntomas depresivos. En contraste con la autotrascendencia, las mujeres, las personas casadas y quienes viven con sus familiares presentan mayor media de autotrascendencia.

Las correlaciones indicaron que a mayor edad, menor gravedad de síntomas depresivos y mayor autotrascendencia. De igual manera, se encontró que a menor autotrascendencia, mayor gravedad de síntomas depresivos (ver tabla 4).

TABLA 1. *Características del adulto mayor*

		f	%
<i>Sexo</i>	Hombre	139	55.4
	Mujer	112	44.6
<i>Estado civil</i>	Soltero	28	11.2
	Casado	108	43
	Divorciado	33	13.1
	Viudo	69	27.5
	Unión libre	13	5.2
<i>Religión</i>	Católicos	191	76.1
	Cristiano	39	15.5
	Sin religión	14	5.6
	Testigo de Jehová	7	2.8
<i>Mantiene contacto con hijos</i>	Sí	226	90
	No	25	10
<i>¿Con quién vive?</i>	Solo	88	35.1
	Familiares	160	63.7
	Amigos	3	1.2

NOTA: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 251.

TABLA 2. *Nivel de depresión y autotrascendencia en el adulto mayor*

		f	%
<i>Depresión</i>	Sin depresión	108	43
	Depresión leve	37	14.7
	Depresión moderada	54	21.5
	Depresión severa	52	20.7
<i>Autotrascendencia</i>	Baja	15	6
	Mediana	105	41.8
	Alta	131	52.2

NOTA: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 251.

TABLA 3. *Diferencia de medias de la autotrascendencia y síntomas depresivos de acuerdo a las características del adulto mayor*

		<i>Síntomas depresivos</i>	<i>Autotrascendencia</i>
		<i>x (DE)</i>	<i>x (DE)</i>
Sexo	Hombre	17.62 (9.75)	43.57 (9.41)
	Mujer	17.95 (9.15)	45.27 (8.65)
Estado civil	Soltero	17.50 (9)	44.57 (9.19)
	Casado	16.16 (8.92)	45.02 (9.55)
	Divorciado	18.91 (9.06)	44.90 (8.24)
	Viudo	20.23 (9.32)	40.58 (8.17)
	Unión libre	19.55 (10.23)	44.24 (8.64)
¿Con quién vive?	Solo	19.62 (10.09)	43.62 (8.25)
	Familiares	16.64 (8.85)	45.03 (9.41)
	Amigos	27.33 (1.15)	43 (10.58)

NOTA: *x* = mediana, *DE* = desviación estándar.

TABLA 4. *Relación de edad, síntomas depresivos y autotrascendencia*

	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1. Edad	1		
2. Autotrascendencia	.204** <i>p</i> = .001	1	
3. Síntomas depresivos	-.291** <i>p</i> < .001	-.383** <i>p</i> < .001	1

NOTA: * = *p* < .05, ** = *p* < .001.

El modelo 1 nos indicó que la autotrascendencia influye en un 13.4% sobre los síntomas depresivos, siendo un factor predictor que afecta negativamente a la salud mental del adulto mayor (ver tabla 5).

No obstante, el modelo número 2 indicó que la edad, sexo y autotrascendencia influyen sobre los síntomas depresivos en un 14.2%, siendo factor predictor la edad y, de igual manera, la autotrascendencia (ver tabla 6).

TABLA 5. *Modelo 1 Lineal General Univariado 1 para el efecto de la autotrascendencia sobre los síntomas depresivos*

<i>Pruebas de los efectos inter-sujetos</i>					
<i>Origen</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>f</i>	<i>p</i>
Modelo corregido	2968.39	1	2968.39	38.57	<.001
Autotrascendencia	2968.39	1	2968.39	38.57	<.001
Error	19161.05	249	79.96		
Total	101771.00	251			
Total corregido	22130.199	250			
$R^2 = 13.4\%$					
<i>Bootstrap para estimaciones de los parámetros</i>					
<i>Variable dependiente</i>	<i>Parámetro</i>	β	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza al 95%</i>	
				<i>Superior</i>	<i>Inferior</i>
<i>Síntomas depresivos</i>	Intersección	34.810	<.001	29.31	40.33
	Autotrascendencia	-.382	<.001	-.503	-.261

NOTA: SC = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, CM = cuadrado medio, *p* = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación, *n* = 251.

Discusión

El presente estudio constituye un aporte a la evidencia científica existente, ya que indaga el determinar el efecto de la autotrascendencia sobre los síntomas depresivos en adultos mayores de una ciudad del noreste de México. No obstante, las condiciones presentadas en los resultados indican a la muestra como grupo vulnerable, ya que, al enfrentar ciertas experiencias que los colocan en situaciones de riesgo, suelen afectar su bienestar personal, moral, psíquico o material, y los recursos para enfrentar la amenaza son limitados, escasos o inexistentes (Osorio, 2017).

En cuanto a las condiciones sociales y demográficas, el estudio señala que la muestra estuvo constituida en su mayoría por mujeres en un 55.4%, siendo mayor a lo reportado en Colombia con un 67.2%, y menor a lo referido en el Ecuador con un 51% (Gutiérrez y Rojas, 2018; Narea *et al.*, 2020) (a esto se le conoce como que en México la vejez tiene rostro de

TABLA 6. *Modelo 2 Lineal General Univariado para el efecto de la autotrascendencia, edad y sexo sobre los síntomas depresivos*

<i>Pruebas de los efectos inter-sujetos</i>					
<i>Origen</i>	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Modelo corregido	3359.64	3	1119.88	14.73	.001
Intersección	679.92	1	679.92	8.94	.003
Edad	328.04	1	328.04	4.31	.039
Sexo	48.35	1	48.35	.636	.426
Autotrascendencia	2285.17	1	2285.17	30.70	.001
Error	18770.55	247	75.99		
Total	101771.00	251			
Total corregido	22130.19	250			
$R^2 = 14.2$					
<i>Bootstrap para estimaciones de los parámetros</i>					
<i>Variable dependiente</i>	<i>Parámetro</i>	β	<i>p</i>	<i>Intervalo de confianza al 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
<i>Síntomas depresivos</i>	Intersección	20.89	0.004	6.88	34.9
	Autotrascendencia	-.350	0.001	-.476	-.224
	Edad	0.171	0.039	0.009	-1.25
	Sexo femenino	0.88	0.426	-1.30	3.08

NOTA: SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = Cuadrado Medio, p = significancia observada, R^2 = coeficiente de determinación, n = 251.

mujer). Además es necesario considerar que la esperanza de vida entre hombres y mujeres son diferentes, siendo mayor en este último grupo (Medina *et al.*, 2021).

Otro dato de importancia es que el 63.7% de los adultos mayores viven con sus familiares, siendo menor lo reportado en Tabasco con un 26.1%, y mayor al reportado en Colombia con más del 80% (Valdez Huirache y Álvarez Bocanegra, 2018). Estas situaciones previamente señaladas indican que la familia asume, en la mayoría de los casos, la responsabilidad del cuidado del adulto mayor, con el fin de ser proveedores de apoyo material e instrumental en la vejez para un bienestar integral (Garay *et al.*, 2019).

Por otra parte, los adultos mayores presentan una autotrascendencia alta en un 52.2% y con una media de 44.51 puntos, lo cual contrasta con el estudio realizado en Chile en el que fue mayor, con una media de 54.7, presentando el 96% de los encuestados un nivel alto de autotrascendencia; de igual manera, fue más alto en Celaya, México, con una media de 51.36, encontrándose en nivel alto (Guerrero y Lara, 2017; Oliva *et al.*, 2016). Este fenómeno se debe a que se incrementa con la edad, siendo ésta un movimiento personal, que da una visión más allá de las situaciones presentes y que le permite a cada persona adulto mayor buscar estrategias para lograr un equilibrio consigo mismo en el mundo y con el mundo (Alcocert *et al.*, 2020).

No obstante, las mujeres y los adultos mayores casados, con hijos, tienen una mayor autotrascendencia. Estos pueden ser factores que ocasionen una sensación de realización por su deber y los logros de sentido que se encuentran en el pasado, es decir, el legado y huella dejado a través de la descendencia (Avellar *et al.*, 2017).

De igual manera, se encontró una relación de edad con autotrascendencia. Esto puede deberse a que el adulto mayor se acepta a sí mismo conforme avanza la edad, es decir, hay una identificación con la conexión interna y la autoaceptación (Guerrero y Lara, 2017).

Por otra parte, en relación con los síntomas depresivos, obtuvieron una media de 17.81, prevaleciendo la depresión severa en el 20.7%. Dichos resultados fueron mayores a lo reportado en otro estudio de Coahuila, México, con una media de 15.6 encontrándose en depresión leve. De igual manera, fue mayor al comparado en población de China con una media de 8.08, es decir, con menor síntomas depresivos (Trujillo Hernández *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2014). Lo anterior puede deberse también a que las mujeres y viudos tienen mayor gravedad de síntomas; esto es similar a lo reportado en la literatura, donde se señala que los adultos mayores con mayor riesgo de desarrollar depresión son los de sexo femenino, aquellos con menor nivel educacional y socioeconómico, los desempleados, los no casados ni emparejados y aquellos que no cuentan con una red de apoyo social (Avellar *et al.*, 2017).

También se encontró relación de síntomas depresivos con edad. Esto es similar a lo referido en el estudio por De los Santos y Carmona; puede

ser explicado por un posible deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores, pues la pérdida de roles, de seres queridos y el sentirse en un estado de dependencia los hace más vulnerables (De los Santos y Carmona, 2018; Estrada *et al.*, 2013).

Por último, se halló que a mayor autotrascendencia es menor la gravedad de los síntomas depresivos, influyéndola en un 13.4%. Estos resultados fueron similares a lo reportado en Noruega, donde la autotrascendencia inter- e intrapersonal alta ocasiona una disminución de síntomas depresivos (Haugan y Innstrand, 2012). Lo anterior puede ser debido a que la autotrascendencia se logra mediante los intereses personales, el aprendizaje, la participación con los demás, la conexión, el compartir la propia sabiduría, ayudar a los demás y aceptar los cambios en las capacidades físicas (Haugan y Innstrand, 2012).

No obstante, con lo referido anteriormente, el profesional de enfermería contribuye en promover la autotrascendencia para favorecer en el adulto mayor elementos de fortaleza interna que coadyuven en una mejor percepción de su salud funcional, emocional y espiritual y, por ende, en una mejor percepción de la vida, que se manifiesta como bienestar general (Guerrero y Lara, 2017).

Conclusión

Este estudio estuvo constituido por adultos mayores vulnerables, es decir, viudos, que no tienen contacto con sus hijos, viven solos o fuera de un ambiente familiar. De igual manera, se encontró que presentan mayor gravedad de síntomas de depresión las mujeres, adultos mayores viudos y que viven con amigos, tienen mayor media de síntomas depresivos, sin embargo, las personas casadas, que viven con sus familiares tienen una mayor media de autotrascendencia. No obstante, se encontró que, al aumentar la edad, es mayor la autotrascendencia y menor la gravedad de síntomas de depresión. De igual forma, se halló que al aumentar la autotrascendencia disminuye la gravedad de los síntomas depresivos en los adultos mayores, influyendo la variable independiente sobre la dependiente en un 13.4%, siendo un factor predictor.

Estos resultados indican la necesidad de aplicar cuidados de enfermería de forma individual o comunitaria en un ámbito psicológico, social y espiritual para aumentar la autotranscendencia y disminuir el impacto en los estados afectivos negativos, como es la depresión que puede llevar a situaciones que aumenten la vulnerabilidad en el adulto mayor.

Bibliografía

- Alcocer Sosa, A. C., Henríquez, P. C., y Guerrero Castañeda, R. F. (2020). Auto-transcendencia y espiritualidad en personas adultas mayores, reflexión para el cuidado. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 40, 1-11. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40800>
- Avellar, T., Veloso, V., Salvino, E., y Melo, L. (2017). La percepción de sentido de la vida en el ciclo vita: una perspectiva temporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 375-386. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79951336012>
- Cardona Arango, D., Segura Cardona, Á., Garzón Duque, M. O., y Salazar Quintero, L. M. (2018). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor en el departamento de Antioquia. *Papeles de Población*, 24(97), 9-42. <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.97.23>
- Carrillo Sierra, S. M., Rivera Porras, D., García Echeverri, M., y González, D. R. (2020). Envejecimiento e intervenciones terapéuticas desde la perspectiva psicológica a adultos mayores: Una revisión descriptiva. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(7), 899-907. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4426305>
- Censo de Población y Vivienda-INEGI (2016). *Estadísticas sobre adultos mayores en México*.
- De los Santos, P., y Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 1-23.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á., Ordoñez, J., Osorio, J., y Chavarriaga, L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y

- factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1.sdam>
- Garay, S., Montes, V., y Arroyo, C. (2019). Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México. *Revista Latinoamericana de Población*, 14(26), 70–88. <https://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i1.n26.4>
- Guerrero Castañeda, R., y Ojeda Vargas, M. G. (2015). Análisis del concepto de autotrascendencia: Importancia en el cuidado de enfermería al adulto mayor. *Cultura de los Cuidados*, 42, 26-37. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/49329/1/Cultura-Cuidados_42_05.pdf
- Guerrero Castañeda, R., Prado, M., TMO, M., JA, G.-S., y Ojeda Vargas, M. (2019). Experiencias de vida que favorecen la plenitud y trascendencia del ser adulto mayor: Estudio fenomenológico-hermenéutico. *Rev Esc Enferm USP*, 53, e03476. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018029303476>
- Guerrero, R., y Lara, R. (2017). Nivel de autotrascendencia en un grupo de adultos mayores mexicanos. *Revista Cuidarte*, 8(1), 1476–1487.
- Gutiérrez, L., y Rojas, E. (2018). *Programa para la promoción de la salud del adulto mayor en las comunas 5-6 del Municipio de Villavicencio* [Tesis de pregrado]. Facultad de Ciencias de la Salud.
- Haugan, G., y Innstrand, S. (2012). The Effect of Self-Transcendence on Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1–10. <https://doi.org/10.5402/2012/301325>
- Helpage International. (2015). *Índice global de envejecimiento / AgeWatch 2015: Resumen ejecutivo*. <https://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2015). *Perfil demográfico, epidemiológico y social de la población adulta mayor en el país, una propuesta de política pública*. <https://www.gob.mx/inapam/documentos/perfil-demografico-epidemiologico-y-social-de-la-poblacion-adulta-mayor-en-el-pais-una-propuesta-de-politica-publica>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019). *Cambios psicosociales del envejecimiento*. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cambios-psicosociales-del-envejecimiento?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2021). *La depresión en la vejez y la importancia de su prevención*. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/la-depresion-en-la-vejez-y-la-importancia-de-su-prevencion?idiom=es>

- Medina, I., Casco, K., Cervera, M., Polanco, P., Carrillo, A., y Medina, J. (2021). Diagnóstico sobre situación de vulnerabilidad de la población adulta mayor de una zona de Saltillo, Coahuila. En U. del Lirio (Ed.), *Producción científica en poblaciones vulnerables salud, comportamiento humano y sociedad* (pp. 115–130). Ediciones del Lirio/UAIM.
- Monroy, A. (2005). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor*. <http://amapsi.org/web/articulos/aspectos-psicologicos-y-psiquitricos-del-adulto-mayor>
- Moreira, Y. (2020). Enfermería en el cuidado de la salud mental de los adultos mayores. *Revista Cúpula*, 34(2), 86-90. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v34n1-2/art05.pdf>
- Narea, V., Fonseca, R., Rodríguez, K., y Armijo Baño, C. (2020). Análisis situacional integral de salud en la comunidad el Fortín, Guayaquil. 2016. *Pro Sciences*, 4(31), 1—. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol4iss31.2020pp1-10>
- Oliva, J., Cruz, M., y Machuca, L. (2016). Nivel de autotrascendencia y factores moderadores en adultos mayores que participan en clubes del adulto mayor en la comuna de Coihueco, Chile. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 6(3), 59-67.
- Osorio, O. (2017). Vulnerabilidad y vejez: Implicaciones y orientaciones epistémicas del concepto de vulnerabilidad. *Intersticios Sociales*, 13(13), 1-34.
- Pena Gayo, A., González Chordá, V. M., Cervera Gasch, Á., y Mena Tudela, D. (2018). Cross-Cultural Adaptation and Validation of Pamela Reed's Self-Transcendence Scale for the Spanish Context. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3058. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2750.3058>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Trujillo, P., Esparza, S., Benavides, R., Villarreal, M., y Castillo, R. (2017). Depresión en el adulto mayor; un instrumento ideal para su diagnóstico. *NURE Investigación*, 14(89), 1-10.
- Trujillo Hernández, P. E., Sáenz Galindo, A., Saucedo Cárdenas, O., Villarreal Reyna, M. D. L. Á., Salinas Santander, M. A., Carrillo Cervantes, A. L., Torres-Obregón, R., y Esparza González, S. C. (2021). Depressive Symptoms

Are Associated with Low Serotonin Levels in Plasma but Are not 5-HTTLPR Genotype Dependent in Older Adults. *Spanish Journal of Psychology*, 1-9. <https://doi.org/10.1017/SJP.2021.20>

Valdez Huirache, M., y Álvarez Bocanegra, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horiz. Sanitario*, 17(2), 113-121. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988>

Wang, Q., Wang, D., Li, C., y Miller, R. B. (2014). Marital Satisfaction and Depressive Symptoms among Chinese Older Couples. *Aging and Mental Health*, 18(1), 11-18. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.805730>

Whiteney, G., y Dixon, A. (2018). Understanding the Presence of Gerotranscendence among Older Adults. *Adultspan Journal*, 17(1), 27-40. <https://doi.org/10.1002/adsp.12051>

Capítulo 10. Malestar emocional en mujeres Yucatecas: un modelo estructural predictor del empoderamiento de la diabetes

JOSUÉ MEDINA FERNÁNDEZ¹

ANAHÍ RUIZ LARA²

NISSA YAING TORRES SOTO³

MARÍA ISABEL MÉNDEZ DOMÍNGUEZ⁴

DÉBORA CANTÉ HERNÁNDEZ⁵

Resumen

Introducción: Las desigualdades sociales en las mujeres han afectado en diversas áreas, siendo la salud una de éstas. La salud es diferente por los factores biológicos que determinan el funcionamiento y el riesgo de enfermar, aunado a que los procesos sociales y propios de la diabetes pueden afectar la salud emocional y, de esta manera, el empoderamiento de su enfermedad. *Objetivo:* Explicar el efecto del malestar emocional sobre el empoderamiento de la diabetes en mujeres Yucatecas. *Métodos:* Diseño correlacional-explicativo, recolectado con un muestreo a conveniencia, obteniendo una muestra de 387 mujeres que viven con diabetes tipo 1 y 2. Se utilizó una cédula de datos personales, el instrumento Cuestionario de área de problemas en diabetes para identificar el malestar emocional ($\alpha = 0.90$) y la escala de empoderamiento en diabetes ($\alpha = 0.89$). Se aplicó el consentimiento informado, estadística descriptiva e inferencial como *U* de Mann-Whitney, correlación de spearman y modelo de ecuaciones estructurales.

¹ Maestro en Enfermería. Profesor investigador, Departamento de Ciencias de la Enfermería, División de Ciencias de la Salud, Universidad de Quintana Roo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0588-9382>

² Profesora investigadora, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0268-4023>

³ Doctora en Ciencias Sociales. Profesora investigadora, Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Quintana Roo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3646-6649>

⁴ Maestra en Enfermería. Profesora investigadora, Departamento de Ciencias de la Enfermería, Universidad de Quintana Roo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2533-4683>

⁵ Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora, Departamento de Ciencias de la Enfermería, Universidad de Quintana Roo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9900-7103>

Resultados: Las participantes tuvieron una $M = 51.17$ años, $DE = 15.165$ años, observándose que el 45.7% (177) tiene diabetes tipo 1 y el 30.7% diabetes tipo 2, con una $M = 168.45$ mg/dl, $DE = 85.006$ mg/dl de su última glucosa capilar. Se encontró relación entre el malestar emocional y la glucosa capilar ($r = 0.124$, $p < 0.05$), así como también se halló relación de la edad ($r = -0.173$, $p < 0.05$) y malestar emocional ($r = -0.157$, $p < 0.05$) con el empoderamiento en diabetes. En el modelo estructural, confirman que el malestar emocional afecta negativamente el empoderamiento de la diabetes en las mujeres. **Conclusión:** El malestar emocional produce un efecto negativo en el empoderamiento de la diabetes, por lo que este grupo vulnerable requiere la intervención de enfermería que coadyuve en la mejora de sus procesos emocionales que afectan el empoderamiento y control glucémico de su enfermedad.

Palabras clave: emociones, empoderamiento para la salud, diabetes, diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, salud de la mujer.

Introducción

Ser mujer y tener diabetes conlleva a una desigualdad de salud por causas multifactoriales, pudiendo afectar la salud mental como las emociones y a su vez provocar un déficit del empoderamiento de su enfermedad, un mal control glucémico y metabólico. De esta manera, la diabetes en los adultos es un problema de salud importante en el mundo. Lo anterior puede verse plasmado según los datos de la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2021) con 1.5 millones de defunciones, y se proyecta que el número total de personas con diabetes aumentará de 171 millones en 2000 a 366 millones en 2030. En México no es la excepción, en el último año se posicionó dentro de las tres principales causas de muerte a nivel nacional y en términos de género constituye la segunda causa de morbilidad en mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021).

Desafortunadamente, las repercusiones en la salud de los pacientes con diabetes desencadenan complicaciones como infarto o accidente cerebro vascular (Emerging Risk Factors Collaboration, 2010), neuropatía, re-

tinopatía (Bourne *et al.*, 2013) e insuficiencia renal (United States Renal Data System, 2015), las cuales impactan en el bienestar de quien lo padece.

Por otra parte, esta patología impacta en diversas esferas o dimensiones de la persona, ya que favorecen la aparición de síntomas depresivos, ansiedad, estrés, malestar emocional o también conocido como diabetes *distress*. Este último hace referencia a las reacciones psicológicas negativas significativas, tales como miedo, preocupación e incertidumbre, generadas por los cambios derivados de la enfermedad que se experimentan y que inciden en la calidad de vida de los pacientes, ya que puede influir en el cumplimiento del autocuidado, el control glucémico y el riesgo de complicaciones potenciales o reales (Graue *et al.* 2012; Martínez Vega, Doubova y Pérez Cuevas, 2017; Márquez, 2020).

El malestar emocional es manifestado por la presencia de emociones negativas persistentes que están directamente relacionadas con los problemas del tratamiento, plan alimenticio, relación con los profesionales de salud y ausencia de apoyo social (González, Fisher, y Polonsky, 2011). Fisher *et al.*, (2012) menciona que el malestar emocional se asocia a un deficiente control glucémico y problemas en el automanejo.

Por lo anterior y ante la naturaleza crónica de la diabetes, que afecta en gran medida el cuerpo del paciente, la mentalidad y sus funciones sociales, es de relevancia realizar una evaluación cuidadosa de la salud y de la calidad de vida de la mujer, así como otorgar herramientas necesarias para afrontar el padecimiento, como es el caso del empoderamiento. La literatura muestra que el empoderamiento es importante en el manejo de enfermedades de larga duración, especialmente la diabetes (Cooper, Booth y Gill, 2009; Funnell *et al.*, 1991).

El empoderamiento es una orientación que puede mejorar la capacidad de los pacientes con diabetes para comprender mejor el proceso de la enfermedad, involucrarse activamente en el autocuidado y en emplear estilos de vida saludables para un mejor control de la enfermedad (Hernández Tejada *et al.*, 2012), ya que proporciona el conocimiento, las habilidades y la responsabilidad para efectuar el cambio de comportamiento y tiene el potencial de promover la salud general y maximizar el uso de los recursos disponibles. El proceso de empoderamiento mejora el control de la diabetes, ayudando a los pacientes a tomar decisiones con respecto al cui-

dado de ésta y a la realización personal de sus responsabilidades en el manejo de la enfermedad mejorando su calidad de vida (Funnell *et al.*, 1991).

En México existen pocos estudios que hayan explorado el malestar emocional y empoderamiento de las mujeres que viven con diabetes *mel-litus*. Por lo que este estudio tiene como objetivo explicar el efecto del malestar emocional sobre el empoderamiento de la diabetes en mujeres Yucatecas.

Material y métodos

Participantes

Diseño correlacional-explicativo, con una muestra de 387 mujeres con diabetes tipo 1 y 2. Se aplicó un muestreo no probabilístico a conveniencia, recolectado a través de llamadas telefónicas, teniendo como criterios de inclusión tener diagnóstico médico de diabetes tipo 1 (DT1) y diabetes tipo 2 (DT2) de al menos 1 año, tener un dispositivo celular y vivir en Yucatán, México. Se aplicó una cédula de datos personales que evaluaba la edad, el sexo, los años de vivir con diabetes, el tipo de diabetes diagnosticado, última glucosa capilar cuantificada en su última cita médica, su economía percibida, percepción de complicaciones de la enfermedad y si asiste a un grupo de ayuda mutua para personas que viven con diabetes.

Instrumentos

Para el malestar emocional se aplicó la versión adaptada en población mexicana del PAID (Cuestionario de Áreas Problema en Diabetes). El instrumento consta de 16 reactivos relacionados con las emociones negativas, problemas con el tratamiento y con el apoyo social, aunado a que presenta reactivos relacionados con el manejo de la diabetes y cuenta con cinco opciones de respuesta que van de 1, “no es un problema” a 5, “es un problema grave”. Esta escala se interpreta que a mayor puntuación, mayor malestar emocional, teniendo un consistencia interna de Cronbach de 0.90 (Del Castillo y Reyes, 2010).

Para la medición del empoderamiento, se utilizó escala DES28 (Diabetes Empowerment Scale), éste representa una medida válida y confiable para evaluar la autoeficacia relacionada con el cuidado de la diabetes en diversos contextos, gestión de los aspectos psicosociales de la diabetes, insatisfacción y disposición al cambio y la capacidad de establecer y alcanzar metas. Consta de 28 reactivos con respuestas de tipo Likert del 1 al 5. Se identifican tres subescalas referentes a: manejo de los aspectos psicosociales de la diabetes, disposición al cambio y cumplimiento de objetivos. El puntaje va de 28 a 140, siendo el punto de corte 103; si el puntaje se ubica bajo este nivel se clasificará como no empoderado, y los sujetos que obtengan puntuación sobre 103 se considerarán como empoderados. Este instrumento ha reportado una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.89 (Anderson *et al.*, 2000).

Consideraciones éticas

La propuesta de investigación contó con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila, cumpliéndose lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, se aplicará el Artículo 13 del capítulo 1, título segundo, tratando con respeto y protegiendo su bienestar, explicándole de forma clara el objetivo del estudio y de toda actividad o procedimientos realizados en la investigación, éste se cumplirá a través de la entrega y firma del consentimiento informado electrónico, donde se protegieron los derechos de los humanos del participante, su autonomía, con el derecho a la libre decisión, que involucra la recolección y valoración de datos del mismo, respetando la confidencialidad y anonimato si así lo desease, sin la intención de causar algún malestar o daño al sujeto de estudio en tiempo determinado.

Por ende, se hace referencia a la Ley General de Salud en su título segundo: “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, los siguientes artículos: Artículo 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto, dignidad y la protección de su derecho y bienestar. Artículo 14: La investigación

que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a los incisos I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII.

Artículo 17: Se considera como riesgo mínimo la investigación porque se realizaron valoraciones cognitivas y recolección con instrumentos de medición por profesionales como lo marca el artículo 114, el cual deberá ser vigilado por el investigador principal y verificado a través del consentimiento informado.

Artículo 18: El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Artículo 20: Se entiende por consentimiento informado al acuerdo escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o su representante legal, autoriza la participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21: Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que se mencione la justificación, objetivos, procedimientos a utilizar, los riesgos esperados, los beneficios esperados, la libertad de retirarse de la investigación y la seguridad de sus datos de forma anónima, mencionado en los incisos III, V, VI, VII y VIII.

De igual manera, se considerará el informe Belmont al respetar los principios de justicia, debido a que todos los sujetos de estudio tuvieron la misma oportunidad de participar en la investigación, beneficencia, ya que se respetarán sus condiciones protegiéndolas del daño y, con la seguridad del bienestar mencionando los beneficios del proyecto para el grupo de mujeres, así como el respeto a las personas, de tal forma que se reconoció su autonomía mediante la firma del consentimiento informado electrónico y el derecho a retirarse de la investigación en el momento que desee.

Plan de análisis de datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico Statical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows 2010. Se utilizó estadística descriptiva obteniéndose frecuencias absolutas, proporciones y porcentajes. Se realizó un análisis de distribución de las variables continuas con la prueba de Kolmogorov Smirnov determinando a las variables como no paramétricas, por lo que para la diferencia de medias entre el grupo de diabetes tipo 1 y 2 se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney, mientras que para las correlaciones de las variables se aplicó la prueba de Spearman (Fikeld, 2013).

Se probó un modelo de ecuaciones estructurales utilizando el Software estadístico EQS v6.1 (Bentler, 2007), para medir el efecto del malestar emocional en el empoderamiento de las mujeres. Dada la cantidad de ítems del instrumento, se construyeron parcelas considerando las recomendaciones de Hau y Marsh (2004). Para evaluar la bondad de ajuste del modelo, se consideraron los indicadores de bondad de ajuste práctica, estadística y poblacional desde el método robusto propuesto por Bentler (2007). El indicador estadístico fue la chi-cuadrada (χ^2). Si esta relación resulta con un nivel de significancia de $p > .05$ se considera que el modelo presenta un adecuado ajuste estadístico. Considerando que la χ^2 suele ser susceptible al número de muestra, se utilizó el χ^2 relativo que se calcula dividiendo el índice de χ^2 ajustado por los grados de libertad. Si este valor es inferior a 5, se considera un buen ajuste estadístico (Schumacker y Lomax, 2004)2004. Adicionalmente, dado que los indicadores estadísticos suelen ser muy sensibles al tamaño de la muestra, también se consideraron los indicadores prácticos; estos incluyen el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), Bentler Bonett de Ajuste Normado (BBNFI) y No- Normado (BBNNFI) iguales o mayores a 0.90, y el Error de Aproximación Cuadrático Medio (RMSEA), que es una media absoluta de ajuste poblacional con valor $\leq .09$ (Browne y Cudeck, 1992) permitiendo considerar la pertinencia del modelo.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 387 mujeres con diabetes tipo 1 y 2, con un rango de edad de 18 a 90 años, con una $M = 51.17$ años, $DE = 15.165$ años. Entre los años de vivir con diabetes, tuvo una $M = 11.14$ años, $DE = 10.035$ años, con un valor mínimo y máximo de 1 a 50 años, respectivamente. Por último, en su cuantificación de su última glucosa capilar realizada en su seguimiento médico tuvo una $M = 168.45$ mg/dl, $DE = 85.006$ mg/dl.

En la tabla 1, se observa que la mayoría es adulta madura, tiene diabetes tipo 2, considera tener alguna afectación en los ojos, no asiste a algún grupo de ayuda mutua y se percibe con un estado económico medio.

TABLA 1. Caracterización de las mujeres que viven con diabetes

	<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Grupo de edad</i>	Adulto joven	121	31.3
	Adulto maduro	147	38
	Adulto mayor	119	30.7
<i>Tipo de diabetes</i>	Diabetes tipo 1	177	45.7
	Diabetes tipo 2	210	54.3
<i>Complicaciones percibidas de la diabetes</i>	No he padecido ninguna complicación	188	48.6
	Afectación en los ojos	82	21.2
	Afectación de la piel que no cura	24	6.2
	Pie diabético	25	6.5
	Afectación de los nervios	35	9
	Afectación de los riñones	33	8.5
<i>Asiste a grupo de ayuda mutua</i>	Sí	138	35.7
	No	249	64.3
<i>Economía percibida</i>	Baja	110	28.4
	Media	266	68.7
	Alta	11	2.8

NOTA: f = frecuencia, $\%$ = porcentaje, $n = 387$.

Con respecto a la variable malestar emocional, ésta se encuentra por debajo de la media del instrumento, mientras que con la variable de empoderamiento de la diabetes se encontró que el 42.9% (166) está empoderada y el 57.1% (221) no empoderada con su enfermedad (ver tabla 2).

TABLA 2. *Variable descriptiva de malestar emocional y empoderamiento en diabetes*

<i>Variable</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Malestar emocional	31.86	14.346
Empoderamiento en diabetes	112.08	13.198

NOTA: *M* = media, *DE* = desviación estándar, *n* = 387.

Por otra parte, se hallaron diferencias significativas con la edad, años de vivir con diabetes y glucosa capilar, siendo mayor en el grupo de mujeres que viven con diabetes tipo 1, mientras que el empoderamiento en diabetes también fue significativo, siendo mayor éste para el grupo de mujeres que viven con diabetes tipo 2.

TABLA 3. *Diferencia de media entre grupo de mujeres que viven con diabetes tipo 1 y 2*

<i>Variable</i>	<i>Diabetes tipo 1</i>	<i>Diabetes tipo 2</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>M</i>		
Edad	46.42	55.18	12679.000	0.000
Años de vivir con diabetes	8.70	13.20	12869.500	0.000
Glucosa	156.31	178.70	15891.500	0.014
Malestar emocional	31.72	31.98	18098.000	0.657
Empoderamiento en diabetes	113.84	110.50	16085.500	0.023

NOTAS: *M* = media, *U* = *U* de Mann Whitney, *p* = nivel de significancia, *n* = 387.

En la tabla 4 se encontró correlación entre el malestar emocional y la glucosa capilar, es decir, a mayor malestar emocional es mayor la glucosa capilar. Por otra parte, se encontró relación de la edad y el malestar emocional con el empoderamiento de la diabetes, eso significa que a mayor edad y malestar emocional, menor empoderamiento sobre la diabetes.

TABLA 4. *Relación de las variables de estudio*

<i>Variable</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Edad</i>	1	0.572**	−0.028	−0.090	−0.173**
<i>Años de vivir con diabetes</i>		1	0.071	−0.032	−0.068
<i>Glucosa capilar</i>			1	0.124*	−0.019
<i>Malestar emocional</i>				1	−0.157**
<i>Empoderamiento en diabetes</i>					1

NOTA: ** $p < 0.001$, * $p < 0.05$, $n = 387$.

Modelo estructural

Los resultados del modelo estructural se pueden observar en la figura 1. El modelo está constituido por dos factores o variables latentes (que son representados en círculos) y los indicadores correspondientes a dichos factores (representados por los rectángulos). De acuerdo con los resultados del modelo, el malestar emocional afecta negativamente el empoderamiento de la diabetes de las mujeres (−0.19). Los indicadores de bondad de ajuste estadística resultaron adecuados ($\chi^2 = 34.722$ [8 gl], $p < .0001$, χ^2 relativa = 4.34), al igual que los indicadores prácticos ($BBNFI = .98$, $BBNFI = .98$, $CFI = .99$) y el $RMSEA = 0.07$, revelando que los datos apoyan al modelo conceptual.

Discusión

Las desigualdades sociales en las mujeres han afectado en diversas áreas, siendo la salud una de éstas, la cual es diferente por los factores biológicos que determinan el funcionamiento y el riesgo de enfermar, y es desigual porque las normas y valores sociales asignan espacios y roles diferenciados a hombres y mujeres, condicionando sus experiencias vitales y su salud (Sadín *et al.*, 2011).

En el estudio, se encontró una $M = 51.17$ años, tiene diabetes tipo 2,

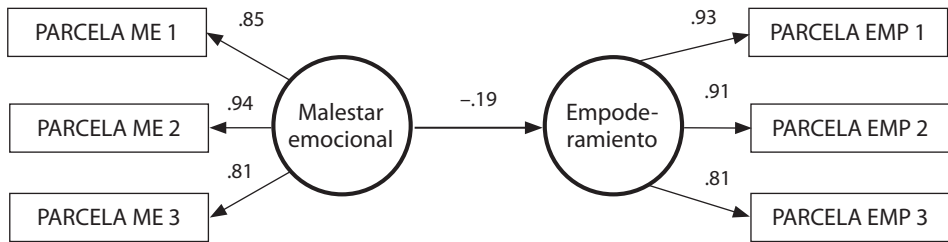


FIGURA 1. Modelo estructural del efecto del malestar emocional en el empoderamiento. Todas las cargas factoriales y los factores medidos son significativas: Bondad de ajuste: $\chi^2 = 34.722$ (8 g.l.); $p = .0001$; χ^2 relativa = 4.34; BBNFI = .98; BBNFI = .98; CFI = .99; RMSEA = .07

con un estado económico medio y no asiste a grupos de ayuda mutua. Estos datos son confirmados por la Encuesta Nacional de Salud (Shaman *et al.* (2020), en donde se refleja un aumento de la prevalencia de diabetes en los adultos menores de 60 años, aunado a que la economía y la falta de presencia en un grupo de ayuda mutua son factores que desencadenan un mayor desequilibrio del control glucémico y adherencia al tratamiento (Medina *et al.*, 2020; Rosanneis *et al.*, 2016).

De acuerdo a la variable malestar emocional tuvo una $M = 31.86$ puntos. Esto difiere a lo encontrado por Belendez, Lorente y Maderuelo, en donde la M fue más de 40 puntos, siendo mayor en las personas con DT1 (Vida y Tiempo, 2021), mientras que para Del Castillo, Morales y Solano (2013) fue similar, ya que tuvo una M entre 34 y 39 puntos previa aplicación de su intervención. Esto se puede deber a que la diabetes, como otras condiciones de salud crónicas, requiere un proceso de aceptación, por lo que para mantener ámbitos emocionales equilibrados es necesario, así como desarrollar mecanismos que les permitan adaptarse a la nueva situación lo mejor posible.

Asimismo, el empoderamiento en diabetes tuvo una $M = 112.08$ puntos, categorizándose la mayoría como no empoderada, siendo la puntuación y porcentajes de empoderamiento similar a lo elaborado en México y Turquía, en donde se observan niveles de no empoderamiento entre el 50% y 70% para ambos artículos, por lo consiguiente se sobrepone que la educación hacia un empoderamiento en diabetes es en definitiva una herramienta que contribuye a lograr que los PAM logren las metas de control metabólico (Atak *et al.*, 2008; Cruz *et al.*, 2019; Pimentel, 2014).

Por otra parte, en nuestro estudio se encontró que el empoderamiento de la enfermedad fue mayor en las mujeres con diabetes tipo 2. Estos datos fueron similares a lo encontrado en Perú y Ecuador, lo cual confirma que, a ausencia de empoderamiento, aumenta la probabilidad en 1.1 veces de presentar cifras más elevadas de glucosa capilar y hemoglobina glucosilada (Orozco, 2016; Zambrano, 2019).

Se encontró que, a mayor malestar emocional, mayor glucosa capilar. Esto difiere a lo realizado en Hidalgo (Sarabia, 2018), ya que en su estudio abordaron hombres y mujeres, pudiendo demostrar que el factor género influye sobre los resultados, por lo que se ha demostrado que los pacientes que viven con diabetes tienen el doble de riesgo de presentar depresión y ansiedad en comparación con la población en general (Abdulkareem *et al.*, 2017).

Por otra parte, se encontró relación de la edad y el malestar emocional con el empoderamiento de la diabetes. Algunos autores afirman que la sumatoria de dichas variables, complicaciones y comorbilidades de la persona, en conjunto con el malestar emocional de un diagnóstico crónico, propician el desarrollo de otras problemáticas de salud mental como la depresión y la ansiedad, es decir, tienen el doble de riesgo de presentarlo en comparación con la población en general (Abdulkareem *et al.*, 2017). En este sentido, un estudio realizado con pacientes que tenían esta enfermedad reportó que las personas expresaron sentimientos de frustración y rechazo desde el diagnóstico del padecimiento, resistencia al cambio en sus estilos de vida (Serrano *et al.*, 2012) y tensiones emocionales en las fases del tratamiento (Rosas Saucedo *et al.*, 2017).

Y, por último, el malestar emocional afecta negativamente el empoderamiento de la diabetes de las mujeres (-0.19) Esto fue similar a lo realizado en Yucatán, ya que fundamenta que, si la persona presenta un buen estado de salud mental, significa que está en mejores condiciones para desarrollar y mantener relaciones interpersonales, permite el afrontamiento, la adaptación, la estabilidad en su control metabólico y, por lo tanto, un mayor empoderamiento (Medina Fernández *et al.*, 2018).

Conclusiones

El malestar emocional produce un efecto negativo sobre el empoderamiento en las mujeres que viven con diabetes. Esto nos da un panorama de las desigualdades sociales y de salud que recae en este grupo vulnerable, siendo necesario la consideración de este problema a nivel nacional, permitiendo un mejor desarrollo, empoderamiento de su diabetes y un mejor control de su enfermedad. Dicho lo anterior, enfermería tiene un gran reto en el seguimiento de su control, atención de la salud mental y aplicación intervenciones de enfermería para el cuidado integral de las enfermedades crónicas como la diabetes.

Bibliografía

- Abdulkareem, A., Salah, A., Bandar, A., Abdulmajeed, A., Tariq, A., Abdulmalik, A., y Hind, A. (2017). Exploring Factors Associated with Depression and Anxiety among Hospitalized Patients with Type 2 Diabetes *Mellitus*. *The Journal Medical Principles and Practice*, 26(6), 547-553.
- Bentler, P. M. (2007). On Tests and Indices for Evaluating Structural Models. *Personality and Individual differences*, 42(5), 825-829.
- Bourne, R. R., Stevens, G. A., White, R. A., Smith, J. L., Flaxman, S. R., Price, H., ..., y Vision Loss Expert Group. (2013). Causes of Vision Loss Worldwide, 1990–2010: A Systematic Analysis. *The Lancet Global Health*, 1(6), e339-e349.
- Browne, M. W., y Cudeck, R. (1992). Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230-258.
- Cooper, H., Booth, K., y Gill, G. (2009). A Trial of Empowerment-Based Education in Type 2 Diabetes-Global Rather than Glycaemic Benefits. *Insulin*, 4(1), 61-67.
- Emerging Risk Factors Collaboration (2010). Diabetes *Mellitus*, Fasting Blood Glucose Concentration, and Risk of Vascular Disease: A Collaborative Meta-Analysis of 102 Prospective Studies. *The Lancet*, 375(9733), 2215-2222.
- Fisher, L., Hessler, D. M., Polonsky, W. H., y Mullan, J. (2012). When is Diabetes

- Distress Clinically Meaningful?: Establishing Cut Points for the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care*, 35(2), 259-264.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. Londres: Sage.
- Funnell, M. M., Anderson, R. M., Arnold, M. S., Barr, P. A., Donnelly, M., Johnson, P. D., Taylor-Moon, D., y White, N. H. (1991). Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *The Diabetes Educator*, 17(1), 37-41. <https://doi.org/10.1177/014572179101700108>
- Gonzalez, J. S., Fisher, L., y Polonsky, W. H. (2011). Depression in Diabetes: Have We Been Missing Something Important? *Diabetes Care*, 34(1), 236-239.
- Graue, M., Haugstvedt, A., Wentzel-Larsen, T., Iversen, M. M., Karlsen, B., y Rokne, B. (2012). Diabetes-Related Emotional Distress in Adults: Reliability and Validity of the Norwegian Versions of the Problem Areas in Diabetes Scale (PAID) and the Diabetes Distress Scale (DDS). *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 174-182.
- Hau, K.-T., y Marsh, H. W. (2004). The Use of Item Parcels in Structural Equation Modelling: Non-Normal Data and Small Sample Sizes. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 57(2), 327-351.
- Hernandez Tejada, M. A., Campbell, J. A., Walker, R. J., Smalls, B. L., Davis, K. S., y Egede, L. E. (2012). Diabetes Empowerment, Medication Adherence and Self-Care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 14(7), 630-634.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021). *Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf
- Márquez, D. A. B. (2020). Calidad de vida, malestar emocional y tiempo de diagnóstico en pacientes con diabetes tipo 2 en un municipio de Hidalgo, México. *Huella de la Palabra*, (14). <https://doi.org/10.37646/huella.v14i14.13>
- Martínez Vega, I. P., Doubova, S. V., y Pérez Cuevas, R. (2017). Distress y su asociación con el autocuidado en personas con diabetes tipo 2. *Salud Mental*, 40(2), 47-56.
- Medina, I., Navarro, E., Chi, A., Yam, A., Carrillo, A., y Esparza, S. (2020). Modo de autoconcepto en una adulta con diabetes durante la prevejez un estudio de caso. *Health and Addictions: Salud y Drogas*, 20(1), 166-175.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Diabetes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Orozco, O. (2016). *Influencia del empoderamiento en el conocimiento de la enfermedad y el control de hemoglobina glicosilada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la clínica de crónicos metabólicos del centro de salud de los rosales de julio a noviembre del 2016* [Tesis de Especialidad Médica]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12844/DR.%20OBER%20OROZCO%20\(1\).pdf?sequence=1](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12844/DR.%20OBER%20OROZCO%20(1).pdf?sequence=1)
- Rosas Saucedo, J., Caballero, E. A., Brito Córdova, G., García H., Costa Gil, J., Ruy L., y Rosas-Guzmán, J. (2017). Consenso de prediabetes (Documento de posición de la Asociación Latinoamericana de Diabetes [ALAD]). *Revista Asociación Latinoamericana de Diabetes*, 7, 184-202.
- Rossaneis, M., Fernandez, M., de Freitas, T., y Silva, S. (2016). Diferencias entre mujeres y hombres diabéticos en el autocuidado de los pies y estilo de vida. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 24, e2761. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1203.2761>
- Sandín, M., Espelt, A., Escolar Pujolar, A., Arriola, L., y Larrañaga, I. (2011). Desigualdades de género y diabetes *mellitus* tipo 2: La importancia de la diferencia. *Avances En Diabetología*, 27(3), 78–87. [https://doi.org/10.1016/s1134-3230\(11\)70013-8](https://doi.org/10.1016/s1134-3230(11)70013-8)
- Sarabia, C. (2018). *Calidad del sueño, malestar emocional y nivel glucémico en personas con diabetes tipo 2 de Pachuca* (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Schumacker, R. E., y Lomax, R. G. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. Psychology Press.
- Serrano Becerril, C. I., Zamora Hernández, K. E., Navarro Rojas, M. M., y Villarreal Ríos, E. (2012). Comorbilidad entre depresión y diabetes *mellitus*. *Medicina Interna México*, 28(4), 325-328
- Shaman, T., Orozco, E., Heredia, O., Romero, M., Mojico, J., y Cuevas, L. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019: Resultados Nacionales* (ed. F. Reveles). https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- United States Renal Data System. (2015). *2015 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States*.

Zambrano, J. (2019). *Empoderamiento y hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos* [Tesis de Especialidad Médica]. Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20943/1/T-UCE-0006-CME-187-P.pdf>

Capítulo 11. Estrés percibido durante el embarazo y ganancia de peso gestacional

VELIA MARGARITA CÁRDENAS VILLARREAL¹

MILTON CARLOS GUEVARA VALTIER²

NORA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ³

Resumen

Introducción: El aumento excesivo de peso gestacional ha alcanzado proporciones epidémicas, se asocia con resultados adversos durante el embarazo y la obesidad posparto en mujeres y niños. Además, revisiones sistemáticas sugieren la necesidad de una comprensión más clara de los factores psicológicos modificables que afectan la ganancia de peso gestacional. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar la influencia del estrés percibido con las características personales y ganancia de peso gestacional en mujeres embarazadas del noreste de México. *Material y métodos:* El diseño del estudio fue transversal participaron 130 mujeres embarazadas, mayores de 18 años aparentemente sanas que asistían al control prenatal en una unidad de atención primaria. El muestreo fue por conveniencia, contestaron el cuestionario de estrés percibido (PSS) y se les realizaron mediciones antropométricas. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, coeficientes de correlaciones bivariadas de Spearman y modelos de regresión lineal múltiple. *Resultados:* El promedio de edad de las participantes fue de 25 años ($DE = 5.3$), con una media de educación formal de 10.5 años ($DE = 3.0$), el 46% refirió no tener un empleo. En cuanto a la media obtenida del puntaje total de estrés percibido fue de 43.3

¹ Doctor en Enfermería. Profesora de tiempo completo, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9315-3193>

² Doctor en Educación. Profesor de tiempo completo, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7291-3931>

³ Doctora en Enfermería. Profesora de tiempo completo, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8713-6255>

($DE = 12.1$). El 60.8% se categorizó en ganancia de peso gestacional inferior al recomendado; 27.7% adecuado, y un 11.5% superior al recomendado según semana de gestación y peso pregestacional. El estrés percibido no influyó en la ganancia de peso gestacional, pero el estrés percibido se relacionó con menor edad, menos horas de sueño y menores semanas de gestación de las mujeres embarazadas. *Conclusiones:* Se determinó que más de la mitad de las pacientes tienen cambios inadecuados de peso polarizados hacia ambos extremos. Se justifican estudios longitudinales que utilicen medidas estandarizadas, en particular entrevistas de diagnóstico y marcadores fisiológicos o bioquímicos, para confirmar patrones de factores de riesgo, su asociación con estrés durante el embarazo y sus efectos en la salud de la madre y el niño.

Palabras clave: estrés percibido, embarazo, ganancia de peso gestacional, atención primaria.

Introducción

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM, 2010) ha establecido recomendaciones sobre el aumento de peso durante el embarazo, considerando para ello el Índice de Masa Corporal (IMC) pregestacional. Así, una mujer con un IMC pregestacional clasificado como normal se le recomienda aumentar en promedio de 11.5 a 16.0 kg, para las mujeres con bajo peso se recomienda ganar no más de 18 kg, para las que presenten sobrepeso y obesidad lo recomendable es de 9 a 11.5 kg de peso durante el embarazo (Institute of Medicine [IOM], 2009). Sin embargo, se ha identificado que más de la mitad de las mujeres embarazadas no logran cumplir estas recomendaciones de ganancia de peso, y peor aún lo retienen en el posparto respectivamente (Goldstein *et al.*, 2018). La ganancia de peso excesiva (GPE) se asocia significativamente con resultados perinatales adversos tanto para la madre como para el producto a corto y largo plazo, inclusive, la muerte (Goldstein *et al.* 2017; Sánchez Carrillo 2017).

Dado que una proporción alta de mujeres no logra alcanzar los objetivos de una ganancia de peso recomendada, lograr una mejor comprensión

de los factores modificables relacionados con la GPE es una prioridad de salud pública. La mayoría de los estudios hasta la fecha han evaluado principalmente características sociodemográficas (raza, etnia, nivel socioeconómico), conductuales (actividad física, ingesta dietética) y fisiológicas (altura, peso, edad) (Deputy *et al.*, 2015; Hill *et al.*, 2013; Skouteris *et al.*, 2010). Aunque estas características son importantes, se ha demostrado que los factores psicosociales como el estrés están asociados con una variedad de comportamientos adversos, incluidos los relacionados con la alimentación, y por lo tanto, deben estudiarse más en el contexto de ganancia de peso gestacional (GPG) (Feng *et al.*, 2021; Klatzkin *et al.*, 2018; Lindsay *et al.*, 2017).

Durante el embarazo, el período perinatal es un periodo de gran estrés para muchas mujeres, debido a los ajustes físicos, psicológicos, y sociales a los que se enfrenta para tratar de equilibrar sus nuevas funciones y responsabilidades. Para algunas mujeres que viven con estrés crónico diario, un embarazo puede generar aún mayor exposición al estrés, que si no se controla adecuadamente puede contribuir a problemas de salud tanto para la madre como para el bebé (Davis *et al.*, 2012). La relación entre la exposición a estrés materno y la ganancia de peso durante el embarazo no es clara, la mayoría de los estudios que han abordado estas variables ha sido en mujeres no embarazadas, y han identificado que a mayor estrés mayor IMC y grasa visceral, además de ser más propensa al comer emocional (Tomiyama *et al.*, 2011). De los pocos estudios realizados en mujeres embarazadas, han salido resultados inconsistentes y han utilizado diferentes medidas de estrés como la Escala de Estrés Percibido y el Inventario del Ambiente Social Prenatal (Eichler *et al.*, 2019; Fowles *et al.*, 2012; Harvey *et al.*, 2020; Kominiarek *et al.*, 2018; Zhu *et al.*, 2013).

México presenta una de las mayores prevalencias de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil a nivel mundial. Se ha identificado que el 35% de las mujeres embarazadas presenta GPG excesivo (Cervantes *et al.*, 2019), hasta el momento no se han identificado estudios que valoren cómo es el estrés en estas mujeres. Por lo tanto, la exploración de la compleja interacción de los sistemas de respuesta al estrés durante el embarazo puede proporcionar una nueva comprensión de los mecanismos para el desarrollo de la obesidad. Así, el propósito de este estudio es analizar la influencia

entre estrés percibido con características personales y ganancia de peso gestacional en mujeres embarazadas.

Material y métodos

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional (Burns y Grove, 2016). La población estuvo conformada por mujeres embarazadas sin complicaciones, mayores de 18 años que acudieron al control prenatal de una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de Monterrey, NL. Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó el programa nQuery Advisor® Versión 4.0. Se consideró un nivel de significancia de 0.05, un coeficiente de determinación (R^2) de .09 (efecto mediano o aceptable según Cohen, 1988) y una potencia de 90%, obteniéndose como resultado un tamaño de muestra de 130 mujeres embarazadas. Las participantes fueron seleccionadas en consulta de control prenatal y fueron invitadas a participar hasta completar el tamaño de la muestra. Como criterios de exclusión se consideraron mujeres con diagnósticos médicos pregestacionales y gestacional de hipertensión arterial crónica, diabetes *mellitus* tipo 1 y 2, gestación múltiple, embarazos por reproducción asistida, historial de embarazo anormal donde se incluye amenaza de parto prematuro.

Mediciones

Se utilizó una cédula de datos de características personales conformada por dos apartados. En la primera se describieron datos relacionados con aspectos sociodemográficos de las participantes como: edad en años, años de escolaridad, estado civil, ocupación, número de hijos. El segundo apartado corresponde a datos clínicos como: semanas de gestación, peso, talla, IMC previo al embarazo, peso, IMC actual, peso ganado, horas de sueño por noche y GPG de acuerdo con IOM (2009).

Mediciones antropométricas

Para realizar las medidas antropométricas se realizaron las siguientes evaluaciones: IMC pregestacional se calculó a través de la fórmula (peso/talla²), el peso y la talla fueron autoinformadas por la embarazada al momento de la entrevista al preguntar: ¿Cuál era su peso y talla antes de estar embarazada? Los datos del peso fueron reportados en kilogramos (kg) y la talla en centímetros (cm). El peso actual se midió con una báscula manual, con altímetro integrado (marca SECA). La talla se midió con un altímetro metálico, con una escala de 0 a 220 cm. La GPG se definió como la diferencia entre el peso pregestacional y el peso actual.

Para clasificar la ganancia de peso recomendado, se tomaron los parámetros establecidos por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM, 2009), el cual considera para ello el IMC previo al embarazo, la ganancia de peso total y ganancia de peso, según la semana de gestación; los parámetros se describen en la tabla 1.

TABLA 1. Recomendaciones para la GPG por IMC previo al embarazo

<i>IMC previo al embarazo</i>	<i>Ganancia de peso total (kg)</i>	<i>Ganancia de peso en el 2 y 3 trimestre kg/semana (kg)</i>
Peso bajo (< 18.5 kg/m ²)	12.5-18	0.51 (0.44-0.58)
Peso normal (18.5-24.9 kg/m ²)	11.5-16	0.42 (0.35-0.50)
Sobrepeso (25.0-29.9 kg/m ²)	7.0-11.5	0.28 (0.23-0.33)
Obesidad (≥ 30.0 kg/m ²)	5.0-9.0	0.22 (0.17-0.27)

NOTA: los cálculos asumen 0.5-2 kg de aumento de peso en el primer trimestre.

Si al comparar el peso ganado durante el embarazo, se encontraba en el parámetro de ganancia de peso total recomendado (según el IMC pregestacional y semana de gestación), se consideraba como adecuado; pero si se ubicaba en el inferior, se codificaba como inadecuado por defecto; si era superior al recomendado, inadecuado por exceso.

Para medir el estrés se utilizó la escala de estrés percibido (PSS), instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes (Cohen *et al.*, 1983), se compone de 14 ítems con formato de respuesta escala Likert de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de

vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total del PSS se obtiene invirtiendo los ítems (4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13) (en el sentido siguiente: 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 y 4 = 0) y sumando los 14 ítems. La puntuación directa obtenida (0-56) indica que, a mayor puntuación, mayor nivel de estrés percibido. Para fines de este estudio, se obtuvieron índices para la escala; los valores fluctúan de 1 hasta 100, con la finalidad de facilitar la interpretación de la información. En la versión PSS para población mexicana (González y Landero, 2007), se reporta una consistencia interna de 0.83. En este estudio, se obtuvo una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.79.

Procedimiento de recolección de datos

El estudio se apego a las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (ss, 2014). Se obtuvo la aprobación del comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se solicitó autorización a la instrucción de salud, consentimiento informado por escrito después de informar el propósito del estudio. En todo momento, se consideraron los principios de privacidad, anonimato y evitación de riesgos.

La recolección de datos fue realizada por dos enfermeras previamente capacitadas para la entrevista y mediciones antropométricas. La recolección se realizó en un área previamente seleccionada para tal fin, durante la consulta de control prenatal de las participantes. Primero se valoraron los datos antropométricos, después se realizó la aplicación de instrumentos de lápiz y papel. Finalmente se agradeció a cada una las participantes por su colaboración y se les proporcionó información sobre el control de peso durante el embarazo.

Estrategia de análisis de datos

Para la captura y el análisis de los datos se utilizó el programa IBM, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0. Se obtuvo estadística descriptiva para las variables categóricas (frecuencias, porcentajes), para las variables numéricas o continuas medidas de centralidad (Media,) va-

riabilidad (rango, desviación estándar) y de posicionamiento (valor mínimo, valor máximo). Para responder al objetivo primero se aplicó correlación de Spearman y posteriormente la prueba de Regresión Lineal Múltiple.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 130 mujeres embarazadas. Se identificó que el 45% de las mujeres se encontraba en el tercer trimestre de gestación, el 43% en el segundo trimestre y el 12% en primer semestre gestacional. El promedio de edad de las participantes fue de 25 años ($DE = 5.3$), con una media de educación formal de 10.5 años ($DE = 3.0$) y el 46% refirió no tener un empleo. El promedio de hijos fue de 1 ($DE = 1$). En cuanto a la media obtenida del puntaje total de estrés percibido se obtuvo ($M = 43.8$; $DE = 12.1$), lo que significó moderado estrés (ver tabla 2).

TABLA 2. Descriptivos de características demográficas y variables de interés

	Variable	M	DE	Valores	
				Mín.	Máx.
Demográficas	Edad (años)	25	5	18	41
	Escolaridad (años)	10.5	3.0	2.0	19.0
	Ingreso económico (pesos mensuales)	6016	4003	1000	32000
	Número de hijos	1	1	0	4
Mediciones antropométricas	Peso previo al embarazo (kg)	64.0	15.3	40.0	106.0
	Peso actual (kg)	69.4	13.2	45	108
	Talla (cm)	1.5	0.0	1.4	1.7
	IMC pregestacional	25.8	5.7	14.8	38.6
	GPG	5.3	5.4	-11.0	21.5
	Horas de sueño	8.7	1.8	3.0	12.0
	Estrés Percibido (0-100)	43.8	12.1	11.0	77.0

NOTA: IMC = índice de masa corporal; GPG = ganancia de peso gestacional; M = media; DE = desviación estándar; Mín. = valor mínimo; Máx. = valor máximo.

La tabla 3 muestra que el mayor porcentaje de las mujeres embarazadas (60.8%) se categorizó en peso inferior al recomendado de acuerdo con la recomendación del IOM.

TABLA 3. *Ganancia de peso gestacional de las participantes*

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Peso inferior al recomendado</i>	79	60.8
<i>Peso adecuado</i>	36	27.7
<i>Superior al recomendado</i>	15	11.5

NOTA: *f* = frecuencia; % = porcentaje.

Para determinar la relación de estrés percibido con las características de las participantes (edad, escolaridad, IMC pregestacional, número de hijos, horas de sueño y ganancia de peso gestacional) se realizó la prueba rango de Spearman de correlación de orden (*rs*). Se encontró que, entre menor edad, menos horas de sueño y menor semana de gestación, mayor era el estrés percibido de las participantes (ver tabla 4).

TABLA 4. *Matriz de correlación de estrés percibido con características de las participantes*

<i>Variables</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>1. Estrés percibido</i>	1.000						
<i>2. Edad en años</i>	-.177*	1.000					
<i>3. Años de educación</i>	-.072	.157	1.000				
<i>4. Número de hijos</i>	-.086	.312*	-.239*	1.000			
<i>5. Horas totales de sueño</i>	-.156*	-.157*	-.063	-.054	1.000		
<i>6. GPG</i>	.084	-.056*	.028*	-.057	.005	1.000	
<i>7. Semanas de Gestación</i>	-.147*	.074	-.046*	.084	-.162*	-.067	1.000

NOTA: GPG = ganancia de peso gestacional, * $p < .05$ correlación de Spearman.

Para valorar qué características de las participantes (edad, educación, número de hijos, horas de sueño, semanas de gestación y GPG), influyen en el estrés percibido, se aplicó un modelo de regresión lineal múltiple utilizando el método Backward. El modelo final (modelo 4) fue significativo $F(4, 303) p = .006$, $R^2 = 7\%$. Se identificó que las mujeres embarazadas de menor edad, con menor semanas de gestación y menos horas de sueño total, reportaron mayor estrés percibido (ver tabla 5).

TABLA 5. Resumen del modelo de Regresión lineal múltiple para características de la madre como predictores de estrés percibido

Modelo	B	EE	p	IC 95%	
				Límite inf.	Límite sup.
Edad en años	-.454	.197	.023	-.845	-.064
Horas totales de sueño	-1.437	.584	.015	-2.593	-.282
Semanas de Gestación	-.235	.121	.054	-.474	.004

NOTA: B = valores estimados de los coeficientes de regresión no estandarizados, Inf. = inferior, Sup. = superior, p = valor de significancia.

Discusión

En el presente trabajo se identificó que las mujeres mas jóvenes, que duermen menos horas y tienen menos semanas de gestación son las que presentan mayor estrés percibido. El estrés no predice la GPG de las mujeres embarazadas. La muestra estudiada se caracterizó por ser mujeres jóvenes con escolaridad media básica, de bajo nivel socioeconómico con pareja y sin un trabajo fuera del hogar. Las características anteriores describen a mujeres que proceden de países en vías de desarrollo (INEGI, 2016, OCDE-OECD, 2015). De acuerdo con el IMC pregestacional, casi la mitad de las mujeres entraron a su embarazo con sobrepeso y obesidad similar a lo reportado por estudios previos (Whitaker *et al.*, 2014; Hasanjanzadeh y Faramarzi, 2017).

En relación con la media obtenida de estrés, la muestra refleja una alta percepción de estrés comparadas con reportes previos realizados en mujeres embarazadas que provienen de países desarrollados y con mayor nivel educativo (Hasanjanzadeh y Faramarzi, 2017). La literatura refiere que las mujeres que presentan niveles más altos de estrés pertenecen a sectores de la población menos protegida y de bajos ingresos (Fowles *et al.*, 2012), como es el caso de la población de este estudio, donde en su mayoría no tenían un empleo y su ingreso mensual era bajo.

En el presente estudio no se encontró influencia del estrés percibido, y con la ganancia de peso gestacional. Esto difiere de lo reportado por Kubo *et al.*, (2017), quienes identificaron que las mujeres con mayor percepción de estrés tenían el doble de riesgo de exceder las recomendaciones de ga-

nancia de peso establecidas por el IOM. Por el contrario, otros dos estudios, en los que se utilizaron la PSS y la escala de estrés subjetivo, no encontraron asociación entre el GPG y el estrés. (Kapadia *et al.*, 2015; Harvey *et al.*, 2020). Una posible razón de los resultados inconsistentes que se han documentado en estudios anteriores son los múltiples instrumentos diferentes que se han utilizado para cuantificar la exposición al estrés. Se sugiere para estudios próximos utilizar encuestas que valoren cambios en eventos importantes de la vida que las mujeres experimentan con frecuencia durante el embarazo y que también permitan calificar la calidad (buena o mala) del cambio. No se conocen estudios anteriores que hayan utilizado estos aspectos para evaluar el estrés y el GPG, pero se han informado asociaciones en estos aspectos y parto prematuro, así como otras complicaciones del embarazo (Chen *et al.*, 2011; Norbeck *et al.*, 1983).

Dormir menos horas y ser más jóvenes en la población de este estudio se asoció con mayor estrés percibido. Resultados similares se identificaron en un estudio previo en mujeres de China (Gao *et al.*, 2019). Las necesidades de sueño generalmente se colocaban al final de la lista de prioridades diarias de las mujeres. Para las mujeres embarazadas, el sueño se ve afectado aún más por cambios fisiológicos en las hormonas neuroendocrinas, molestias físicas relacionadas con el embarazo y agrandamiento del feto. Se deben considerar estrategias para mejorar la calidad del sueño durante la atención médica prenatal para mejorar el estado de salud mental de las mujeres. Es necesario prestar más atención a la salud mental de las mujeres embarazadas y las intervenciones para dormir pueden ser un predictor para el desarrollo de depresión.

Limitaciones del estudio. El presente estudio se realizó con un diseño transversal y muestreo por conveniencia, lo que limita las posibilidades de generalizar los hallazgos a otras poblaciones. La variable estrés se obtuvo a través de mediciones subjetivas y el indicador de peso anterior al embarazo, fue por autoinforme, se sugiere en estudios posteriores utilizar mediciones objetivas, como medición del cortisol y medición de peso al inicio del embarazo para tener mayor exactitud en la ganancia de peso gestacional.

Conclusiones

No se encontró influencia de la GPG con el estrés percibido. Sin embargo, las mujeres embarazadas más jóvenes con menos semanas de gestación y las que duermen menos horas de sueño reportaron mayor estrés percibido. Se sugiere replicar el estudio en otras poblaciones con muestreo probabilístico aleatorio para mejorar la validez externa del estudio. Realizar mediciones fisiológicas para la variable estrés. Profundizar en el déficit de ganancia de peso gestacional y explicar por qué las mujeres embarazadas de esta población no están teniendo suficiente ganancia de peso gestacional. Realizar estudios cualitativos para identificar las situaciones o eventos que están estresando a esta población.

Bibliografía

- Burns, N., y Grove S. K. (2016). *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence* (8ª ed). EE. UU.: Saunders.
- Cervantes Ramírez, D. L., Haro, A. M. E., ..., Ayala, F. R. I (2019). Prevalencia de obesidad y ganancia de peso en mujeres embarazadas. *Atención Familiar*, 26(2), 43-47.
- Chen, M. J., Grobman, W. A., Gollan, J. K., y Borders, A. E. (2011). The Use of Psychosocial Stress Scales in Preterm Birth Research. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(5), 402-434. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.05.003>
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 385-396.
- Davis, E. M., Stange, K. C., y Horwitz, R. I. (2012). Childbearing, Stress and Obesity Disparities in Women: A Public Health Perspective. *Maternal and Child Health Journal*, 16(1), 109-118.
- Deputy, N. P., Sharma, A. J., Kim, S. Y., Hinkle, S. N. (2015). Prevalence and Characteristics Associated with Gestational Weight Gain Adequacy. *Obstetrics & Gynecology*, 125(4), 773-781.
- Eichler J., Schmidt R., Hiemisch A., Kiess W., y Hilbert A. (2019). Gestational Weight Gain, Physical Activity, Sleep Problems, Substance Use, and Food

- Intake as Proximal Risk Factors of Stress and Depressive Symptoms during Pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2328-1>
- Feng, Y. Y., Yu, Z. M., ... y McDonald, S. D. (2021). Gestational Weight Gain Outside the 2009 Institute of Medicine Recommendations: Novel Psychological and Behavioural Factors Associated with Inadequate or Excess Weight Gain in a Prospective Cohort Study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(70) <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03555-5>
- Fowles, E. R., Stang, J., Bryant, M., y Kim, S. (2012). Stress, Depression, Social Support, and Eating Habits Reduce Diet Quality in the First Trimester in Low-Income Women: A Pilot Study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(10), 1619-1625.
- Gao, M., Hu, J., Yang, L. et al. (2019). Association of Sleep Quality during Pregnancy with Stress and Depression: A Prospective Birth Cohort Study in China. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(444). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2583-1>.
- Goldstein R. F., Abell S. K., Ranasinha S., Misso M., Boyle, J. A., ..., y Black. M. H. (2017). Association of Gestational Weight Gain with Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*, 317(21), 2207-2225.
- Goldstein, R. F., Abell, S. K., Ranasinha, S., Misso, M. L., Boyle, J. A., Harrison, C. L., Black, M. H., Li, N., Hu, G., Corrado, F., Hegaard, H., Kim, Y. J., Haugen, M., Song, W. O., Kim, M. H., Bogaerts, A., Devlieger, R., Chung, J. H., y Teede, H. J. (2018). Gestational Weight Gain across Continents and Ethnicity: Systematic Review and Meta-Analysis of Maternal and Infant Outcomes in More than One Million Women. *BMC medicine*, 16(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1128-1>
- González, M. T., y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 199-206.
- Harvey, M. W., Braun, B., Ertel, K. A., Pekow, P. S., Markenson, G., Chasan Taber, L. (2020). Stress and Anxiety Are Associated with Lower Gestational Weight Gain in Hispanic Women. *Womens Health Issues*, 30(6), 409-415. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.08.003>
- Hasanzadeh, P., y Faramarzi, M. (2017). Relationship between Maternal Ge-

- neral and Specific-Pregnancy Stress, Anxiety, and Depression Symptoms and Pregnancy Outcome. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 11(4), VC04–VC07. <http://doi.org/10.7860/JCDR/2017/24352.9616>
- Hill, B., Skouteris, H., McCabe, M., Milgrom, J., Kent, B., ... Herring, S. J. (2013). A Conceptual Model of Psychosocial Risk and Protective Factors for Excessive Gestational Weight Gain. *Midwifery*, 29(2), 110-4.
- Institute of Medicine (2009). *Weight Gain during Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington, DC.
- Kapadia, M.Z., Gaston, A., ..., y McDonald, S. D. (2015). Psychological Antecedents of Excess Gestational Weight Gain: A Systematic Review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(107), <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0535-y>
- Klatzkin, R. R., Gaffney, S., Cyrus, K., Bigus, E., y Brownley, K. A. (2018). Stress-Induced Eating in Women with Binge-Eating Disorder and Obesity. *Biological Psychology*, 131, 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.11.002>
- Kominiarek, M. A., Grobman, W., Adam, E., Buss, C., Culhane, J., Entringer, S., Simhan, H., Wadhwa, P. D., Kim, K. Y., Keenan Devlin, L., Borders, A. (2018). Stress during Pregnancy and Gestational Weight Gain. *Journal of Perinatology*, 38(5), 462-467. <https://doi.org/10.1038/s41372-018-0051-9>
- Lindsay K. L., Buss, C., Wadhwa, P. D., y Entringer, S. (2017). The Interplay between Maternal Nutrition and Stress during Pregnancy: Issues and Considerations. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 70(3), 191-200. <https://doi.org/10.1159/000457136>
- Norbeck, J. S., y Tilden, V. P. (1983). Life Stress, Social Support, and Emotional Disequilibrium in Complications of Pregnancy: A Prospective, Multivariate Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(1), 30-46.
- Sánchez Carrillo, V., Ávila Vergara, M. A., Peraza Garay, F., Vadillo Ortega, F., Palacios González, B., y García Benavente, D. (2017). Complicaciones asociadas con la ganancia excesiva de peso durante el embarazo. *Ginecología y Obstetricia de México*, 85(2), 64-70.
- Secretaría de Salud (2014) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, D. F. *Diario Oficial de la Federación*.
- Skouteris, H., Hartley Clark, L., McCabe, M., Milgrom, J., Kent, B., ..., y Herring, S. J., (2010). Preventing Excessive Gestational Weight Gain: A Systematic Review of Interventions. *Obesity Reviews*, 11(11), 757-68.

- Tomiyama, A. J., Dallman, M. F., y Epel, E. S. (2011). Comfort Food is Comforting to those Most Stressed: Evidence of the Chronic Stress Response Network in High Stress Women. *Psychoneuroendocrinology*, 36(10), 1513-1519.
- Whitaker, K., Younh Hyman, D., Vernon, M., y Wilcox, S. (2014). Maternal Stress Predicts Postpartum Weight Retention. *Maternal Child Health*, 18(9).
- Zhu, P., Huang, W., Hao, J. H., Huang, K., Jiang, X. M., y Tao, F. B. (2013). Time Specific Effect of Prenatal Stressful Life Events on Gestational Weight Gain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 122(3), 207-211.

Capítulo 12. Estrés percibido por profesional de salud en pandemia COVID-19, Sinaloa, México

PATRICIA ENEDINA MIRANDA FÉLIX¹

Resumen

Introducción: El contexto mundial, atraviesa un gran desafío por el SARS-CoV-2, mejor conocido como COVID-19; representa un problema de salud pública por su impacto no sólo físico sino también en el bienestar emocional. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) nombró COVID-19 a la enfermedad y fue catalogada como una pandemia por su alta incidencia, más de 105 millones de casos notificados en todos los continentes, dejando como resultado 2.3 millones de víctimas fatales. **Material y métodos:** El diseño del estudio fue descriptivo, transversal. La muestra la conformaron 107 profesionales de salud trabajadores de instituciones de salud y educativas. El muestreo fue por conveniencia; la recolección de datos se llevó a través de la plataforma Google Forms; se invitó a participar en el estudio a los profesionales enviándoles un mensaje y link para acceder a los cuestionarios por vía WhatsApp y Facebook. Se aplicó una cédula de datos que contenía datos sociodemográficos de los participantes como: edad, sexo, escolaridad, ocupación; asimismo, se utilizó la escala de estrés percibido relacionada con COVID-19 para medir el estrés en los profesionales. **Resultados:** En total 107 profesionales respondieron la encuesta. La edad promedio de los profesionales de salud fue de 39.68 ($DE = 10.35$, 21-61) años; el 83.2% fueron mujeres. El 41% de los profesionales de salud refieren haber sido diagnosticados con COVID-19, y el 45% expresa haber presentado síntomas, porcentaje mayor de los que han sido diagnosticados.

¹ Doctora en Ciencias en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7076-0991>

dos. El 93.5% de los profesionales de salud puntuaron por moderado y alto estrés percibido, asociado con COVID-19. *Conclusión:* En conclusión, los hallazgos del presente estudio muestran un alto porcentaje de profesionales de la salud contagiados por COVID-19, situación que aumenta las puntuaciones de estrés percibido. En relación a ello, se reporta un alto porcentaje de profesionales de salud con puntuaciones moderadas y altas de estrés percibido asociado al COVID-19.

Palabras clave: estrés percibido, COVID-19, SARS-CoV-2, profesionales de salud.

Introducción

El contexto mundial, atraviesa un grande desafío, por el SARS-CoV-2, mejor conocido como COVID-19. Éste representa un problema de salud pública por su impacto no sólo físico sino también en el bienestar emocional. El SARS-CoV-2 tuvo inicio el 1 de diciembre del 2019 en Wuhan, China. Se extendió en varios países, incluido México. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) llamó COVID-19 a la enfermedad y fue catalogada como una pandemia por su alta incidencia, más de 105 millones de casos notificados en todos los continentes dejando como resultado 2.3 millones de víctimas fatales (OPS, 2021). En México, los últimos datos reportados por la Dirección General de Epidemiología (2021) cuentan con 3 645 599 casos confirmados y 276 376 defunciones de COVID-19. Cabe resaltar que el 50.08% de los casos confirmados son mujeres y el 49.92 hombres, otro dato importante es que 515 457 cuentan con un diagnóstico sospechoso. En Sinaloa, 135 086 casos positivos, 3 783 defunciones y 2 688 casos sospechosos, resultados reportados el 24 de septiembre del 2021 (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica [SINAVE], 2021) (ver figura 1).

El SARS-CoV-2 es un agente etiológico que se propaga a través de contacto directo e indirecto con una persona infectada o por las gotas de secreciones humanas (saliva, respiración, tos o estornudos) que contienen el virus, las cuales se inhalan depositándose en la mucosa de la cavidad nasal, como también al impregnarse en la superficie de objetos que son

tocados con la mano pasando posteriormente a la boca, nariz o los ojos y, así, se introducen al cuerpo para iniciar su replicación desencadenando la viremia (CDC, 2020). El virus tiene una vida de horas hasta días en superficies cotidianas como la ropa, papel, plástico, madera, aluminio, vidrio, entre otras, elevando así su riesgo de propagación (AIDIS, 2020). De acuerdo a lo anteriormente mencionado, las autoridades municipales y departamentales tomaron medidas para registrar la movilidad de los ciudadanos en los territorios, es decir, implementaron el aislamiento físico, una cuarentena, como medida tradicional de salud pública ante enfermedades infectocontagiosas de fácil transmisión. Esto ha generado un cambio radical en la vida de millones de personas en todo el mundo (Giwa, Desai, Duca, 2019; OMS, 2019).

El cambio radical que ha generado la pandemia de COVID-19 ha provocado grandes desafíos, principalmente, para los gobiernos de miles de países, uno de los más importantes fue evidenciar la insuficiente preparación que se tiene para enfrentar una emergencia de tal magnitud, inclusive en los gobiernos más sólidos. Este fenómeno ha sido un golpe duro para la humanidad, que nos obliga a reflexionar sobre la importancia de atender en tiempo y forma la necesidad de generar condiciones pertinentes ante la problemática que hoy en día vivimos, entre ellas: infraestructura hospitalaria, recursos humanos, materiales y económicos que se consideran insuficientes para la atención oportuna. Los gobiernos hicieron frente a la problemática, asignando como medida de prevención el confinamiento obligatorio en sus poblaciones. Esto originó el desarrollo de nuevas formas de vida alejadas de la cotidianidad, influyendo en los aspectos social, laboral, educativo, político y económico y emocional (OMS, 2019).

Situación que ha provocado fuertes repercusiones psicológicas en el ser humano, principalmente, en los profesionales de salud, que han tenido que hacer frente a la pandemia COVID-19 con todas la incertidumbres que esta situación de salud ha provocado, abocando sus pensamientos a escenarios negativos como el alto riesgo de ser contagiados por no contar con los insumos necesarios, experiencia del tratamiento ante este nuevo virus, la sobrecarga de trabajo y el rechazo recibido por parte de la población por el temor de que los contagiaran, y de las pérdidas familiares (Brooks *et al.*, 2020). En consecuencia, de la sostenibilidad de esta situación, en el

transcurso de los meses, ha surgido un riesgo de padecer un nivel de estrés crónico asociado a un incremento del riesgo de desequilibrio en su salud mental (Torales *et al.*, 2020; Ruiz, Arcaño y Pérez, 2020).

De acuerdo a la revisión de literatura, las crisis de seguridad sanitaria frecuentemente generan estrés e incluso pánico en la población general, también en los profesionales de salud, al sentir miedo a adquirir la enfermedad y morir a consecuencia del contagio (Kang *et al.*, 2019; Rana y Mukhtar, 2020). Algunos estudios señalan que los trabajadores de la salud constantemente temen contagiar a sus familias, amigos o colegas. Ésto los lleva a experimentar síntomas de estrés, ansiedad o depresión (Lai *et al.* 2020; Xiao, 2020; PAHO/WHO; 2020). Lai *et al.* (2020) y Pedrozo Pupo *et al.* (2020) registraron en sus estudios que los profesionales de la salud han reportado importantes tasas de depresión, ansiedad, insomnio y estrés en la actual epidemia de COVID-19.

De acuerdo a lo anterior, no se han encontrado hasta el momento estudios que valoren la percepción de estrés en los profesionales de salud en México en tiempos de pandemia. Es por ello, la importancia de realizar investigaciones con este tipo de variables que permitan obtener resultados para proponer intervenciones de atención primaria aplicadas a la salud mental de los profesionales de salud y estrategias de promoción de la misma, además de contribuir al desarrollo de investigaciones aplicadas en otros contextos sociales con el fin de establecer comparaciones y dar respuesta a necesidades básicas de atención en salud mental.

Por lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo dar a conocer el estrés percibido en los profesionales de salud asociado al de COVID-19.

Material y métodos

El diseño del presente estudio fue descriptivo de corte transversal. La muestra la constituyeron 107 profesionales del área de la salud, la muestra fue calculada con la calculadora Online Netquest, considerándose el tamaño de muestra con heterogeneidad del 50%, el nivel de confianza del 95% y el margen de error del 5%. El muestreo fue no probabilístico, por bola de nieve, se los invitó a participar a través de diferentes redes sociales (WhatsApp,

Facebook, Instagram, correo electrónico, entre otros). El cuestionario se distribuyó en línea, en idioma español, a través Microsoft Forms proporcionándoles a los participantes un link de acceso a la encuesta, el mismo que podía ser reenviado a amigos y conocidos (Pedrozo Pupo *et al.*, 2020).

El cuestionario en línea estuvo conformado por tres componentes. El primero incluía el consentimiento de informado; el segundo, datos socio-demográficos como: edad, género, nivel de educación, ocupación, profesión, institución donde labora, si ha presentado síntomas de COVID-19 y diagnóstico de COVID-19, y el tercer componente incluía la Escala de Estrés Percibido (EEP-10) adaptada y validada al contexto de la pandemia de COVID-19 (Campo Arias *et al.*, 2020), ya que presenta una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach igual a 0.86. Esta escala indica el estrés percibido por los participantes durante el último mes. Cada reactivo ofrece cinco opciones de respuesta que va de nunca, casi nunca, de vez en cuando, siempre y casi siempre. Reactivo 1, 2, 3, 6, 9 y 10 se puntúan de 0 a 4; los reactivos 4, 5, 7 y 8 se puntúan a la inversa, de 4 a 0. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 40. Se interpreta de la siguiente manera: puntuaciones de 0 se consideran sin estrés; puntuaciones mayores a 5 y menores a 10, estrés bajo; puntuaciones mayores o iguales a 10, estrés moderado; puntuaciones mayores o iguales de 20, estrés alto, y puntuaciones mayores o iguales de 30, estrés severo. El alfa de Cronbach de la escala en el presente estudio fue de 0.85, muy similar a la de Arias *et al.* (2020).

Para el análisis estadístico, se utilizó el programa SPSS versión 25; para responder los objetivos se utilizó estadística descriptiva. Para variables categóricas se obtuvieron frecuencias, proporciones y porcentajes. Para variables numéricas o continuas se presentarán medidas de tendencia central (media), medidas de variabilidad (desviación estándar) y medidas de posicionamiento (valor mínimo y valor máximo). Para la confirmación de la consistencia interna del instrumento, se utilizó el coeficiente de alfa de Cronbach que arrojó el valor de 0.85, el cual es suficiente para garantizar la fiabilidad de los resultados analizados.

El presente estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (*Diario Oficial de la Federación*, 1987) que establece los lineamientos y principios generales a los que se debe someter la investigación científica. Con el objetivo de garantizar la

dignidad y bienestar para la persona sujeta a investigación, así como contribuir al nuevo conocimiento. Artículo 3º fracción I, II y III. La encuesta Online contó con un apartado destinado al consentimiento informado al encuestado en donde se detallaba el objetivo del estudio, quedando implícita su firma al momento de la participación.

Resultados

En total 107 profesionales respondieron la encuesta. La edad promedio de los profesionales de salud fue de 39.68 ($DE = 10.35$, 21-61) años. Entre los datos relevantes se muestra un mayor porcentaje en el grupo de edad de 31 a 59 años (82.2%); la mayoría son mujeres (83.2%), y el 75.7% refirió vivir con pareja, el profesional de enfermería representa el grupo porcentual más alto de la muestra estudiada (87.9), y las instituciones con mayor porcentaje donde laboran los profesionales fueron la Facultad de Enfermería (48.6%), y el 20.6% en hospital general (ver tabla 1).

La consistencia interna de Escala de Estrés Percibido (EEP-10) adaptada y validada al contexto de la pandemia de COVID-19 (Campo Arias *et al.*, 2020), aplicada en profesionales de salud mexicanos, fue aceptable con un alfa de Cronbach de 0.85. De acuerdo al estrés percibido por los profesionales de salud asociado al COVID-19, el mayor porcentaje de los participantes refieren que de vez en cuando se han sentido afectados como si algo grave fuera a ocurrir (54.2%), incapaces de controlar las cosas de su vida por la pandemia (36.4%); el 55% reporta estar estresado por la pandemia (55%), y el 38.3% refiere tener control de su estrés en relación a la pandemia, sin embargo, se sienten molestos por no tener control de lo que ocasiona la pandemia y se sienten incapaces de resolver las dificultades. Otro dato relevante es que el 46.7% de los profesionales refieren casi siempre estar seguros sobre su capacidad para manejar problemas personales relacionados con la pandemia; se muestran optimistas respecto a ésta (38.3%), y el 42.1% ha sentido que puede afrontar las dificultades que podrían aparecer en su vida por la pandemia.

TABLA 1. *Características sociodemográficas de los profesionales de salud*

<i>Características</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Edad (años)</i>	18 a 30	15	14.0
	31 a 59	88	82.2
	60 y más	4	3.7
<i>Sexo</i>	Hombre	18	16.8
	Mujer	89	83.2
<i>Estado civil</i>	Con pareja	81	75.7
	Sin pareja	26	24.3
<i>Escolaridad</i>	Licenciatura	71	66.4
	Maestría	34	31.8
	Doctorado	1	0.9
	Técnico	1	0.9
<i>Profesión</i>	Enfermería	94	87.9
	Medicina	3	2.8
	Trabajo social	4	3.7
	Psicología	1	0.9
	Químico	2	1.9
	Odontología	2	1.9
	Tanatología	1	0.9
<i>Institución donde labora</i>	Facultad de Enfermería	52	
	IMSS	17	15.9
	ISSTE	14	13.1
	Hospital General	22	20.6
	Hospital privado	2	1.8

FUENTE: elaboración propia.

Cabe resaltar que el 30.8% de los profesionales nunca se ha sentido incapaz de afrontar las cosas que tiene que hacer para el control del posible contagio (ver tabla 2).

TABLA 2. *Frecuencias y porcentajes de las respuestas de estrés percibido por los profesionales de salud*

<i>Durante el último mes...</i>	<i>Nunca</i>		<i>CN</i>		<i>DVC</i>		<i>CS</i>		<i>Siempre</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1. Me he sentido afectado como si algo grave fuera a ocurrir inesperadamente con la pandemia.	11	10.3	12	11.2	58	54.2	21	19.6	5	4.7
2. Siempre me he sentido muy incapaz de controlar las cosas de mi vida por la pandemia.	31	29.0	30	28.0	39	36.4	5	4.7	2	1.9
3. Me he sentido nervioso o estresado por la pandemia.	7	6.5	9	8.4	59	55.1	24	22.4	8	7.5
4. He estado seguro sobre mi capacidad para manejar mis problemas personales relacionados con la pandemia.	1	.9	5	4.7	19	17.8	50	46.7	32	29.9
5. He sentido que las cosas van bien (optimista) con la pandemia.	2	1.9	11	10.3	41	38.3	41	38.3	12	11.2
6. Me he sentido incapaz de afrontar las cosas que tengo que hacer para el control de la posible infección.	33	30.8	34	31.8	25	23.4	15	14.0	0	0.0
7. He sentido que puedo afrontar las dificultades que podrían aparecer en mi vida por la infección.	1	.9	8	7.5	32	29.9	45	42.1	21	19.6
8. He sentido que tengo todo controlado en relación con la pandemia.	13	12.1	23	21.5	41	38.3	27	25.2	3	2.8
9. He estado molesto porque las cosas relacionadas con la epidemia están fuera de mi control.	13	12.1	23	21.5	41	38.3	27	25.2	3	2.8
10. He sentido que las dificultades se acumulan en estos días de la epidemia y me siento incapaz de superarlas.	19	17.8	35	32.7	41	38.3	9	8.4	3	2.8

NOTAS: CN = Casi nunca, DVC = De vez en cuando, CS = Casi siempre.

FUENTE: elaboración propia.

El 41% de los profesionales de salud refieren haber sido diagnosticados con COVID-19, y el 45% expresa haber presentado síntomas, porcentaje mayor de los que han sido diagnosticados. De esto se inferiría que el porcentaje de profesionales pudiera ser mayor, pero sin un diagnóstico confirmatorio (ver tabla 3).

TABLA 3. *Diagnóstico y síntomas de COVID-19 de los profesionales de salud*

<i>Variables</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Diagnóstico COVID-19</i>	Sí	44	41.1
	No	63	58.9
<i>Presencia de síntomas COVID-19</i>	Sí	48	44.9
	No	59	55.1

FUENTE: elaboración propia.

Con respecto al estrés percibido asociado con COVID-19, las puntuaciones oscilaron entre 0 y 36 ($M = 15.65$; $DE = 6.32$). El 72.9% ($n = 78$) de los profesionales de salud puntuaron por estrés moderado y el 20.6% ($n = 22$) estrés alto, sólo el 5.6% refirió puntuaciones de estrés severo. Es importante resaltar que los profesionales con (30.8%) y sin diagnóstico (42.1%) de COVID-19 refirieron mayor puntuación en estrés moderado, es decir, el haber sido contagiados con COVID-19 no disminuye las puntuaciones de estrés percibido (ver tabla 4), lo cual es similar a lo reportado por Pedrozo *et al.* (2020).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue conocer el estrés percibido en los profesionales de salud asociado al COVID-19. En total, el 93.5% de los profesionales de salud puntuaron por moderado y alto estrés percibido asociado con COVID-19, cifra superior que lo reportado en otros estudios. Pedrozo Pupo *et al.* (2020) en su estudio reportaron que el 15% de los participantes puntuaron alto estrés percibido asociado con COVID-19, Velazco Yáñez *et al.* (2021) en sus resultados muestran niveles inferiores a

lo encontrado en este estudio, y refieren un aumento de las puntuaciones de estrés percibido a medida que avanzó el tiempo de pandemia; las puntuaciones más altas de estrés percibido en este estudio pudieran ser atribuidas a que los datos fueron recolectados dos años después del brote de COVID-19 (Velazco Yáñez *et al.*, 2021).

Tabla 4. Nivel de estrés percibido por los profesionales de salud en tiempos de COVID-19 por diagnóstico

<i>Niveles de estrés</i>	<i>Diagnóstico COVID-19</i>		<i>Sin diagnóstico COVID-19</i>		<i>Total</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Sin estrés</i>	1	0.9	0	0	1	0.9
<i>Moderado</i>	33	30.8	45	42.1	78	72.9
<i>Alto</i>	9	8.5	13	12.1	22	20.6
<i>Severo</i>	1	0.9	5	4.7	6	5.6

FUENTE: elaboración propia.

Otro hallazgo a resaltar es que los profesionales de salud refieren tener control de su estrés en relación a la pandemia, sin embargo, se sienten molestos por no tener control de lo que ocasiona la pandemia y se sienten incapaces de resolver las dificultades, lo cual difiere con lo reportado por Velazco Yáñez *et al.* (2021) y AlAteeq (*et al.*, 2020; ellos mostraron que los participantes incluidos en su estudio no sentían que tenían control con relación a la pandemia, ni tampoco la percepción de seguridad sobre su capacidad para manejar los problemas personales. Contrario a lo encontrado en el presente estudio, el 46% refiere que casi siempre muestra seguridad en el manejo de sus problemas personales; esto pudiera ser atribuido al tipo de la población participante en el estudio de Velazco Yáñez *et al.* (2021) y de AlAteeq *et al.* (2020), quienes además de profesionales incluyeron estudiantes.

En cuanto al optimismo de los profesionales de salud en relación a la pandemia y su capacidad de afrontamiento el 46.7% refieren no tener dificultades para hacer frente a la situación de la pandemia, esto pudiera explicarse a varios factores expuestos en otros estudios, Sameer *et al.*, (2020)

y Torales *et al.* (2020) describen que la preocupación por COVID-19 y las medidas sanitarias implementadas para hacer frente al COVID-19 condicionan la capacidad del individuo para afrontar positivamente las actividades de la vida diaria.

Como otro hallazgo que resaltar, está el alto porcentaje de profesionales de salud que refirieron haber sido diagnosticados con COVID-19, y un porcentaje mayor expresó haber manifestado síntomas, situación que aumenta los niveles de estrés. Algunos estudios señalan que los trabajadores de la salud constantemente presentan puntuaciones altas de estrés debido a que están expuestos a mayor riesgo contagiarse comparado con la población general y, además, temen contagiar a sus familias, amigos o colegas, esto los lleva a experimentar síntomas de estrés, ansiedad o depresión (Lai *et al.*, 2020; Xiao, 2020; PAHO/WHO; 2020). También se encontró que el haber sido contagiado, o no, no disminuye las puntuaciones de estrés expresadas por los profesionales de salud. Esta situación puede ser explicada por la incertidumbre que se tiene por el comportamiento del virus y por la existencia de nuevas variantes que pudieran contagiar nuevamente a personas que ya han sido contagiadas (Centros para el Control de Enfermedades Crónicas, (2021).

En conclusión, los hallazgos del presente estudio muestran un alto porcentaje de profesionales de la salud contagiados por COVID-19, situación que aumenta las puntuaciones de estrés percibido. En relación a ello, se reporta un alto porcentaje de profesionales de salud con puntuaciones moderadas y altas de estrés percibido asociado al COVID-19. Por lo que se considera importante que se continúe con investigaciones en esta población y en las variables abordadas, además de incluir aspectos psicosociales. Una de las limitaciones del presente estudio fue el tamaño de la muestra, por lo que se recomienda, incrementar el número de participantes en futuras e investigaciones e incluir población en general y en números proporcionales que permita hacer comparaciones entre grupos.

Bibliografía

- Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS). (2020). *Recomendaciones de saneamiento ambiental en prevención del COVID-19*. <https://aidisnet.org/wpcontent/uploads/2020/04/RECOMENDACIONES-DE-AIDIS-COVID-19-VERSION-3.0.pdf>
- Aparicio Martínez, P., Martínez Jiménez, M. P., Perea Moreno, A. J., Vaquero Álvarez, E., Redel Macías, M. D., y Vaquero Abellán, M. (2019). Is Possible to Train Health Professionals in Prevention of High-Risk Pathogens Like the Ebola by Using the Mobile Phone? *Telematics and Informatics*, 38, 74-86. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2018.08.004>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenburg, N., Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Campo Arias A., Pedrozo Cortés M. J., Pedrozo Pupo, J. C. (2020). Pandemic Related Perceived Stress Scale of COVID-19: An Exploration of Online Psychometric Performance. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 229-230. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.005>
- Dirección General de Epidemiología. (2021). *Información general COVID-19 en México*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Gamonal Limcaoco, R. S., Mateos, E. M., Fernández, J. M., y Roncero, C. (marzo de 2020). Anxiety, Worry and Perceived Stress in the world Due to the COVID-19 pandemic, March 2020. Preliminary results [Preprint]. *Psychiatry and Clinical Psychology*, 1-11. <https://doi.org/10.1101/2020.04.03.20043992>
- Giwa, A. L., Desai, A., Duca, A. (2020). Novel 2019 Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): An Updated Overview for Emergency Clinicians. *Emergency Medical Practice*, 22, 1-28.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., ..., y Li, R. (2019). Impact on Mental Health and Perceptions of Psychological Care among Medical and Nursing Staff in Wuhan during the Novel Coronavirus Disease Outbreak: A Cross-Sectional Study, *Brain Behavior Immunity*, (20), 30348-2, 889-159. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ..., y Hu, Sh. (2020). Factors Associated

- ted with Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Organización Mundial de la Salud. (s. f). *Nuevo coronavirus: Brote de enfermedad por COVID*. 2019. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud. (9 de febrero de 2021). *Actualización epidemiológica enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53378/EpiUpdate9February2021_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- PanAmerican Health Organización, y World Health Organization (PAHO/WHO). (2020). *Characterizes COVID-19 as a Pandemic*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizescovid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=en
- Pedrozo Pupo, J. C., Pedrozo Cortés, M. J., y Campo Arias, A. (2020). Perceived Stress Associated with COVID-19 Epidemic in Colombia: An Online Survey. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), 2-7. e00090520. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00090520>
- Rana, W., Mukhtar, S., y Mukhtar, Sh. (2020). Mental Health of Medical Workers in Pakistan during the Pandemic COVID-19 Outbreak. *Asian Journal Psychiatry*, 51, 102080. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102080>
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). (2021). *COVID-19, México: Datos epidemiológicos*. <https://covid19.sinave.gob.mx/>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., y Ventriglio, A. (2020). The Outbreak of COVID-19 Coronavirus and Its Impact on Global Mental Health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- World Health Organization (WHO). (11 de marzo de 2020). *Director-General's Opening Remark at the Media Briefing on COVID-19*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- World Health Organization (WHO). (8 de marzo de 2021). *Coronavirus Disease (COVID-19): Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

- Xiao C. (2020). A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 175-176. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>
- Velazco Yáñez, R. J., Cunalema Fernández, J. A., Franco Coffre, J. A., y Vargas Aguilar, G. M. (2021). Estrés percibido asociado a la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 61(1), 38-46.

Capítulo 13. Inseguridad alimentaria y diabetes mellitus en México: un análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 100K.

MARIEL HEREDIA MORALES¹

Resumen

Objetivo: Describir la relación de la inseguridad alimentaria con la diabetes mellitus en una muestra representativa de población mexicana. *Metodología:* Análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 100k. Muestra de 9 273 adultos de 8 996 familias. *Resultados:* Se aplicó un modelo de regresión logística para explicar la diabetes mellitus, se encontró que el sexo, edad, área de residencia, nivel socioeconómico de la familia e inseguridad alimentaria explicaron el 56.3% de la varianza. *Conclusiones:* Las políticas públicas en México deben considerar el fortalecimiento de programas sociales y económicos que ayuden a la reducción de la inseguridad alimentaria en familias mexicanas y así impactar positivamente el fenómeno de la diabetes mellitus.

Palabras clave: *inseguridad alimentaria, diabetes mellitus, adultos.*

Introducción

La inseguridad alimentaria (IA) es un problema de salud pública que afecta al mundo entero y se agudiza en países en vías desarrollo debido a las inequidades y brechas en oportunidades de desarrollo social en las que vive la población. En América Latina la IA tiene una prevalencia de 31.1% mientras que en México es de 20.1%, ambas cifras con tendencia al incremento. Se acepta que existe IA cuando una persona, familia, grupo o país no tiene una alimentación suficiente, segura y nutritiva debido a falta de

¹ Profesora investigadora. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5926-1537>

recursos económicos e inaccesibilidad física para llevar una vida activa y sana (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], Organización Panamericana de la Salud [OPS], Programa Mundial de Alimentos [WFP] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2019).

La IA es un fenómeno complejo que para su comprensión debe ser analizado bajo cuatro dimensiones: 1) disponibilidad física, la cual aborda la oferta demanda de los alimentos; 2) acceso físico y económico respecto a ingresos y gastos del hogar; 3) utilización, forma en la que el cuerpo aprovecha los nutrimentos y estabilidad, 4) las barreras políticas, fenómenos naturales y volatilidad de precios de los alimentos (FAO, 2011). En México la IA se da principalmente bajo la dimensión de acceso físico y económico en donde la pobreza que sufre la mitad de la población mexicana recrudece la aparición del fenómeno (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2019).

Evidencia científica disponible relaciona la IA con una alimentación pobre y como factor de riesgo para la aparición de diabetes mellitus (Bowen, Bowen y Barman-Adhikari, 2016; Pérez-Escamilla, 2014); sin embargo, la mayor parte de dichos estudios se han realizado en países desarrollados. Muestras de gran representatividad de países en vías desarrollo como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 100K 2018 (ENSANUT, 100k) pueden llevar a una comprensión más profunda sobre la relación que hay entre el fenómeno de IA y la presencia de diabetes mellitus. Dado lo anterior el objetivo de este artículo es describir la relación de la inseguridad alimentaria con la diabetes mellitus en una muestra representativa de población mexicana.

Metodología

El presente estudio corresponde a un análisis secundario proveniente de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 100k 2018, encuesta probabilística con representatividad nacional, regional y estatal, mismos que incluyen estratificación sociodemográfica de poblaciones de menos de 100 mil habitantes de los 32 estados de la República Mexicana. La encuesta tuvo como población objetivo los hogares del programa Prospera, por lo que se

representa a la población económicamente desfavorecida. Los detalles metodológicos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 100k 2018 se han descrito con anterioridad (Romero-Martínez, *et al*, 2019).

El tamaño de muestra analizada fue de 9 273 adultos de 20 años y más provenientes de 8 966 familias mexicanas. La unidad de análisis fue el hogar, e individuos que lo integran. Los datos utilizados provienen de las bases de datos Seguridad Alimentaria, y “Adultos 20 y más” de la página de ENSANUT (<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut100k2018/descargas.php>). Debido a la complejidad de la información capturada, se realizó una extracción de datos para la creación de una base final: se tomó la variable IA de la base de datos “Seguridad Alimentaria” mientras que las características sociodemográficas y la variable diabetes mellitus de la base “Adultos 20 y más”.

Variables

Variable resultado: Diabetes mellitus (DM). Es el autoreporte de diabetes mellitus a través de la interrogante “¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o alta el azúcar en la sangre?”, la respuesta es dicotómica donde, 1 indica la presencia del evento, y 0 la ausencia del mismo.

Variables independientes: Inseguridad alimentaria (IA). Condición de falta de alimentación suficiente, segura y nutritiva que experimenta una familia debido a recursos económicos insuficientes que imposibilita llevar una vida activa y sana. La IA fue medida a través de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). La clasificación se divide en hogares con integrantes menores de edad y sin integrantes menores de edad: seguridad alimentaria = 0, inseguridad alimentaria leve = 1-5 y 1-3, inseguridad alimentaria moderada = 6-10 y 4-6 e inseguridad alimentaria severa = 11 - 15 y 7 - 8 respectivamente.

Covariables: incluyen sexo (masculino, femenino), edad (20 a 59 años, 60 y más), área de residencia (urbano, rural) y NSE de la familia (bajo, medio, alto), esta última determinada por ingresos, salud, educación, seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos, alimentación y redes sociales según el Modulo de Condicio-

nes Socioeconómicas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en 2015.

Análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó el paquete computacional estadístico Statistical Package for the Social Science-spss versión 25 en español. Para describir las variables de sexo, edad y nivel socioeconómico de la familia (NSE) (categóricas) se utilizaron frecuencias y porcentajes, asimismo, se utilizó un modelo de regresión logística para analizar la influencia de la IA y las variables sociodemográficas en la DM.

Resultados

Los resultados corresponden a 9 273 individuos de 8 996 familias de poblaciones de menos de 100 mil habitantes. La prevalencia de DM fue mayor en mujeres (6.63%) que hombres (2.81%); más alta en personas de 20 a 59 años (5.56%) respecto a los mayores de 60 años (3.90%) y en población del área rural (7.86%) en contraste con el área urbana (1.58%). La tabla 1 muestra los resultados.

TABLA 1. *Características sociodemográficas de los individuos y prevalencia de autoinforme de diabetes mellitus.*

Características sociodemográficas	“¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o alta azúcar en la sangre?”			
	Sí		No	
	f	%	f	%
Sexo				
Masculino	261	2.81	3195	34.45
Femenino	615	6.63	5202	56.11
Edad				
20 a 59 años	516	5.56	7113	76.70
60 y más	360	3.90	1284	13.84
Área de residencia				
Urbano	147	1.58	1684	18.17
Rural	729	7.86	6713	72.39

Nota: n = 9 273; f: frecuencia; %: porcentaje.

La clasificación de las familias mexicanas por nivel socioeconómico, área de residencia y grado de inseguridad alimentaria se presenta en la tabla 2. Se puede observar como la inseguridad alimentaria leve concentra el grueso (46%) del fenómeno de la IA experimentada en los hogares en México independiente del NSE de la familia; así también que se experimenta hasta cuatro veces más este fenómeno en el área rural (64.43%) que en la urbana (15.48%). La IA en cualquiera de sus categorías afecta prácticamente en la misma proporción a familias con integrantes menores de edad que sin ellos (80% vs 79.7%).

Tabla 2. Nivel de inseguridad alimentaria por NSE de la familia y área de residencia

Grado de Inseguridad alimentaria	Seguridad alimentaria		Inseguridad alimentaria leve		Inseguridad alimentaria moderada		Inseguridad alimentaria severa	
	f	%	f	%	f	%	f	%
NSE de la familia								
Bajo	749	8.34	1965	21.82	1044	11.64	715	7.94
Medio	599	6.65	1512	16.84	665	7.39	342	3.84
Alto	455	4.94	659	7.34	222	2.46	69	0.80
Área de residencia								
Urbano	373	4.10	821	9.12	360	4.00	209	2.36
Rural	1430	15.89	3315	36.84	1571	17.40	917	10.19
Inseguridad alimentaria en familias con integrantes menores de 18 años	1304	20	3162	48.40	1297	19.8	773	8.30
Inseguridad alimentaria en familias sin integrantes menores de 18 años	499	20.3	974	39.6	634	25.8	353	14.3

Nota: n = 8 996; NSE: nivel socioeconómico; f: frecuencia; %: porcentaje.

El modelo de regresión para explicar la prevalencia de diabetes mellitus resultó ser significativo en un 56.3% ($R^2_{aj} = .563$, $F(2315.5) = 89.01$, $p < .001$). Las variables explicativas fueron residir en el área rural ($B = .376$, $p < .000$), ser mujer ($B = -.307$, $p < .001$), pertenecer a un bajo NSE familiar ($B = -.014$, $p < .000$) e inseguridad alimentaria ($B = .163$, $p < .001$), según se aprecia en la tabla 3.

TABLA 3. *Modelo de regresión logística de diabetes mellitus en población mexicana*

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Intervalo de confianza de 95%		Valor de p
	B	Error típico		Límite inferior	Límite Superior	
Constante	1.631	.014		1.603	1.659	
Sexo	-.307	.005	-.504	-.317	-.298	.000
Edad	-.002	.000	-.110	-.002	-.002	.000
Área de residencia	.376	.006	.504	.364	.387	.000
Nivel socioeconómico de la familia	-.014	.003	-.036	-.020	-.009	.000
Grado de inseguridad alimentaria	.163	.003	.505	.157	.168	.000

Nota: $n = 9\,273$; R^2 corregida = .563; B = coeficiente no estandarizado, p = significancia; $R^2 = R$ cuadrada.

Discusión

En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición desde el año 2000 hasta la presente (ENSA, 2000; ENSANUT, 2006; ENSANUT, 2012; ENSANUT-MC, 2016; ENSANUT 2018), reporta que la prevalencia de diabetes mellitus es más alta en mujeres que en hombres y con una clara tendencia a mantenerse elevada. Lo anterior pudiera darse a que el rol de las mujeres como jefa de familia y principal fuente de ingreso para la misma ha venido en incremento con los años (INEGI, 2016), aunado a las tareas del hogar que desempeñan podrían ponerlas en situación de vulnerabilidad en comparación con sus contrapartes.

En la muestra analizada la prevalencia de diabetes mellitus fue más alta en el grupo de 20 a 59 años que en el de adultos mayores (60 años y más), consistentemente reportado como el de prevalencia más alta en las encuestas previas (Basto-Abreu *et al.*, 2018). Esta diferencia podría explicarse por tratarse de dos muestras diferentes; las ENSANUT de nivel nacional (incluyendo las ciudades densamente pobladas y urbanizadas), y la analizada para este trabajo realizada en poblaciones de cien mil habitantes

y menos, donde la composición etaria y condiciones de vida pueden hacer la diferencia. Una segunda explicación puede ser el acceso a servicios de salud que los adultos tienen al estar activos económicamente, mientras que los individuos de la tercera edad no trabajan o lo hacen de forma independiente, estando desprotegidos en cuanto a servicios de salud, razón por la que no han recibido el diagnóstico de la enfermedad.

El segundo hallazgo que llama la atención es la frecuencia de diabetes mellitus más alta (autoreportada) en el área de residencia rural que en la urbana, en ciudades o pueblos de baja población. Los ambientes diabeto-génicos se definen como espacios que favorecen el consumo de exceso de calorías (alimentos chatarra) y el sedentarismo, esto es estilos de vida no saludables asociados generalmente a centros poblacionales altamente urbanizados (Federación Internacional de Diabetes, 2019). Por otro lado, el estilo de vida de las pequeñas ciudades o poblaciones, así como de las áreas rurales se asocia con costumbres alimentarias y estilos de vida más saludables, con menos oportunidades de conductas perjudiciales a la salud (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2017). Sin embargo, los datos contradicen estas percepciones tradicionales por lo que se abre una oportunidad para indagar más a fondo que variables están predominando para que la DM se desarrolle a ese nivel en el área rural.

En poblaciones menores de cien mil habitantes en México, la DM se explica en buena proporción por pertenecer al sexo femenino, vivir en área rural, pertenecer al nivel socioeconómico bajo y sufrir de inseguridad alimentaria. Este perfil no difiere sustancialmente de la situación a nivel nacional, como lo muestran las Encuestas Nacionales de Salud (Pérez-Escamilla, *et al*, 2014). No hay duda de la relación existente entre el nivel de pobreza y el de inseguridad alimentaria, que lleva primariamente a tener una alimentación insuficiente y desbalanceada, que en las pequeñas poblaciones puede verse agudizada por una cadena defectuosa de provisión de alimentos, y a la vez, agravarse por ser mujeres las cabezas de familia.

Estudios previos en países desarrollados documentan la contribución de la inseguridad alimentaria en el desarrollo de la DM (Berkowitz, S. *et al*, 2017; Pérez-Escamilla, 2014; Shalowitz *et al*, 2017). La relación en estos dos eventos sugiere dimensiones socioeconómicas (inequidades sociales),

fisiológicas y conductuales, lo que le imprimen la característica de alta complejidad. Su abordaje exige un trabajo multidisciplinario, incluyendo el análisis de las políticas públicas que con frecuencia ponen coto a las acciones de salud integral. Como personal de salud es indispensable, profundizar en el conocimiento de los factores que favorecen el desarrollo de la DM, reconocida como la pandemia del siglo XXI, ya que enfocar solamente factores de riesgo atribuidos al individuo lleva al fracaso de los programas de prevención que buscan disminuir la incidencia de esta enfermedad crónicodegenerativa en el país.

Conclusiones

En general la diabetes mellitus mostró relacionarse con las características sociodemográficas e inseguridad alimentaria de los individuos y familias, si bien se han estudiado éstas variables en muestras representativas, la mayoría de éstos estudios se han llevado a cabo en países desarrollados donde las condiciones sociales, económicas y de salud son distintas a las de los mexicanos. El presente estudio pretende abonar al fenómeno de la diabetes mellitus en países en vías de desarrollo, considerando la inseguridad alimentaria como un factor que aporte avances en un fenómeno tan complejo como es esta enfermedad. Finalmente lo encontrado puso en relieve la necesidad de fortalecer las políticas públicas en materia social y económica que permitan al individuo y sus familias tener mejores oportunidades de desarrollo para cerrar las brechas de desigualdades en salud, así como seguir realizando investigaciones que incluyan la variable de inseguridad alimentaria.

Consideraciones éticas

Los protocolos utilizados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 100K 2018 fueron aprobados por los comités de investigación, ética y bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Bibliografía

- Berkowitz, S. A., Berkowitz, T. S. Z., Meigs, J. B., y Wexler, D. J. (2017). Trends in food insecurity for adults with cardiometabolic disease in the United States: 2005-2012. *PLoS ONE*, 12(6), e0179172. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0179172>.
- Bowen, E., Bowen, K. y Barman-Adhikari, A. (2016). Prevalence and covariates of food insecurity among residents of single-room occupancy housing in Chicago, IL, USA. *Public Health Nutrition*. 19(6), pp. 1122-1130. DOI:10.1017/S1368980015002384
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], (2019). *Qué funciona y qué no en seguridad alimentaria. Guías prácticas de políticas públicas*. México. Recuperado de: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ESEPS/Documents/Guias_practicas/5_Seguridad_Alimentaria.pdf
- Encuesta Nacional de Salud [ENSA] (2000). Instituto Nacional de Salud Pública. México. Recuperado de: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensa2000/doctos/informes/ENSA_tomo2.pdf
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] (2006). *La salud de los adultos*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2006/doctos/informes/ensanut2006.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] (2012). Instituto Nacional de Salud Pública. México. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino [ENSANUT-MC] (2016). *La salud de los adultos*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/doctos/informes/ENSANUT2016ResultadosNacionales.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] (2018). *Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Recuperado de: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

- Federación Internacional de Diabetes (2019). *Atlas de la Diabetes de la FID*. Bruselas. Recuperado de: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
- Fitzgerald, N., Hromi-Fiedler, A., Segura-Pérez, S. y Pérez-Escamilla, R. (2011). Food insecurity is related to increased risk of type 2 diabetes among Latinas. *Ethnicity & disease*. 2(3), pp. 328. PMID: 21942166 PMCID: PMC4048712.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2015). Encuesta Intercensal 2015. ¿Jefe o jefa de familia?. México Recuperado de: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación-FAO (2017). *El estado mundial de la agricultura y la alimentación: Aprovechar los sistemas alimentarios para lograr una transformación rural inclusiva. Capítulo 3 sistemas alimentarios, urbanización y cambios en las dietas*. Roma. Recuperado de: <https://www.fao.org/state-of-food-agriculture/2017/es>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] (2011). *Seguridad alimentaria y nutricional, conceptos básicos*. Programa Especial de Seguridad Alimentaria - PESA – Centroamérica. Recuperado de: <http://www.fao.org/in-action/pesa-centroamerica/temas/conceptos-basicos/es/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], Organización Panamericana de la Salud [OPS], Programa Mundial de Alimentos [WFP] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], (2019). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019*. Santiago. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf>
- Pérez-Escamilla, R., Villalpando, S., Shamah-Levy, T. y Méndez-Gómez H. (2014). Household food insecurity, diabetes and hypertension among Mexican adults: results from Ensanut 2012. *Salud Pública de México*. 56(1):s62-70, pp. 62-70. DOI: 10.21149/spm.v56s1.5167
- Basto-Abreu, A., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Zárate-Rojas, E., Villalpando, S. y Barrientos-Gutiérrez, T. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Pública de México*. 60, pp. 224-232. DOI: 10.21149/12842
- Shalowitz, M. U., Eng, J. S., McKinney, C. O., Krohn, J., Lapin, B., Wang, C. H., y

Nodine, E. (2017). Food security is related to adult type 2 diabetes control over time in a United States safety net primary care clinic population. *Nutrition & diabetes*, 7(5), 277. DOI: 10.1038/nutd.2017.18

Capítulo 14. Reconocimiento de síntomas depresivos, estrés y ansiedad en adolescentes del noreste de México

PEDRO ENRIQUE TRUJILLO HERNÁNDEZ¹

YOLANDA FLORES PEÑA²

Resumen

Introducción: Los síntomas depresivos, estrés y ansiedad son trastornos mentales que se presentan en población adolescente con mayor frecuencia en la actualidad. Su identificación, prevención y tratamiento son imperantes para evitar complicaciones que pongan en riesgo la calidad de vida y su óptimo desarrollo. *Objetivo:* Identificar y describir los síntomas depresivos, estrés y ansiedad en adolescentes del noreste de México, así como su relación con factores sociodemográficos. *Material y métodos:* Estudio descriptivo, correlacional y transversal. Se seleccionó una institución educativa pública de forma aleatoria ubicada en el Estado de Coahuila, México, a partir del listado de instituciones educativas proporcionado por la Secretaría de Educación Pública del Estado. Participaron 631 adolescentes que cursaban entre el 7° y 9° grado de educación básica. *Resultados:* La edad promedio fue 13.74 años; 45.3% pertenecen al sexo femenino. El 32% presentó síntomas depresivos, 51.2% alto nivel de estrés y 10.8% ansiedad grave. Se encontraron correlaciones positivas y significativamente altas en cada una de las variables. *Conclusiones:* Los síntomas depresivos, estrés y ansiedad se relacionaron con la edad, el sexo y la composición familiar. El

¹ Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo", Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo, México. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8503-387X>

² Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora Titular. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, San Nicolás de los Garza, México. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6200-6553>

sexo femenino tuvo los porcentajes más elevados con relación a las variables psicológicas de estudio.

Palabras clave: *síntomas depresivos, estrés, ansiedad, salud mental, adolescencia.*

Introducción

La salud mental se define como un estado de bienestar en el que la persona realiza actividades de la vida diaria, es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad (OMS, 2018). Asimismo, la salud mental se ha relacionado con el bienestar físico, biológico, psicológico y social de las personas, considerado a su vez como factor importante para el funcionamiento efectivo de la persona. Durante la adolescencia se experimentan múltiples cambios físicos y de consolidación de la personalidad, es decir, es como una etapa expuesta a múltiples factores de riesgo y posibles comportamientos poco saludables (Papalia *et al.*, 2012).

En adolescentes, la salud mental es una meta que los grupos de investigación deben tener y atender de manera oportuna, debido a que existen factores de riesgo asociados a la personalidad, factores psicológicos específicos y causas de carácter biológico, por ejemplo, factores genéticos o desequilibrios bioquímicos cerebrales que provocan que sean más vulnerables a sufrir trastornos mentales (OMS, 2018). Es decir, cuando se pierde este equilibrio puede ocasionar alteraciones y dar origen a múltiples problemas psicológicos que afectan la salud mental de los adolescentes. Entre los más comunes están los trastornos depresivos, estrés y ansiedad, los cuales según la evidencia afectan en su mayoría a personas adultas en especial a mujeres. Sin embargo, se ha documentado que cada vez se presentan en mayor medida a población joven, por lo que se requieren cuidados orientados a la prevención, detección y tratamiento de estos problemas psicológicos y sus efectos secundarios.

Los trastornos depresivos son una desregulación disruptiva del estado de ánimo, que tienen como rasgo común la presencia de ánimo triste, vacío o irritabilidad, usualmente acompañado de cambios somáticos y cogniti-

vos que afectan la capacidad funcional del individuo (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-V], 2013). La depresión es una enfermedad que afecta a más de 300 millones de personas y puede convertirse en un problema grave de salud, principalmente cuando es de larga duración y con intensidad de moderada a grave, asimismo, puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades de la vida diaria (OMS, 2017). Su impacto es tal que puede llegar a incapacitar a la persona que la padece y en casos graves puede llevar al suicidio (OMS, 2017; World Federation for Mental Health [WFMH], 2012).

Existen diferentes teorías respecto a la etiología de los síntomas depresivos. Se ha identificado que son influenciados por factores sociales, ambientales, psicológicos, genéticos, del comportamiento, hormonales, inmunológicos, bioquímicos y neurodegenerativos (Belmaker y Agam, 2008; Maes *et al.*, 2012). Mientras muchos de estos factores son inmutables, otros pueden modificarse y proveer la base para prácticas e intervenciones en el manejo de los síntomas depresivos (Duman, 2005; Jacka *et al.*, 2012).

Por otra parte, el estrés se define como las reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020). El estrés puede considerarse como una señal de alarma o una respuesta necesaria para la supervivencia, que puede ser coherente con las demandas del entorno, o bien, insuficientes o exageradas. Cuando esta respuesta se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el desarrollo óptimo y funcionamiento del organismo. Algunas de las consecuencias son el consumo excesivo de calorías, problemas de memoria, alteración del estado de ánimo y falta de concentración.

La evidencia muestra que el estrés elevado es un factor que influye en el riesgo de contraer una enfermedad o aumenta el riesgo de que se agrave en el caso de ya tener alguna (Miller *et al.*, 2011; Serlachius *et al.*, 2007; Wardle *et al.*, 2011). El estrés es un proceso adaptativo y de emergencia, imprescindible para la supervivencia de la persona. Tener estrés es estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, encontrarse en situaciones en las que no es fácil el control de las mismas (Sierra *et al.*, 2003). El estrés en la adolescencia no sólo influye en la dificultad del afron-

tamiento a situaciones estresantes o en la generación de problemas emocionales, sino que es la principal causa de los problemas en los hábitos alimentarios, estado nutricional y estilo de vida de los adolescentes (Carranza Masías, 2012).

Asimismo, la ansiedad se define como una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos o situaciones que son percibidas por el individuo como amenazantes o peligrosas, que se acompañan de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión (Iruarrizaga *et al.*, 1999). La ansiedad se considera un factor de riesgo inespecífico para desarrollar problemas psiquiátricos, incluidos, los trastornos de alimentación. Algunos de los síntomas de ansiedad en jóvenes están relacionados con una disminución de la actividad física y el aumento de la ingesta de alimentos (Alarcón *et al.*, 2019).

Por consiguiente, Enfermería tiene un papel importante como promotor y gestor del cuidado de las personas para preservar sus vidas; su labor no se limita a atender las afecciones biológicas sino a satisfacer a la vez las necesidades psicosociales. De igual manera, Enfermería es responsable de brindar cuidados eficientes, efectivos y de calidad acorde a las dinámicas contemporáneas, a través del cuidado de las relaciones interpersonales, en donde se desempeñan diferentes roles como el de enseñanza y asesoramiento (Lluch Canut, 2018; Peplau, 1990). Es relevante que el profesional de enfermería contribuya a mejorar la salud mental en los adolescentes, mediante la producción de investigaciones que permitan explorar y conocer las principales enfermedades psicológicas presentes en los adolescentes y los factores asociados a dichas afecciones; posteriormente, cabe desarrollar programas de intervenciones cognitivo-conductuales con la finalidad de prevenir, controlar o disminuir estas condiciones que afectan el equilibrio y bienestar de los adolescentes.

Debido a lo anterior, el objetivo de este estudio fue identificar y describir los síntomas depresivos, estrés y ansiedad en adolescentes del noreste de México, así como su relación con factores sociodemográficos.

Material y métodos

Estudio descriptivo, correlacional y transversal (Gray *et al.*, 2017). Participaron 631 adolescentes que cursaban entre el 7° y 9° grado de educación básica en una institución pública ubicada en el Estado de Coahuila, México, que se seleccionó de forma aleatoria a partir del listado de instituciones educativas proporcionado por la Secretaría de Educación Pública del Estado. Se solicitó consentimiento firmado de los padres, así como el asentimiento por parte de los adolescentes para poder participar en el estudio.

Se incluyeron adolescentes inscritos en la institución educativa seleccionada, ambos sexos, con el consentimiento informado firmado por los padres o tutores y que proporcionaran su asentimiento informado firmado.

Se excluyeron aquellos adolescentes que refirieron en la hoja de datos sociodemográficos tener diagnóstico de enfermedades, tales como: diabetes, cáncer, cardiopatía, entre otras, así como estar bajo tratamiento para el control del estrés, ansiedad o depresión.

Instrumentos de evaluación

Se utilizó una cédula de datos personales (CDP) para la información sociodemográfica de los participantes, incluía preguntas como: edad, sexo, grado escolar, composición familiar y datos respecto a si padece alguna enfermedad y si toma algún medicamento.

Para evaluar los síntomas depresivos, se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-R) desarrollada para utilizarse en estudios epidemiológicos y medir sintomatología depresiva en población general. El CESD-R consta de 20 reactivos con valor de 0 a 4 puntos, de acuerdo con la frecuencia de ocurrencia de cada síntoma durante las dos últimas semanas anteriores; la puntuación se ubica entre 0 a 80; la escala de respuesta es 0 = raramente o nunca (menos de un día); 1 = 1-2 días; 2 = 3-4 días; 3 = 5-7 días y 4 = casi diario (10 a 14 días). Para la interpretación se suman las puntuaciones obtenidas en cada ítem, puntuaciones altas indican mayor gravedad de la sintomatología depresiva.

Las propiedades psicométricas del CESD-R, según Radolff (1977), son las siguientes: (a) un alfa de Cronbach de 0.85 para población general, y 0.90, para pacientes psiquiátricos; (b) confiabilidad *test-retest* es de 0.54 para población general y 0.53 en pacientes psiquiátricos; (c) porcentaje de no respuesta es bajo, por lo que su aceptabilidad es alta. En adolescentes mexicanos ha mostrado una alfa de Cronbach de 0.74 a 0.84 y ha llegado a explicar el 50.6% de la varianza explicada.

Para evaluar el estrés se usó la Escala de Estrés Percibido de Cohen *et al.* (1983), identifica el grado en que las situaciones de vida son percibidas como estresantes; adaptada en español para población mexicana por González y Landero (2007). Es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems, utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo y 4 = muy a menudo). La puntuación se obtiene invirtiendo los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 y sumando los 14 ítems, mayor puntuación corresponde a mayor nivel de estrés percibido. El PSS-14 tiene una adecuada consistencia interna de 0.80.

La ansiedad se evaluó con el Inventario de Ansiedad de Beck de Beck y Steer (1988), escala de autoinforme de los síntomas de ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico. Consta de 21 ítems, escala tipo Likert de cero al tres, 0 = en absoluto, 1 = levemente, no me molesta mucho, 2 = moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo; y la puntuación 3 = severamente, casi no podía soportarlo, con un rango de puntuación entre 0 y 63. Una puntuación de 0-7 corresponde a ansiedad mínima; 8-15, ansiedad leve; 16-25, ansiedad moderada; 26-63, ansiedad grave. Posee una alta consistencia interna de 0.84 y un alto coeficiente de confiabilidad *test-retest* ($r = 0.75$), validez divergente moderada (correlaciones menores a 0.60), y validez convergente adecuada (correlaciones mayores a 0.50).

Se contó con la aprobación del Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Núm. de Registro: FAEN-D-1572), que avala que el presente estudio fue sometido a evaluación y cumple con aspectos éticos y metodológicos para

la investigación en seres humanos. Por último, se siguieron las recomendaciones éticas contenidas en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

Análisis de los datos

Las variables sociodemográficas fueron analizadas mediante estadística descriptiva. A través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y corrección de Lilliefors, se determinó la normalidad de las variables del estudio, y se decidió el uso de estadística no paramétrica. Para la confiabilidad de los instrumentos se utilizó el alfa de Cronbach. Para describir la relación que existe entre los síntomas depresivos, estrés, ansiedad y las variables sociodemográficas se utilizaron correlaciones de Spearman y de Chi cuadrada a un nivel de significancia de $p < 0.05$. Los datos se capturaron y analizaron mediante el paquete estadístico SPSS para Mac 25.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL).

Resultados

La edad promedio de los participantes fue 13.74 años ($DE = 0.90$), 45.3% pertenecen al sexo femenino y 54.7% masculino. La mayoría cursaba el noveno grado de educación básica (57.1%). El 77.1% viven con ambos padres de familia; 18.5%, sólo con la madre; 1.9%, sólo con el padre, y 2.5% refieren vivir con otros familiares. Con relación a las patologías presentes en los participantes sólo 0.2% reportó tener diabetes *mellitus* tipo 1, hipertensión y el 1.4% mencionó sufrir de enfermedades cardíacas. Por último, el 5.1% refirió tomar algún medicamento, en los que se incluyen fármacos para el control de enfermedades, vitaminas o minerales.

En la tabla 1 se observa la consistencia interna mediante el coeficiente de alfa de Cronbach de los instrumentos utilizados en la presente investigación, donde se observan valores aceptables de confiabilidad.

Con relación a la prevalencia de los síntomas depresivos, estrés, ansiedad, 32% ($n = 202$) presentó síntomas depresivos ($M = 25.3$; $DE = 7.9$); 51.2% ($n = 323$), alto nivel de estrés ($M = 23.7$; $DE = 7.2$); 36.8% ($n = 232$), ansiedad leve, y 10.8% ($n = 68$) presentó ansiedad grave ($M = 12.6$;

TABLA 1. *Consistencia interna de los cuestionarios*

<i>Cuestionario</i>	<i>No. de reactivos</i>	<i>α</i>
<i>Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD-R)</i>	20	.90
<i>Escala de estrés percibido (EEP)</i>	14	.73
<i>Inventario de ansiedad de Beck (BAI)</i>	21	.88

NOTA: α = alfa de Cronbach.

TABLA 2. *Prevalencia de los síntomas depresivos, estrés, ansiedad por sexo*

<i>Variable</i>		<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>		<i>Total</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	
<i>Síntomas depresivos</i>	Con síntomas depresivos	85	13.4	117	18.6	202	32
	Sin síntomas depresivos	260	41.2	169	26.8	429	68
<i>Estrés</i>	Bajo nivel	195	30.9	113	17.9	308	48.8
	Alto nivel	150	23.8	173	27.4	323	51.2
<i>Ansiedad</i>	Mínima	150	23.8	66	10.4	216	34.2
	Leve	116	18.4	116	18.4	232	36.8
	Moderada	61	9.7	54	8.5	115	18.2
	Grave	18	2.9	50	7.9	68	10.8

NOTA: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 631.

DE = 9.4). Cabe mencionar que las participantes del sexo femenino tuvieron mayor prevalencia de estas tres variables (ver tabla 2).

Se evaluó mediante correlaciones de Spearman los síntomas depresivos, estrés, ansiedad y la edad de los participantes, donde se encontraron correlaciones positivas y significativamente altas en cada una de las variables (ver tabla 3). Es decir, a mayor edad mayor riesgo de sufrir de síntomas depresivos, estrés y ansiedad.

En la tabla 4, se presentan las correlaciones de Chi cuadrada de las variables de estudio (síntomas depresivos, nivel estrés y ansiedad), sexo, grado escolar y composición familiar de los participantes. Se observan corre-

TABLA 3. *Correlación de Rho de Spearman entre los síntomas depresivos, estrés, ansiedad y edad de los participantes*

<i>Variable</i>		<i>Síntomas depresivos</i>	<i>Estrés</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Edad</i>
<i>Síntomas depresivos</i>	Correlación				
	Sig.	1			
<i>Estrés</i>	Correlación	.485**	1		
	Sig.	0.001			
<i>Ansiedad</i>	Correlación	.601**	.534**	1	
	Sig.	0.001	0.001		
<i>Edad en años</i>	Correlación	.113**	.120**	.088*	1
	Sig.	0.005	0.003	0.028	

NOTA: $n = 631$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

TABLA 4. *Correlaciones de Chi cuadrada de presencia o no de síntomas depresivos, nivel estrés, nivel de ansiedad, sexo, grado escolar y composición familiar de los participantes*

	<i>Con/sin síntomas depresivos</i>	<i>Nivel de estrés</i>	<i>Nivel de ansiedad</i>
<i>Sexo</i>	.001**	.001**	.001**
<i>Grado escolar</i>	.004**	.002**	.043*
<i>Composición familiar</i>	.033**	.001**	.054

NOTA: $n = 631$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

laciones positivas significativamente altas, excepto entre el nivel de ansiedad y composición familiar.

Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar y describir los síntomas depresivos, estrés y ansiedad en adolescentes del noreste de México, así como su relación con factores sociodemográficos. Los resultados de las prevalencias de los síntomas depresivos en esta investigación fueron altas y mues-

tran porcentajes similares a los detectados a nivel nacional por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017), donde el 32.5% padece síntomas depresivos. Respecto al nivel de estrés y ansiedad, los niveles de estos problemas psicológicos son parecidos a otras investigaciones con poblaciones similares, destacando los autores que estas patologías pueden aumentar el riesgo de sufrir otras enfermedades (Pompa y Meza, 2017; Reyes Cruz, 2021; Tijerina-González *et al.*, 2017).

Asimismo, los resultados de estas variables (síntomas depresivos, estrés y ansiedad) muestran datos similares a los reportados por Lei *et al.* (2020) que encontraron niveles altos de síntomas depresivos (50.7%), ansiedad (44.7%) y estrés (73.4%), así como en los documentados de Elbay *et al.* (2020) donde, 64.7% tenía síntomas depresivos, 51.6% tenía síntomas de ansiedad y 41.2% tenía síntomas relacionados con el estrés. Y los de Wang (*et al.* 2020) que observaron, en más de la mitad de los encuestados, un nivel de estrés de moderado a severo, y cerca de un tercio reportó ansiedad de moderada a severa.

Este estudio identificó que altos niveles de síntomas depresivos y ansiedad se presentaron con mayor frecuencia en las mujeres, datos similares a los reportado por Hoyos *et al.* (2012) y Quiceno y Vinaccia (2014), con relación a los síntomas depresivos y a los de Carballo *et al.* (2012) y Ospina Ospina *et al.* (2011) con respecto a la ansiedad. Lo anterior puede tener una explicación por los cambios hormonales en las adolescentes característicos de la edad, sin embargo, es importante mencionar que el género es un factor determinante, así como los roles socioculturales y las obligaciones que deben cumplir las adolescentes en el ámbito escolar y familiar durante esta etapa de la vida, lo que puede provocar miedo y angustia, siendo una posible causa de los altos porcentajes de síntomas depresivos, estrés y ansiedad en las adolescentes del estudio.

Se encontraron correlaciones significativas y positivas entre los síntomas depresivos, estrés y ansiedad, lo que podría indicar la presencia o comorbilidad de más de un trastorno, lo cual coincide con los resultados de investigaciones previas (Bermúdez, 2018; Fernández-Castillo y Gutiérrez, 2009; García *et al.*, 2013). También se encontró relación entre síntomas depresivos y el nivel de estrés con la composición familiar de los adolescentes, datos similares a lo reportado por Soriano *et al.* (2003), debido a

que la familia interviene en el desarrollo emocional y brinda el soporte para el desarrollo social de sus miembros, estimulándolos y promoviendo el estado de salud y bienestar de cada uno de ellos. Identificar y disminuir la incidencia de estos trastornos mentales en México y en el mundo es imperante, pues cada vez son más las adolescentes que sufren estas enfermedades y de las consecuencias o efectos secundarios (biológicos, psicológicos, sociales, entre otros), lo cual afecta su calidad de vida y poner en riesgo su óptimo desarrollo y salud.

Una de las limitaciones de la presente investigación es que los datos sólo pueden generalizarse en poblaciones con características similares a los participantes en este estudio. Se recomienda realizar investigaciones en otros grupos diferentes al que se abordó en la presente, tales como: niños y adolescentes que residan en otras regiones del país o en comunidades rurales. No obstante, los hallazgos pueden ser útiles para la comunidad científica y sanitaria, para establecer planes de acción que sirvan como sustento en futuras investigaciones que permitan ampliar el conocimiento existente, y así desarrollar programas para promover la salud mental, en donde los factores contextuales y personales deben ser considerados y relacionados.

Conclusión

Los síntomas depresivos, estrés y ansiedad se relacionaron con la edad, el sexo y la composición familiar de los participantes del estudio. Asimismo, estas variables psicológicas presentaron altas prevalencias, en las que el sexo femenino presentó los porcentajes más elevados. Se sugiere continuar estudiando estas variables y detectar otros factores relacionados con el desarrollo de estos problemas psicológicos en niños y adolescentes, que hagan posible el diseño de intervenciones efectivas para prevenir y reducir este problema y de las comorbilidades asociadas.

Bibliografía

- Alarcón, C., Joza, V., y Macías, H. (2019). La ansiedad y su relación con la conducta alimentaria en personas con obesidad. *Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/ansiedad-conducta-alimentaria.html>
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Carbin, M. G. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Belmaker, R. H., y Agam, G. (2008). Major Depressive Disorder. *New England Journal of Medicine*, 358(1), 55-68. <https://doi.org/10.1056/NEJMra073096>
- Bermúdez, V. E. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y autoestima en la adolescencia. Relación, implicaciones y consecuencias en la educación privada. *Cuestiones pedagógicas*, 26, 37-52. <https://revistascientificas.us.es/index.php/Cuestiones-Pedagogicas/article/view/5351>
- Carballo, J. L., Espada, J. P., Méndez, X., Orgilés, M., y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>
- Carranza Masías, D., (2012). *Estrés académico: Un estado de la cuestión*. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/imprimir-232-estres-academicounestado-de-lacuestion>
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Duman, R. S. (2005). Neurotrophic Factors and Regulation of Mood: Role of Exercise, Diet and Metabolism. *Neurobiology of Aging*, 26(1), 88-93. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2005.08.018>
- Elbay, R.Y., Kurtulmuş A., Arpacioğlu, S., Karadere, E. (2020). Depression, Anxiety, Stress Levels of Physicians and Associated Factors in COVID-19 Pandemics. *Psychiatry Research*, 290, 113130. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130>
- Fernández-Castillo, A., y Gutiérrez, M.E. (2009). Atención selectiva, ansiedad,

- sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(1), 49-76. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v7i17.1314>
- García, J.M., Inglés, C. J., y Martínez, M.; (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 47-64. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56025664004>
- González, R.M.T, y Landero, H. R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006466>
- Gray, J. R., Grove, S. K., y Sutherland, S. (2017). Burns and Grove's. The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. *Elsevier Health Sciences*. <https://www.elsevier.com/books/burns-and-groves-the-practice-of-nursing-research/gray/978-0-323-37758-4>
- Hoyos, E., Lemos, M., y Torres de Galvis, Y. (2012) Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539013>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Encuesta Nacional de los Hogares*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). El estrés ¿Qué es y cómo manejarlo? <https://www.insp.mx/insp/cuidando-tu-salud/el-estres-ique-es-y-como-manejarlo.html>
- Iruarizaga, I., Gómez-Segura, J., Criado, T., Zuazo, M., y Sastre, E. (1999). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2(1). <http://reme.uji.es/articulos/airuai462031198/texto.html>
- Jacka, F. N., Mykletun, A., y Berk, M. (2012). Moving Towards a Population Health Approach to the Primary Prevention of Common Mental Disorders. *BMC Medicine*, 10(1), 149. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-149>
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., Xu, M. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression among People Affected by Versus People Unaffected by Quarantine during the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical Science Monitor*, 26, e924609-1. <https://doi.org/10.12659/MSM.924609>

- Lluch Canut, M. T. (2018). Enfermería de salud mental: El arte y la ciencia del cuidar. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 4, 2-3. <http://doi.org/10.35761/reesme.2018.4.01>
- Maes, M., Fišar, Z., Medina, M., Scapagnini, G., Nowak, G., & Berk, M. (2012). New Drug Targets in Depression: Inflammatory, Cell-Mediated Immune, Oxidative and Nitrosative Stress, Mitochondrial, Antioxidant, and Neuroprogressive Pathways. And New Drug Candidates-Nrf2 Activators and GSK-3 Inhibitors. *Inflammopharmacology*, 20(3), 127-150. <https://doi.org/10.1007/s10787-011-0111-7>
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.). (DSM-V). (2013). *Psiquiatría*. Arlington-EE. UU.
- Miller, G. E., Chen, E., & Parker, K. J. (2011). Psychological Stress in Childhood and Susceptibility to the Chronic Diseases of Aging: Moving Toward a Model of Behavioral and Biological Mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6), 959. <https://doi.org/10.1037/a0024768>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Nota descriptiva. Día Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Nota descriptiva. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Ospina Ospina, F., Hinestrosa Upegui, M., Paredes, M. C., Guzmán, Y., y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Salud Pública*, 13(6), 908-920. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/32665>
- Papalia, D., Feldman, R., D., Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual para la Enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat Editores.
- Pompa, E. G., y Meza, C. (2017). Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México. *Universitas Psychologica*, 16(3), 199-209. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.aeom>
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, E. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 155-170. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56031293002>

- Radolff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Reyes Cruz, K. (2021). *Ansiedad y depresión en los adolescentes de 16-19 años en situación de aislamiento social que pertenecen a un grupo juvenil de Quito* [Tesis]. Carrera de Psicología Infantil y Psicorehabilitación, UCE, Quito.
- Serlachius, A., Hamer, M., y Wardle, J. (2007). Stress and Weight Change in University Students in the United Kingdom. *Physiology & Behavior*, 92(4), 548-553. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.04.032>
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Soriano, S., De la Torre, R., y Soriano, L. (2003). Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Medicina de Familia*, 4, 130-5. <https://docplayer.es/15397542-Familia-trastornos-mentales-y-ciclo-vital-familiar.html>
- Tijerina González, L. Z., González Guevara, E., Gómez Nava, M., Cisneros Estala, M. A., Rodríguez García, K. Y., y Ramos y Peña E. G. (2018). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 17(4), 41-47. <https://doi.org/10.29105/respyn17.4-5>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., ..., y Ho, C. S. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wardle, J., Chida, Y., Gibson, E. L., Whitaker, K. L., y Steptoe, A. (2011). Stress and Adiposity: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Obesity*, 19(4), 771-778. <https://doi.org/10.1038/oby.2010.241>
- World Federation for Mental Health [WFMH]. (2012). *Depresión: Una crisis global. Día Mundial de la Salud Mental*. <https://wfmh.global>
- World Medical Association. (2013). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. 64ª Asamblea General. Fortaleza, Brasil. <http://repositorio.mederi.com.co/bitstream/handle/123456789/386/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf?sequence=1>

Capítulo 15. Salud mental positiva, adicción a la comida y estado nutricional en adolescentes. Prueba piloto

HUGO CASTAÑEDA MEJORADA¹

ROSARIO EDITH ORTIZ FÉLIX²

PATRICIA ENEDINA MIRANDA FÉLIX³

JORGE LUIS GARCÍA SARMIENTO⁴

LUIS ARTURO PACHECO PÉREZ⁵

MILTON CARLOS GUEVARA VALTIER⁶

Resumen

Introducción: Actualmente, el mundo enfrenta una carga elevada de problemas relacionados con sobrepeso y obesidad. Muchos adolescentes experimentan problemas de adaptación que pueden impactar en la salud mental. En el sentido positivo, la salud mental se entiende como los síntomas de afecto positivo, de desarrollo personal y contexto social, por lo que si el adolescente llega a padecer alguna dificultad llega a conductas de riesgo como las adicciones. Se ha incrementado el interés sobre adicciones comportamentales como la adicción a la comida, la cual está caracterizada por el deseo incontrolable de ingerir alimentos que son altos en grasas y azúcares. *Materiales y métodos:* El diseño del estudio es descriptivo correlacional con corte transversal. La población está conformada por adolescentes en edad de 15 a 18 años. *Resultados:* Participaron 51 adolescentes, la

¹ Estudiante de Maestría en Ciencias en Enfermería. Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, México.

² Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora investigadora, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5827-3218>

³ Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora investigadora, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7076-0991>

⁴ Estudiante de Doctorado en Ciencias Químico-Biológicas y de la Salud. Universidad de Sonora, Hermosillo, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6650-1762>

⁵ Doctor en Ciencias de Enfermería. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Sonora, Ciudad Obregón, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3765-5559>

⁶ Doctor en Educación. Profesor de tiempo completo, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7291-3931>

media de edad fue de 16.65 ($DE = 1.21$) años y 22.85 ($DE = 3.54$) IMC en los jóvenes. En cuanto a la edad, el 37.3% contaba con 17 años cumplidos. En cuanto al sexo, el 88.2% eran mujeres, y en cuanto al IMC, el 13.7% contaba con sobrepeso y un 9.8% contaba con bajo peso. Se observó que el 35.3% de los adolescentes no contaban con salud mental positiva, y el 19.6% de los jóvenes mostraron adicción a la comida. *Conclusión:* Los adolescentes no manifestaron tener problema o tener dudas para contestar los instrumentos. Una limitante es que, debido a las condiciones y situación por la pandemia COVID-19, las escuelas están cerradas, por lo que no podemos acudir a aplicar los instrumentos y esto tiene que ser de manera virtual.

Palabras clave: salud mental positiva, adicción a la comida, sobrepeso, obesidad, estado nutricional, adolescentes.

Introducción

Actualmente, el mundo enfrenta una carga elevada de problemas relacionados con el peso, particularmente sobrepeso (SP) y la obesidad (OB). Estos se definen como acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Ambas se consideran factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes *mellitus*, hipertensión, enfermedad cardiovascular, cáncer y actualmente el COVID-19, mismas que ponen en peligro la vida de las personas y son muy difíciles de tratar en lugares con limitados recursos y con sistemas de salud que ya están sobrecargados (González, Cruz, García y García, 2020; OMS, 2020).

A nivel mundial, entre 2000 y 2016, la proporción de adolescentes con sobrepeso aumentó del 10% a casi el 20%. En 2016, había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad, mismos que continúan en aumento actualmente (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2019; OMS, 2020). En México, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes, en el 2018, fue de 38.4%, mayor que la observada en 2012, la cual fue de 34.9%. La prevalencia de

sobrepeso por sexo fue mayor para las mujeres con 26.9% en comparación con los hombres de 20.6%. En el caso de la prevalencia de obesidad fue similar para ambos sexos de 14.1% en mujeres y de 15.1% en hombres. En Sinaloa, en noviembre del 2020 se registraron 5 484 casos de obesidad en la población entre los 5 y 19 años (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Ensanut], 2018; Secretaría de salud [SSA], 2020).

La adolescencia es definida como un periodo de crecimiento y desarrollo del ser humano que se produce después de la niñez, entre los 10 y los 19 años. Ésta es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Muchos adolescentes experimentan diversos problemas de adaptación que pueden impactar en la salud mental. En un sentido positivo, la salud mental positiva se entiende como los síntomas de afecto positivo, de desarrollo personal y contexto social; si el adolescente llega a parecer alguna dificultad llega a conductas de riesgo como lo son las adicciones (OMS, 2020, 2018; Machado y Bandeira, 2015).

La adicción es una enfermedad primaria que afecta al cerebro, que está constituida por un conjunto de signos y síntomas característicos. Su origen es multifactorial involucrando distintos factores como: biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. El estudio de las adicciones se ha enfocado tradicionalmente en la dependencia de drogas naturales o sintéticas, legales o ilegales; sin embargo, en los últimos años ha incrementado el interés por la investigación sobre adicciones comportamentales, siendo la adicción a la comida (AC) una de estas (Estevez *et al.*, 2017; Rojas *et al.*, 2020).

La AC está caracterizada por el deseo incontrolable de ingerir alimentos que son altos en grasas y azúcares, lo cual conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo en diferentes áreas del funcionamiento, además puede presentarse en forma de trastornos de atracón compulsivo. Este tipo de adicción, está significativamente relacionada con problemas de salud físicos, así como también puede favorecer la malnutrición por exceso (SP y OB). Un estudio donde se buscó establecer una relación entre los índices de obesidad y la AC obtuvo como resultado que los síntomas clínicos de esta adicción se correlacionaron positivamente con la obesidad, donde los adictos a los alimentos tenían un aumento de peso y, por lo tanto, un aumento en el IMC y grasa corporal (Figueroa y Cjuno, 2018;

Pedram *et al.*, 2013). El *SP* y la *OB* en la adolescencia son problemas de salud pública que han tomado mayor importancia en el mundo, esto debido a que afecta a un gran número de países de bajo y mediano ingreso (Rojas *et al.*, 2020).

Actualmente, debido a la pandemia por COVID-19, los estudios muestran que los sujetos con obesidad tienen más riesgo para la hospitalización y para desarrollar una enfermedad más grave, lo que tiene como consecuencia llevarte a la muerte, en caso de enfermar de COVID-19 (Petrova *et al.*, 2020). Por lo antes mencionado, los adolescentes son un grupo prioritario de atención para los profesionales de enfermería, esto debido a que el confinamiento podría repercutir en la salud emocional y en el desarrollo de adicciones comportamentales como la *AC* y, por ende, favorecer el incremento de *SP* y la *OB*, la cual se presenta por el consumo de bebidas azucaradas y comidas con un alto contenido de grasas o frituras. Es por eso que estudiar las variables antes mencionadas podría aportar al conocimiento para proponer intervenciones destinadas a prevenir estados crónicos en adolescentes, al igual que se puede proporcionar información sobre la necesidad de modificar los hábitos de alimentación para tener una buena salud. Por lo antes mencionado, el propósito del presente estudio es describir la adicción a la comida y la salud mental positiva con el estado nutricional de los adolescentes.

Material y métodos

El presente estudio fue diseño descriptivo correlacional con corte transversal. La población fueron adolescentes de edad de 15 a 18 años inscritos en una institución pública medio superior en la localidad de Adolfo Ruiz Cortines, Guasave, Sinaloa. El muestreo fue aleatorio simple, el universo fue de 738 adolescentes. La muestra final se conformó por 51 adolescentes. Se incluyeron adolescentes que cumplan con el rango de edad de 15 a 18 años y que estén inscritos en la institución de educación media superior. Se excluyó a todo adolescente que padecía de alguna enfermedad o padecimiento que le pudiera causar algún problema de salud, como alguna en-

fermedad endocrinológica o neurológica, por la que estuviera tomando algún tipo de medicamento psiquiátrico.

Previo a la aplicación de los instrumentos se realizaron dos preguntas filtro. Una vez que estas se respondieron, se recolectaron datos personales de adolescentes mediante una cédula que consta de: edad, sexo, peso y estatura del adolescente. Para la medir la Salud Mental Positiva se aplicó la Escala de Salud Mental Positiva en niños y adolescentes mexicanos (González y Valdez, 2016), la escala consta de 30 ítems, la cual mide cuatro dimensiones: (1) la satisfacción personal (cuenta con 12 ítems); (2) resolución de problemas (cuenta con 7 ítems); (3) integración o autocontrol (cuenta con 6 ítems), y (4) habilidades de relación interpersonal (cuenta con 5 ítems). La escala es de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: que van de nunca, que será igual a 1, hasta siempre, que será igual a 4. Para la muestra se reporta un alfa de Cronbach de 0.80 en población mexicana.

La adicción a la comida se midió a través de la escala YALE de adicción a la comida (YFAS-C) para niños y adolescentes mexicanos. La escala tiene un total de 25 reactivos que miden las experiencias de comportamientos adictivos alimenticios en los últimos 12 meses; tienen diferentes opciones de puntuación, las primeras 18 preguntas son en una escala tipo Likert de 5 puntos (nunca, una vez al mes, 2-4 veces al mes, 2-3 veces a la semana, 4 o más veces a la semana o diario: correspondientes a 0, 1, 2, 3 o 4 puntos, respectivamente) evalúan conductas que pueden presentarse ocasionalmente en individuos sin problemas de adicción y las últimas ocho preguntas son dicotómicas Sí o No. Tres preguntas (19, 20 y 24) no se consideran para la calificación de la escala; el resto de los ítems miden los siete criterios de AC, a excepción de los reactivos 15 y 16 que pregunta sobre el deterioro clínicamente significativo o la depresión causada por los hábitos alimenticios. Existen umbrales de puntuación específicos para las preguntas con respuesta en escala de cinco puntos, que las convierten en variables dicotómicas. La puntuación de cada criterio se obtiene con la suma de los ítems que lo componen y se considera como cumplido (o positivo) si es mayor o igual a 1.

Existen dos formas de calificación: por recuento de síntomas y la diagnóstica. Por recuento de síntomas, se suman los síntomas/criterios cumplidos, lo que da como resultado un rango 0-7; la autora la recomienda en

población no clínica. Se diagnostica AC si se cumplen con tres o más síntomas y con un deterioro clínicamente significativo (que es análogo a los requisitos de la dependencia de sustancias de diagnóstico en el DSM-IV-TR (APA, 2008). Los YFAS originales mostraron consistencia interna adecuada (*aes* de Kuder-Richardson fueron 0.86 y 0.75 para los elementos y criterios de los síntomas, respectivamente) y una buena validez convergente, con construcciones similares y una buena validez discriminante con construcciones diferentes.

El presente estudio se apegó a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014), el cual establece los lineamientos a considerar en la investigación científica relacionada a la salud. De acuerdo al Título Segundo sobre los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13, 14 Fracción I, V, VI, VII, VIII, IX, Artículo 16, 17 Fracción II y Artículo 21.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25. Para dar respuesta a los objetivos del estudio se utilizó estadística descriptiva (frecuencia, medias, porcentajes y correlaciones).

Resultados

Participaron 51 adolescentes, la media de edad de los participantes fue de 16.65 ($DE = .21$) años; el mayor porcentaje (37.3%) tenían 17 años cumplidos. El promedio de IMC fue de 22.85 ($DE = 3.54$) en los jóvenes, en cuanto a la categoría de estado nutricional, el 13.7% presentó sobrepeso y un 9.8% bajo peso. En lo que corresponde al sexo, el 88.2% eran mujeres (ver tabla 1).

Respecto a la salud mental positiva, sólo el 35.3% de los adolescentes la presentaron y con relación a la adicción a la comida sólo el 19.6% de los participantes presentaron esta condición (ver tabla 2).

La tabla 3 nos muestra los resultados obtenidos de salud mental positiva y adicción a la comida por sexo, donde el 19.6% de las mujeres presentó adicción a la comida y el 33.3% de las mujeres no tienen salud mental positiva.

TABLA 1. *Características personales*

		<i>f</i>	%
<i>Edad</i>	14	3	5.9
	15	8	15.7
	16	7	13.7
	17	19	37.3
	18	14	27.5
<i>Sexo</i>	Masculino	6	11.8
	Femenino	45	88.2
<i>IMC</i>	Bajo peso	5	9.8
	Peso normal	36	70.6
	Sobrepeso	7	13.7
	Obesidad	3	5.9

NOTA: *n* = 51.TABLA 2. *Frecuencias y porcentajes de salud mental positiva (SMP) y adicción a la comida (AC)*

		<i>f</i>	%
<i>Salud mental positiva</i>	Con SMP	33	64.7
	Sin SMP	18	35.3
<i>Adicción a la comida</i>	Sin AC	41	80.4
	Con AC	10	19.6

NOTA: *n* = 51; Con SMP = con salud mental positiva; Sin SMP = sin salud mental positiva; Sin AC = sin adicción a la comida; Con AC = con adicción a la comida.

TABLA 3. *Frecuencias y porcentajes de salud mental positiva, adicción a la comida e índice de masa corporal por sexo*

		<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>Salud mental positiva</i>	Sin salud mental positiva	1	1.9	17	33.3
	Con salud mental positiva	5	9.8	28	54.9
<i>Adicción a la comida</i>	Sin adicción a la comida	6	11.7	35	68.6
	Con adicción a la comida	0	0.0	10	19.6

NOTA: *n* = 51.

Conclusión

Se concluye que la mayoría de los adolescentes presenta peso saludable, sin embargo, un cuarto de los participantes presenta alguna forma de malnutrición y no goza de salud mental positiva, lo que pudiera ser un factor de riesgo para el desarrollo de conductas de riesgo para su salud. Es importante comentar que casi la cuarta parte presentó alguna forma de adicción a la comida, por tanto, es importante desarrollar investigaciones a mayor escala que pudieran indagar sobre las posibles asociaciones de las variables antes mencionadas.

En lo que respecta a la aplicación de la investigación, la duración promedio para responder la batería de instrumentos fue de 11:36 min. Los adolescentes no manifestaron tener problema alguno o tener dudas para contestar los instrumentos. Una de las limitantes que hay es que, debido a las condiciones y a la situación que está pasando el mundo por la pandemia de COVID-19, las instalaciones educativas se encontraban cerradas, por lo que no se pudo acudir a aplicar los instrumentos y la investigación se tuvo que realizar de manera virtual a través de Google Forms.

Bibliografía

- Agüera, Z., Wolz, I., Sánchez, I., Sauvaget, A., Hilker, I., Granero, R., y Aranda, F. (2016). Adicción a la comida: Un constructo controvertido. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (117), 17-30.
- Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E., y Pérez, A. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Tolúviejo. *Suma Psicológica*, 15(2), 385-404.
- Askell, H., y Lawson, M. (2013). Teachers' Knowledge and Confidence for Promoting Positive Mental Health in Primary School Communities. *Asia-Pacific Journal of Teacher Education*, 41(2), 126-43.

- Barrera, M., y Flores, M. (2020). Apoyo social percibido y salud mental positiva en hombres y mujeres universitarios. *Voces y Silencios. Revista Latinoamericana de Educación*, 11(2), 67-83.
- Blanco, A., y Rodríguez, J. (2007). Fundamentos de la Intervención Psicosocial. *Intervención Psicosocial*. Madrid: Pearson Educación.
- Borisenkov, M. F., Tserne, T. A., y Bakutova, L. A. (2018). Food Addiction in Russian Adolescents: Associations with Age, Sex, Weight, and Depression. *European Eating Disorders Review*, 26(6), 671-676.
- Cámara de Diputados de H. Congreso de la Unión (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de la Federación*.
- Carrascosa, A., Yeste, D., Moreno, A., Gussinyé, M., Ferrández, Á., Clemente, M., y Fernández, M. (2018). Índice de masa corporal e índice de masa triponderal de 1.453 niños no obesos ni malnutridos de la generación del milenio. Estudio longitudinal de Barcelona. *Anales de Pediatría*, 89(3), 137-143.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2015). *Cómo evaluar su peso: Acerca del Índice de Masa Corporal para Niños y Adolescentes*. https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html
- Davis, C., Urtis, C., Levitan, R., Carter, J., Kaplan, S., y Kennedy, L. (2011). Evidence that "Food Addiction" is a Valid Phenotype of Obesity. *Appetite*, 57(3), 711-717.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut). (2016). *Informe final de resultados*. <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Estévez, A., Jáuregui, P., Sánchez Marcos, I., López González, H., y Griffiths, M. (2017). Attachment and Emotion Regulation in Substance Addictions and Behavioral Addictions. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4), 534-544.
- Figuroa, J., y Cjuno, J. (2018). Adicción alimentaria en Latinoamérica. *Medwave*, e7171-e7171.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019). *Niños, alimentos y nutrición: Crecer bien en un mundo en transformación*. Nueva York.
- Fundación RECAL. (2019a). ¿Qué es la adicción? <https://www.fundacionrecal.org/que-es-la-adiccion/>

- Fundación RECAL. (2019b). *Tipos de adicción*. <https://www.fundacionrecal.org/que-es-la-adiccion/tipos-de-adiccion/>
- Ganga, N., Raman, V., y Thomas, I. (2014). Determinants of Positive Mental Health: A Path Model. *Mental Health Review Journal*, 19(1), 47-60.
- González González, S., Cruz Bello, P., García Hernández, M. L., y García Jiménez, A. (2020). Sobre peso y obesidad en adolescentes mexicanos: Una valoración integral del profesional de enfermería. *Paraninfo Digital*, 14(32), e32048d. <http://ciberindex.com/c/pd/e32048d>
- González, N., y Valdez, J. (2016). Validez de la escala de salud mental positiva en niños mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2368-2383.
- Granero, R., Hilker, I., Agüera, Z., Jiménez, S., Sauchelli, S., Islam, M., y Fernández, F. (2014). Food Addiction in a Spanish Sample of Eating Disorders: DSM-5 Diagnostic Subtype Differentiation and Validation Data. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 22(6), 389-96. <https://doi.org/10.1002/erv.2311>
- Grove, S., y Gray, J. (2019). Introducción a los diseños de la investigación cuantitativa. En S. K. Grove y J. R. Gray (Eds.), *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (pp. 207). Barcelona, España: Elsevier.
- Guevara, M., Ruiz, K., Pacheco, L., Santos, J., González, P., y Sánchez, A. (2020). Adicción a la comida y estado nutricional en adolescentes de una preparatoria pública en México. *Enfermería Global*, 19(58), 1-20.
- Gurin, G., Veroff, J., y Feld, S. (1960). *Americans View Their Mental Health*. Nueva York: Basic Books.
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. Nueva York: Basic Books.
- Jiménez, C. (2017). *Validación de la escala de Yale para adicción a la comida para niños (YFAS-C) en niños y adolescentes mexicanos* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Keser, A., Yüksel, A., Yesiltepe-Mutlu, G., Bayhan, A., Özsu, E., y Hatun, S. (2015). A New Insight into Food Addiction in Childhood Obesity. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 57(3), 219.
- Kessler, C., Angermeyer, M., y Anthony, J. (2007). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of Mental Disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168-76.

- Keyes, C. (1998). Social Well-Being, *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Keyes, C. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. (2006). Subjective Well Being in Mental Health and Human Development Research Worldwide: An Introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.
- Keyes, C., y Lopez, S. (2002). Toward a Science of Mental Health: Positive Directions in Diagnosis and Interventions. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 45-62). Nueva York: Oxford University.
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Universidad de Barcelona. <http://www.tdx.cesca.cat/handle/10803/2366>
- Lluch, T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), 42-55.
- Machado, W., y Bandeira, D. (2015). Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum-Short Form. *Psico-USF*, 20(2), 259-274.
- Marazziti, D., Presta, S., Baroni, S., Silvestri, S., y Dell'Osso, L. (2014). Behavioral Addictions: A Novel Challenge for Psychopharmacology. *CNS Spectrums*, 19(6), 486-95. <https://doi.org/10.1017/S1092852913001041>
- Mei, Z., Grummer, L., Pietrobelli, A., Goulding, A., Goran, M., y Dietz, W. (2002). Validity of Body Mass Index Compared with Other Body-Composition Screening Indexes for the Assessment of Body Fatness in Children and Adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2002, 7597-985.
- Meltzer, H., y Ludwig, D. (1971). Positive Mental Health of Workers as Related to Memory Optimism, Work Competency and Personal Values. *Psychological Reports*, 28(1), 223-9.
- Meule, A., y Gearhardt, A. (2014). Food Addiction in the Light of DSM-5. *Nutrients*, 6, 3653-3671. <https://doi.org/10.3390/nu6093653>
- Minsel, B., Becker, P., y Korchin, S. (1991). A Cross-Cultural View of Positive Mental Health: Two Orthogonal Main Factors Replicable in Four Countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 22(2), 157-181.
- Naghshpour, M., Rouhandeh, R., Karbalaipour, M., y Miryan, M. (2018). Prevalence of Food Addiction among Iranian Children and Adolescents: Associations with Sociodemographic and Anthropometric Indices. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 32, 8.
- O'Brien, C. (2011). Addiction and Dependence in DSM-V. *Addiction* (Abingdon,

- Inglaterra), 106(5), 866-7. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03144.x>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: Un estado de bienestar*.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20trastornos%20o%20discapacidades%20mentales>
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Nutrición*. <https://www.who.int/nutrition/challenges/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (2020c). *Salud de la madre, el recién nacido, el niño y del adolescente*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2020d). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Pedram, P., Wadden, D., Amini, P., Gulliver, W., Randell, E., Cahill, F., y Sun, G. (2013). Food Addiction: Its Prevalence and Significant Association with Obesity in the General Population. *PLoS One*, 8(9), e74832.
- Pérez, M., Serrano, I., Ardila, M., y Duque, C. (2012). Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia-Quindío. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(36), 247-261.
- Petrova, D., Salamanca, E., Barranco, M., Pérez, P., Moleón, J., y Sánchez, M. (2020). La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: Posibles mecanismos e implicaciones. *Atención Primaria*, 52(7), 496-500.
- Randolph, G. (1956). The Descriptive Features of Food Addiction: Addictive Eating and Drinking. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17(2), 198-224. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13336254>
- Restrepo, D., y Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-11.
- Rojas, C., Polanco, R., Montenegro, C., Morales, C., Retamal, K., Rivano, N., y Sepúlveda, J. (2020). Adicción a la comida: Una revisión sobre el concepto, sus características y medición. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1).

- Ryff, C. (1989). Happiness is Everything, or Is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-108.
- Salamone, J., y Correa, M. (2013). Dopamine and Food Addiction: Lexicon Badly Needed. *Biological Psychiatry*, 73(9), 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.09.027>
- Santaolaya, P., Zapata, I., Iglesias, J., Vidaña, D., Cisneros, O., Monserratte, C., y Treviño, X. (2019). Asociación entre adicción a la comida e índice de masa corporal en niños mexicanos de 10 a 16 años de edad. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 17(4), 358-363.
- Secretaría de Salud (SSa), Departamento de Vigilancia Epidemiológica. (2020). *Boletín epidemiológico*. <http://saludsinaloa.gob.mx/wp-content/uploads/2017/epidemiologia/cuarto-trimestre-2020/Boletin%20Semanal%20Convencional%20Sinaloa%202020-SEM%2047.pdf>
- Seligman, M., Parks, C., y Steen T. (2012) A Balanced Psychology and a Full Life. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 359(1449), 1379-1381.
- Sequeira, C., Carvalho, J., Sampaio, F., Lluch, T., y Roldán, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 45-53.
- Skinner, M., y Aubin, J. (2010). Craving's Place in Addiction Theory: Contributions of the Major Models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(4), 606-623. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.024>
- Toribio, L., González, N., Oudhof, H., y Gil, M. (2018). Salud mental positiva en adolescentes mexicanos: Diferencias por sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 37(2), 131-143.
- Vaillant, E. (2012). Positive Mental Health: Is There a Cross-Cultural Definition? *World Psychiatry*, 11(2), 93-9.
- Wright, L. (1971). Components of Positive Mental Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36(2), 277-80.
- Yeste, D., Clemente, M., Campos, A., Fábregas, A., Mogas, E., Soler, L., y Carrascosa, A. (2020, mayo). Precisión diagnóstica del índice de masa triponderal (kg/m^3) para identificar el fenotipo de riesgo metabólico en pacientes obesos. *Anales de Pediatría*, 92(2), 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.04.004>

Capítulo 16. Satisfacción de la imagen corporal y alimentación emocional asociados al estado nutricional de los adolescentes

ROSARIO EDITH ORTIZ FÉLIX¹

Resumen

Introducción: Durante la adolescencia se desarrolla la imagen corporal, la cual a su vez puede desencadenar episodios de alimentación emocional, lo que se define como comer en respuesta de algún evento o estado de ánimo y suele ser de carácter negativo. **Material y métodos:** Diseño descriptivo correlacional con corte transversal; el muestreo fue aleatorio simple; la muestra final de 121 estudiantes. Se aplicó una cédula de datos, la lámina de siluetas corporales de Stunkard, Sorensen y Schuldinger (1983) y el Cuestionario del Comedor Emocional de Garaulet *et al.* (2012). Los datos fueron capturados y analizados a través del paquete estadístico Statical Package for the Social Sciences (spss), versión 25. Se utilizó estadística descriptiva, la prueba V de Cramer y la U de Mann-Whitney. **Resultados:** Participaron 121 adolescentes, el 62% fueron de sexo femenino. La media de edad fue de 16.32 ($DE = 1.01$); se encontró que el 71.00% de los adolescentes presentaron peso saludable; 19.00%, sobrepeso, y 10.00%, obesidad. De acuerdo a la satisfacción de la imagen corporal, la mayoría de los adolescentes, 51.00% ($n = 62$), mostraron deseo de tener menor peso. Existe asociación entre la satisfacción de la IC y categoría de peso del adolescente ($X^2 = 22.041$, $gl = 4$, $p = 0.001$) con un efecto moderado (V de Cramer = .427). Además, hubo diferencias de la alimentación emocional ($U = 1232.00$; $Z = -2.64$; $p = 0.008$) de acuerdo al sexo. **Conclusión:** los adoles-

¹ Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora investigadora de tiempo completo, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5827-3218>

centes del presente estudio mostraron datos alarmantes de insatisfacción de la imagen corporal, así como alimentación emocional. Esto sin dejar de lado que, el sobrepeso y la obesidad ocupan un porcentaje elevado. Además, se puede observar que las mujeres se ven más afectadas por sus emociones al momento de alimentarse.

Palabras clave: imagen corporal, alimentación, sobrepeso y obesidad.

Introducción

La población mundial ha estado lidiando con diversas dificultades relacionadas con la alimentación, entre los que se incluyen problemas de malnutrición, ya sea por excesos o por deficiencias. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la prevalencia de sobrepeso y obesidad (*SP/OB*) en adolescentes ha aumentado de forma alarmante, del 4% en 1975 a más del 18% en 2016. Este aumento ha sido similar en ambos sexos: un 18% de niñas y un 19% de niños. En México, el 38.5% de adolescentes presenta algún grado de *SP/OB*, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2018). En Sinaloa, cuatro de cada 10 adolescentes sufren de alguno de estos dos padecimientos. Los municipios con mayor problema de obesidad son; Culiacán con 4 493 casos (31% de la población), Guasave con 2 609 casos (18%) y Ahome con 2 312 casos de obesidad que representa el 16% de la población de este municipio (Lizárraga, 2018).

En la última década, el sobrepeso y la obesidad ha aumentado notablemente, y por consiguiente, los adolescentes no se encuentran satisfechos con su imagen corporal (*IC*) debido a los cánones de belleza instaurados en la sociedad actual (Fernández, *et al.* 2019). La *IC* es un constructo psicológico de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que nuestro cuerpo se nos manifiesta, es cómo la autopercepción del cuerpo genera una representación mental compuesta por un esquema corporal perceptivo, por las emociones, los pensamientos y las conductas asociadas. A través del tiempo se ha tenido un estereotipo de *IC* según cada cultura, actualmente se está promoviendo la “belleza del cuerpo”, al obtenerla, la persona suele te-

ner un éxito social (Jiménez-Flores, Jiménez-Cruz y Bacardí-Gascón, 2017).

Se ha documentado que existe un trastorno de la IC, que se define como la confusión en la imagen mental del yo físico. Dentro de las características del mismo se encuentran la alteración de la visión del propio cuerpo, en el funcionamiento, estructura o los límites del cuerpo, un cambio en la capacidad para estimar la relación espacial del cuerpo en el entorno, puede haber un ocultamiento de una parte del cuerpo, preocupación por el cambio o la pérdida, sentimientos negativos sobre el cuerpo tanto que pueden llegar a evitar mirarse o tocarse, también pueden presentarse percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal o temor a la reacción de otros (NANDA, 2021-2023).

Al respecto se ha evidenciado que los adolescentes muestran diferencias significativas en las percepciones y comportamientos relacionados con la apariencia, el estado físico, la salud, las áreas corporales y el peso, incluyendo también el índice de masa corporal (IMC). Los adolescentes insatisfechos con su imagen corporal son los de mayor edad y de sexo femenino más que los varones, aun cuando presenten un IMC más bajo (Deshmukh y Kulkarni, 2017; Jiménez, Arriscado, Dalmau Gargallo, 2019; Ramos, Rivera, Pérez, Lara y Moreno, 2016).

Durante la adolescencia se desarrolla la imagen corporal (IC). Una mala percepción de ésta puede desencadenar episodios de alimentación emocional (AE), lo que se define como comer en respuesta de algún evento o estado de ánimo, esto suele ser de carácter negativo. La AE, entendida como la elección de alimentos determinados provocada por una emoción, es un patrón alimentario que cada vez está más presente en la sociedad, y que además está influenciado por el ambiente obesogénico que nos rodea. Actualmente, ha recibido mayor atención a razón de las asociaciones que se han encontrado con afecciones a la salud, como es el caso del sobrepeso y la obesidad, al igual que los trastornos alimentarios y por atracón (Herrero, 2018; Vázquez Vázquez *et al* (2019).

La AE puede estar presente frecuentemente, pero no debería ser la que predomine en el día a día, pues no solamente existe la posibilidad de empeorar el estado de ánimo o las emociones sino, además, dañar la salud. Asimismo, una vez que se come por orden de las emociones se suele consumir alimentos calóricos, placenteros como son los ricos en azúcares, ha-

rinas refinadas y grasas, que simultáneamente son los que se deben minimizar en la dieta para mantener un buen estado de salud, por esto, además, se debe mantener el control de la AE (Barcía, Pico, Reyna y Vélez, 2019; Instituto Tomas Pascual Sanz, 2018).

Las variables IC y AE resultan de interés para la disciplina de enfermería, debido a que los adolescentes experimentan una serie de cambios emocionales propios de la edad que pudieran estar relacionadas a la malnutrición. Además, es importante considerar que a nivel mundial la sociedad resulta afectada por la pandemia de COVID-19, misma que generó una serie de estrategias para evitar la propagación de la enfermedad, así como diversas emociones dentro de la población. Un aspecto importante fue el aislamiento social y cambios de roles que pudiera impactar directamente en la salud de los adolescentes. Por tanto, los propósitos del presente estudio fueron: (1) determinar la asociación de la satisfacción de la imagen corporal y la alimentación emocional con la categoría de peso corporal; (2) identifica la asociación de la satisfacción de la imagen corporal con la alimentación emocional; (3) conocer la diferencia de la satisfacción de la imagen corporal de acuerdo al sexo de los adolescentes y (4) conocer la diferencia de la alimentación emocional de acuerdo al sexo de los adolescentes.

Materiales y métodos

Diseño descriptivo correlacional con corte transversal, ya que describe la asociación de la satisfacción de la imagen corporal y la alimentación emocional, y transversal porque los datos se colectaron en un solo momento (Grove y Gray, 2019).

La población de estudio se conformó por 1 200 estudiantes inscritos a una institución de educación media superior pública. El muestreo fue aleatorio simple, la muestra se calculó a través del paquete estadístico Netquest, V.3.1 con tamaño de efecto de 0.3, potencia de .90 y 2 grados de libertad, resultando una muestra final de 121 estudiantes. Se incluyeron a estudiantes con edades de 15 a 18 años de edad inscritos como estudiantes regulares. Los criterios de exclusión fueron estudiantes diagnosticados con

alguna enfermedad mental, así como a quienes padecieran enfermedades que alteraran su peso corporal (problemas de tiroides, diabetes, anorexia, cáncer, entre otras).

Mediciones

La aplicación de los instrumentos se realizó a través de la plataforma virtual Microsoft Forms. Previo a la aplicación de los instrumentos se realizaron dos preguntas filtro. Una vez que estas fueron respondidas se recolectaron datos personales de adolescentes a través de una cédula de datos personales y clínicos por autoreporte que indagó a cerca de: edad, sexo y datos antropométricos (peso actual, talla actual), posteriormente se calculó el *IMC* y se clasificó en percentiles de acuerdo al Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2021).

Para medir la variable de satisfacción de la *IC*, se aplicó la lámina de siluetas corporales de Stunkard, Sorensen y Schuldinger (1983). Se integra por dos laminas, la primera se encabeza con la pregunta: “¿Cuál de las siguientes siluetas, se parece a tu silueta actual?”, y muestra nueve siluetas corporales, tanto para hombres como para mujeres, que van desde lo más delgado hasta muy obeso, donde el participante deberá elegir sólo la imagen que considere lo representa actualmente. En la siguiente lámina, se pregunta “¿Cuál silueta se asemeja a la apariencia que quieres tener?”, seguida por las nueve siluetas corporales, que van desde lo más delgado hasta muy obeso, donde el participante deberá elegir sólo la silueta que le gustaría tener en el momento de la aplicación del instrumento.

Para la interpretación se consideran tres medidas: la imagen actual, la imagen deseada y la discrepancia (deseada-actual), la cual muestra una medida de insatisfacción con la imagen del cuerpo. La discrepancia es la diferencia numérica entre la silueta actual y la deseada. Si la discrepancia es igual a 0, el individuo está satisfecho con su *IC*; si la discrepancia tiene un valor positivo, el individuo desea tener más masa corporal; si la discrepancia tiene un valor negativo, el individuo quiere tener menos masa corporal.

Para medir la *AE* se aplicó el Cuestionario del Comedor Emocional de Garaulet (*et al.* 2012) que ha mostrado una confiabilidad de $\alpha = .85$. Este

instrumento consta de 10 reactivos e indaga en qué medida las emociones afectan la conducta alimentaria, por ejemplo: ¿Te cuesta parar de comer alimentos dulces como chocolates?, ¿Comes cuando estás estresado/a, enfadado/a o aburrido/a?, ¿Comes más de tus alimentos favoritos y con más descontrol cuando estas solo/a? Las opciones de respuesta son cuatro: (1) Nunca, (2) A veces, (3) Generalmente y (4) Siempre.

Para su interpretación, las puntuaciones superiores indican un mayor efecto de las emociones sobre la elección de alimentos y los hábitos alimentarios. Además, se puede clasificar del puntaje final obtenido: puntuación entre 0-5: comedor no emocional, puntuación entre 6-10: comedores emocionales bajos, puntuación entre 11-20: devorador de emociones y puntuación entre 21-30: comedor muy emocional.

Procedimiento de recolección de la información

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa y se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, artículos 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 33, 35, 36 y 57 (Secretaría General, 2014) y a las Normas Éticas de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

Para la recolección de datos se solicitó la autorización del Comité de Investigación y Ética en Investigación de la Universidad Autónoma de Sinaloa en la Facultad de Enfermería Mochis. Una vez que se autorizó el estudio y se realizaron todos los trámites administrativos, se le pidió la institución que nos apoyará proporcionando las listas de todos los alumnos de la institución. Se procedió a aleatorizar los grupos mediante el programa de Microsoft Excel 2013, mismo que permitió seleccionar los grupos que participaron en el estudio. Posteriormente, se contactó a los tutores de los grupos seleccionados para solicitarles su apoyo y programar reuniones virtuales.

Una vez en la reunión virtual, se les explicó a los estudiantes el propósito del estudio y se les informó que pueden abandonar el estudio en cualquier momento sin que haya alguna consecuencia y que todo es de manera anónima. Con el fin de proteger la identidad de los individuos, se le colocó

un folio a cada uno de los instrumentos aplicados. Se les invitó a participar; a quienes accedieron se les proporcionó el enlace de la plataforma Google Forms, donde se encontraba preguntas filtro y la batería de instrumentos; firmaron, a través de un clic, el consentimiento informado y el asentimiento en caso de ser menores de edad.

Posteriormente se les explicó que para avanzar debían responder las preguntas filtro: “¿Toman algún tipo de medicamento psiquiátrico? y ¿padecen de alguna enfermedad endocrinológica (ejemplo: hipotiroidismo, diabetes, cáncer, entre otras)?”, esto para saber si los adolescentes cumplían con los criterios de inclusión, si la respuesta era negativa se procedía a contestar los instrumentos. Primeramente, la cédula de datos personales, luego respondieron la lámina de siluetas y finalmente el cuestionario del comedor emocional. Es importante resaltar que, por tratarse de temas sensibles, se les agregó una nota al final, donde se brindó información de contacto para apoyo psicológico y nutricional. Al final se les agradeció a los participantes por su colaboración.

Plan de análisis de los datos

Los datos fueron capturados y analizados a través del paquete estadístico Statal Package for the Social Sciences (SPSS), versión 25. Se utilizó estadística descriptiva para obtener medias, desviación estándar, mínimos y máximos, frecuencias y porcentajes de las variables de estudio, normalidad de los datos y alfa de Cronbach para la confiabilidad del instrumento.

Además, se utilizó la prueba V de Cramer para conocer la asociación entre variables de estudio y la U de Mann-Whitney para conocer la diferencia de la imagen corporal y la alimentación emocional de acuerdo al sexo de los participantes.

Resultados

Participaron 121 adolescentes. De acuerdo a las características personales se encontró que el 62% de los participantes fueron de sexo femenino. La media de edad fue de 16.32 ($DE = 1.01$); el peso corporal osciló entre 45.00

a 135.00 kilogramos; la altura fue de 1.39 a 1.90 metros, y el promedio de IMC fue de 23.69 ($DE = 4.42$). Se clasificó el peso corporal de acuerdo al CDC (2021) y se encontró que la gran mayoría de los adolescentes 71.00% presentaron peso saludable, 19.00% sobrepeso y 10.00%, obesidad.

Referente a la variable de satisfacción de la IC, se encontró que la mayoría de los adolescentes 51.00% ($n = 62$), mostraron deseo de tener menor peso (ver tabla 1).

TABLA 1. *Satisfacción de la imagen corporal de los adolescentes*

<i>Satisfacción de la IC</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Satisfecho	33	27.00
Deseo de mayor masa corporal	26	22.00
Deseo de menor masa corporal	62	51.00
Total	121	100.00

NOTA: IC = imagen corporal; f = frecuencia; % = porcentaje.

De acuerdo a la confiabilidad del instrumento de comedor emocional, se encontró un alfa de Cronbach de 0.84. Además, el 74.00% de los adolescentes se situaron en la categoría de devoradores de emociones (ver tabla 2).

TABLA 2. *Clasificación de alimentación emocional de los adolescentes*

<i>Clasificación de alimentación emocional</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Comedor emocional bajo	1	1.00
Devorador de emociones	90	74.00
Comedor muy emocional	30	25.00
Total	121	100.00

NOTA: f = frecuencia, % = porcentaje.

Estadística inferencial

Para dar respuesta al objetivo general se realizó una tabla de contingencia, y se encontró que existe asociación entre la satisfacción de la IC y categoría de peso del adolescente ($X^2 = 22.041$, $gl = 4$, $p = 0.001$) con un efecto mo-

derado (V de Cramer = .427). El 100.00% de los adolescentes con obesidad, 73.90% con sobrepeso y el 38.40% con peso saludable manifestaron deseo de tener menos masa corporal. Sin embargo, 8.70% y 27.90 de los adolescentes con sobrepeso y peso saludable desean tener mayor masa corporal (ver tabla 3).

TABLA 3. Asociación de la satisfacción de la imagen corporal con la categoría de peso de los adolescentes

	Categoría de peso			<i>V de Cramer</i>	<i>Valor p</i>
	<i>Peso saludable</i> <i>n (%)</i>	<i>Sobrepeso</i> <i>n (%)</i>	<i>Obesidad</i> <i>n (%)</i>		
<i>Satisfecho</i>	29 (33.70)	4 (17.40)	0 (0.00)	0.427	0.001
<i>Deseo de mayor masa corporal</i>	24 (27.90)	2 (8.70)	0 (0.00)		
<i>Deseo de menor masa corporal</i>	33 (38.40)	17 (73.90)	12 (100.00)		

NOTA: n = frecuencia; % = porcentaje; V de Cramer = tamaño de efecto; $Valor p$ = significancia.

Además, se encontró que no existe asociación entre la alimentación emocional y categoría de peso del adolescente ($X^2 = 9.35$, $gl = 4$, $p = 0.053$). La mayoría de los adolescentes de las tres categorías de peso se encontraron dentro de la clasificación de devorador de emociones, peso saludable (81.40%), sobrepeso (60.90%) y obesidad (50.00). Además, el 50.00% de los participantes con obesidad fueron comedores emocionales (ver tabla 4).

TABLA 4. Asociación de la alimentación emocional con la categoría de peso de los adolescentes

	Categorías de peso			<i>V de Cramer</i>	<i>Valor p</i>
	<i>Peso saludable</i> <i>n (%)</i>	<i>Sobrepeso</i> <i>n (%)</i>	<i>Obesidad</i> <i>n (%)</i>		
<i>Comedor emocionalmente bajo</i>	1 (1.2)	0 (0.00)	0 (0.00)		
<i>Devorador de emociones</i>	70 (81.40)	14 (60.90)	6 (50.00)	.278	.053
<i>Comedor emocional</i>	15 (17.40)	9 (39.10)	6 (50.00)		

NOTA: n = frecuencia; % = porcentaje; V de Cramer = tamaño de efecto; $Valor p$ = significancia.

De acuerdo al objetivo específico 1, se encontró que existe asociación entre la satisfacción de la imagen corporal y la alimentación emocional de los adolescentes ($X^2 = 12.94$, $gl = 4$, $p = 0.024$). El 70.00% de comedores muy emocionales y el 45.60% de los devoradores de emociones expresaron deseo de menor masa corporal. Sin embargo, es importante resaltar que el 33.30% de los adolescentes devoradores de emociones estaban satisfechos con su imagen corporal (ver tabla 5).

TABLA 5. Asociación de la satisfacción de la imagen corporal con la alimentación emocional de los adolescentes

	Alimentación emocional			V de Cramer	Valor p
	CEB n (%)	DEM n (%)	CMEM n (%)		
Satisfecho	0 (0.00)	30 (33.30)	2 (6.70)		
Deseo de mayor masa corporal	0 (0.00)	19 (21.10)	7 (23.30)	.305	.024
Deseo de menor masa corporal	1 (100.00)	41 (45.60)	21 (70.00)		

NOTA: CEB = comedor emocional bajo; DEM = devorador de emociones; CMEM = comedor muy emocional; n = frecuencia; % = porcentaje; V de Cramer = tamaño de efecto; Valor p = significancia.

Para dar respuesta a los objetivos 2 y 3 “conocer la diferencia de la satisfacción de la imagen corporal de acuerdo al sexo de los adolescentes” y “conocer la diferencia de la alimentación emocional de acuerdo al sexo de los adolescentes”, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney y se encontró que no existen diferencias de la satisfacción de la imagen corporal ($U = 1708.50$; $Z = -.090$; $p = .928$) de acuerdo al sexo, pero si hay diferencias de la alimentación emocional ($U = 1232.00$; $Z = -2.64$; $p = 0.008$), ver tabla 6.

TABLA 6. Diferencia de la satisfacción de la imagen corporal y la alimentación emocional de acuerdo al sexo de los adolescentes

	Sexo		Valor p
	Femenino	Masculino	
Satisfacción de la ic	61.22	60.64	.928
Alimentación emocional	67.57	50.28	.008

NOTA: *U de Mann-Whitney.

Discusión

En el presente trabajo se identificó que la gran mayoría de los adolescentes se encontraban en peso saludable, sólo un poco más de la tercera parte de los participantes presentaron alguna forma de malnutrición por exceso (*SP-OB*), lo que concuerda con datos proporcionados por la Ensanut (2018) en México.

Referente a la satisfacción de la imagen corporal, sólo la cuarta parte de los adolescentes manifestó estar satisfecho con su imagen corporal, el resto, presentaron insatisfacción. Lo anterior concuerda con algunas investigaciones que revelan que en los adolescentes están presentes altos niveles de insatisfacción de la *IC* (Deshmukh y Kulkarni, 2017; Fantineli *et al.*, 2020; Fernández, *et al.* 2019). Además, tres cuartas partes de los adolescentes insatisfechos manifestaron el deseo de menor peso, estos resultados muestran similitud con una investigación realizada en España (López, Díaz y Smith, 2018). Esto hace evidente la necesidad de realizar esfuerzos para comprender la percepción de la *IC* en los adolescentes y promover campañas de concientización sobre la aceptación del cuerpo, minimizar la influencia de cánones de belleza y búsqueda de la salud.

Otro dato relevante fue que la satisfacción de la imagen corporal de los participantes se asocia con su estado nutricional, los adolescentes con sobrepeso y obesidad presentan elevados porcentajes de insatisfacción de la *IC*, sin embargo, es importante resaltar que casi la mitad de los adolescentes con peso saludable mostraron el deseo de tener mayor masa corporal y una cuarta parte de ellos expresaron el deseo de tener menor masa corporal, lo cual podría sugerir un riesgo latente para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria como estrategia para conseguir la imagen corporal deseada. Lo anterior se sustenta con otras investigaciones que concluyen que el estado nutricional es un indicador muy importante para la insatisfacción de la *IC*, siendo los adolescentes con *SP/OB* más propensos a reportar una insatisfacción de la *IC*. Asimismo, están más preocupados por su peso, se autoclasifican más por éste y presentan una mayor obsesión por la delgadez (Fantineli *et al.*, 2020; Cruzat Mandich, Díaz Castrillón, Calderón, Winkler y Haemmerli, 2017; Rentz Fernandes, Silveira Viana, De Liz y Andrade, 2016).

Respecto a la alimentación emocional y estado nutricional de los adolescentes los hallazgos no muestran asociación. Esto posiblemente se atribuya a que en tres categorías de peso se encuentra presente alguna forma de alimentación emocional. Estos hallazgos, sugieren la importancia de implementar programas de promoción de actividades recreativas destinadas al control de las emociones en los adolescentes, para con ello minimizar el riesgo de problemas de malnutrición, ya que desde algunos autores señalan que la sobre ingesta de alimentos es vista como una forma inconsciente de resolver un conflicto o malestar (Vázquez Vázquez *et al.*, 2019).

Por otro lado, se exploró la asociación de la satisfacción de la IC con la alimentación emocional de los adolescentes y se encontró la presencia de asociación estadísticamente significativa entre las variables, los adolescentes que se ubicaron dentro de alguna categoría de alimentación emocional presentaron los porcentajes más altos de deseo de menor masa corporal. Lo anterior se pudiera atribuir a la diversidad de cambios físicos, psicológicos y emocionales que presentan los participantes durante el periodo de adolescencia, sin dejar de lado la influencia de los pares y los estereotipos sociales.

Finalmente, el presente trabajo mostró que no hay diferencias en la satisfacción de la imagen corporal de acuerdo al sexo, los rangos promedios fueron muy similares entre hombres y mujeres, lo que contrasta con diversas investigaciones que sugieren que las mujeres adolescentes son las más insatisfechas con su imagen corporal en comparación con los hombres (Deshmukh y Kulkarni, 2017; López, Díaz y Smith, 2018; Cruzat Mandich, Díaz Castrillón, Calderón, Winkler y Haemmerli, 2017; Rentz Fernandes, Silveira Viana, De Liz y Andrade, 2016). Este hallazgo nos da pauta para continuar investigando más a profundidad esta variable.

Respecto a la alimentación emocional se evidencio que ésta es diferente de acuerdo al sexo de los adolescentes. Las mujeres presentaron mayores rangos promedios que los hombres, lo cual nos indica que las mujeres son más propensas a desarrollar alimentación basada en las emociones. Esto concuerda con un estudio realizado en Ecuador (Barcía, Pico, Reyna y Vélez, 2019), donde el sexo femenino sería más influyente a la hora de comer que las emociones positivas. Como conclusión se tiene que la alimentación emocional va a variar por el sexo del individuo, por la existen-

cia de diversos comensales emocionales y por los tipos de alimentos que frecuentan.

Limitaciones del estudio y sugerencias. El presente estudio se realizó en tiempos de pandemia por modalidad virtual a través de la plataforma Google Forms, los adolescentes realizaron autoreporte de peso y talla, por tanto, no pudimos verificar que este dato sea ciento por ciento verídico. Se sugiere que se realicen próximos estudios en escenarios presenciales que midan la composición corporal y que sean con enfoque cualitativo, debido a que aún que se mostró que las argumentaciones de los adolescentes podrían generar datos relevantes sobre factores desencadenantes de insatisfacción de la imagen corporal y alimentación emocional para el manejo de estos problemas y para proponer programas diseñados con base en las necesidades expresadas.

Conclusiones

Se concluye que los adolescentes del presente estudio mostraron datos alarmantes de insatisfacción de la imagen corporal, así como alimentación emocional. Esto sin dejar de lado que, el sobrepeso y la obesidad ocupan un porcentaje elevado. Además, se puede observar que las mujeres se ven más afectadas por sus emociones al momento de alimentarse. Por tanto, es importante que los profesionales de enfermería estén preparados para la identificación de este tipo de problemas y se trabaje en el diseño e implementación de intervenciones que pudieran prevenir y controlar problemas relacionados con las tendencias a adoptar conductas de riesgo para la salud como son los trastornos de la percepción de la imagen corporal y la alimentación a base emociones.

Bibliografía

Barcía, M. F., Pico, L. A., Reyna, J. L., y Vélez, D.Z. (2019). Las emociones y su impacto en la alimentación, *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/07/emociones-alimentacion.html/hdl>.

- handle.net/20.500.11763/caribe1907emociones-alimentacion
- Cruzat Mandich, C., Díaz Castrillón, F., Lizana, P., Aravena, M., y Haemmerli, C. (2017). Diferencias en imagen corporal de jóvenes con normopeso y con sobrepeso/obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 34(4), 847-855. <https://doi.org/10.20960/nh.824>
- Deshmukh, V. R., y Kulkarni, A. A. (2017). Body Image and Its Relation with Body Mass Index among Indian Adolescents. *Indian Pediatrics*, 54(12), 1025-1028. <https://doi.org/10.1007/s13312-017-1205-0>
- Fantinel, E. R., Silva, M. P., Campos, J. G., Malta Neto, N. A., Pacífico, A. B., y Campos, W. (2020). Imagem corporal em adolescentes: Associação com estado nutricional e atividade física. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(10), 3989-4000. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.30442018>
- Fernández Guerrero, M. (2019) Satisfacción e índice de masa corporal y su influencia en el autoconcepto físico. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201908058.
- Guadarrama Guadarrama, R., Hernández-Navor, J.C., y Veytia López, M. (2018). Cómo me percibo y cómo me gustaría ser: Un estudio sobre la imagen corporal de los adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), pp 37-43.
- Herrero Martín, G. (2018). Alimentación emocional y marketing alimentario: estrategias para prevenir la obesidad. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22(1), 44-45.
- Jiménez Flores, P., Jiménez Cruz, A., y Bacardí Gascón, M. (2017). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: Revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(2), 479-489. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.455>
- Lapo Ordoñez, D. A., y Quintana-Salinas, M. R. (2018). Relación entre el estado nutricional por antropometría y hábitos alimentarios con el rendimiento académico en adolescentes. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(6), 755-774. https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S102502552018000600755&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Lizárraga Rodríguez, P. J. (6 de abril de 2018). *Obesidad de los principales problemas de salud pública en el mundo*. <http://saludsinaloa.gob.mx/index.php/2018/04/06/obesidad-de-los-principales-problemas-de-salud-publica-en-el-mundo-06-de-abril-del-2018/>

- López, G. F. Díaz, A., y Smith, L. (2018). Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. *Canales de Psicología*, 34(1), 167-172. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.1.294781>
- Organización Mundial de la Salud. (1 de abril de 2020). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ramos, González, y Silva, (2016). Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP). *Actualidades en Psicología*, 33(127), 37-48. <https://doi.org/10.15517/ap.v33i127.34778>
- Ramos, P., Rivera, F., Pérez, R. S., Lara, L., Moreno, C. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología-Psychological Writings*, 9(1), 42-50.
- Rentz Fernandes, A. R., da Silveira-Viana, M., De Liz, C. M., y Andrade, A. (2016). Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. *Revista de Salud Pública*, 19(1), 66-72. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.47697>
- Rojas, R. A. T, y García Mendez, M. (2016). Construcción de una escala de alimentación emocional, *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 3(45), 85-95. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459653862008>
- Secretaría de Salud. (s/f). *Norma Oficial Mexicana/NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*. <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4127/Salud/Salud.htm>
- Secretaría de Salud. (s/f). *Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>
- Schachter, S. (23 de agosto de 1968). Obesity and Eating. *Science*, 161(3843), 751-756. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.161.3843.751>
- Grove, K. S., y Gray, R. J. (28 de junio de 2019). *Investigación en Enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (7ª ed.). Elsevier.
- Heather Herdman, T., Kamitsuru, Sh. y Takáo Lopes, C. (Eds.) (2021). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023* (12ª ed.). NANDA International.
- Vázquez Vázquez, V. M., Bosques Brugada, L. E., Guzmán Saldaña, R. M. E., Romero Palencia, A., Reyes Jarquín, K., y Franco Paredes, K. (2019). Revisión

del constructor y fundamentos teóricos de la alimentación emocional. *Educación y Salud*, 8(15), 255-263.

World Medical Association. (27 de noviembre de 2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Capítulo 17. Estrés de la crianza y obesidad infantil

MONSERRAT MORALES ALDUCIN¹

YOLANDA FLORES PEÑA²

Resumen

La obesidad infantil es un problema multifactorial que se ha mantenido como un problema de salud relevante. Entre las influencias multifactoriales sobre la obesidad infantil, los padres pueden afectar los comportamientos de salud de sus hijos respecto a la dieta, actividad física y comportamiento sedentario. En específico, el estrés de la crianza es un factor psicológico que puede ser importante en la relación entre los padres y los factores de riesgo de obesidad infantil en los hijos. Se realizó una revisión de la literatura a lo largo del tiempo con el objetivo de conocer a fondo el estrés de la crianza y cómo la literatura ha ido evolucionando hasta identificarlo como una variable de riesgo en el manejo y prevención del sobrepeso y obesidad infantil. Se identificó que un nivel alto de estrés de la crianza materna aumenta el uso de prácticas restrictivas, la presión para comer, consumo de comida rápida, comer en exceso, la recompensa alimentaria, y disminuyen las comidas familiares y la disponibilidad de alimentos saludables, variables que se correlacionan con el riesgo de obesidad infantil. *Conclusión:* Abordar el estrés de la crianza dentro de las investigaciones para prevenir la obesidad es de importancia, dado que pudiera fungir como un mediador de aquellas variables que se relacionan directamente con el riesgo de obesidad infantil.

¹ Estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1982-5451>

² Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6200-6553>

Palabras clave: *obesidad, preescolar, estrés, crianza del niño.*

Introducción

La obesidad infantil (*OI*) se ha convertido en una epidemia mundial. Es uno de los problemas más grandes de salud pública del siglo *XXI* que se ha incrementado a un ritmo alarmante (OMS, 2020). México ocupa el primer lugar mundial en *OI*, un problema que está presente no sólo en la infancia y la adolescencia, sino también en población en edad preescolar (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016; Save the Children, 2021). La prevalencia de sobrepeso (*SP*) en niños menores de cinco años fue de 8.2%, siendo esto mayor en localidades urbanas (8.4% vs. 7.8% rural), mientras que la prevalencia de *SP-OI* en escolares fue de 35.6% (Shamah-Levy *et al.*, 2020).

Los niños con obesidad (*OB*) tienen más probabilidad de ser adultos con *OB*, lo que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes (OMS, 2021). Se considera que existen múltiples factores que contribuyen a la *OI*, la actividad física reducida, aumento de la ingesta calórica, bajo nivel socioeconómico y factores socioculturales (Weihrauch-Blüher y Wiegand, 2018). Entre las influencias multifactoriales sobre la *OI*, los padres pueden afectar los comportamientos de salud de sus hijos con respecto a la dieta, actividad física y comportamiento sedentario (Anderson y Keim, 2016).

Hasta el momento se han identificado intervenciones para prevenir y reducir el riesgo de *OI*, las cuales se enfocan principalmente en fomentar la actividad física, el control de la dieta y la participación de los padres en relación con sus prácticas de alimentación y el conocimiento de estilos de vida saludable (Brown *et al.*, 2019; Morgan *et al.*, 2020; Vollmer *et al.*, 2019). Sin embargo, la *OI* no se limita sólo a factores de comportamiento. Otro riesgo de *OI* podría incluir los factores psicológicos de los padres, especialmente, el estrés de la crianza, este factor puede ser importante en la relación entre los padres y los factores de riesgo de *OI* en los hijos.

El estrés se define como respuestas fisiológicas y psicológicas a factores estresantes que son eventos reales o amenazas percibidas para un indivi-

duo (Schneiderman *et al.*, 2005). Dado que se conoce que el estrés puede considerarse como un proceso adaptativo, la exposición constante y prolongada puede dar como resultado consecuencias adversas para la salud (Carlson *et al.*, 2019). Se ha evidenciado que los niveles elevados de estrés se asocian a problemas como: el apego inseguro en el hijo y la utilización de disciplina punitiva y abusiva por parte de los padres, así como la aparición de problemas de conducta y adaptación en los niños (Dopke, Lundahl, Dunsterville y Lovejoy, 2003; Holden y Banez, 1996; Rodríguez y Green, 1997 citado por Vera y Peña, 2005). Se ha encontrado que aquellas madres con más estrés de la crianza utilizan con mayor frecuencia un estilo no involucrado y menos afecto positivo (Hughes *et al.*, 2015). Asimismo, los niveles más altos de estrés de la crianza se han asociado con menor calidad de vida en niños mediante el uso de un estilo de crianza general permisivo (Frontini *et al.*, 2016). Continuando con lo anterior, en una revisión sistemática se identificó que el estrés de la crianza puede estar asociado con la utilización de prácticas de alimentación poco saludables y riesgo de desarrollar OB infantil (Jang *et al.*, 2019).

Por ello, resulta importante entender qué es el estrés de la crianza, qué factores lo determinan, así como lo que la literatura empírica publicada hasta el momento nos evidencia sobre la temática. Dado lo anterior, transferir la evidencia acerca de dicha problemática es importante para la generación de nuevo conocimiento para contribuir en la epidemia de la OB infantil.

Comprender el estrés de la crianza

La crianza se considera un conjunto de actitudes, creencias, costumbres sociales, percepciones y conductas relacionadas con la construcción humana del nuevo ser, requiere de condiciones materiales, recursos humanos y financieros que conjuntamente puedan facilitar o inhibir el ejercicio de la crianza (Infante Blanco y Martínez Licon, 2016). Se señalan tres condiciones necesarias para la crianza: un entorno libre de presiones, el empleo de recursos didácticos y comunicación, así como las costumbres y creencias que la comunidad desea conservar (García Méndez, 2014). El estrés

en la crianza es un elemento disposicional que establece en las madres niveles diferenciales de actuación relacionados con el comportamiento del niño y las expectativas de la crianza.

El estrés de la crianza ha sido estudiado en diferentes modelos (Abidin y Bruner, 1995; Websteer Stratton, 1999) como elemento fundamental en la explicación del desarrollo del niño. El modelo de Abidin explica una ruta teórica de influencia con respecto a los determinantes del comportamiento en la crianza, para dar explicación a este comportamiento en la crianza considera aquellos factores estresantes (las características de los padres, del hijo, el trabajo, la relación matrimonial, molestias diarias y eventos de la vida), estos factores estresantes contribuyen a la evaluación de la relevancia del rol de padres ya sea como beneficio o daño. Esta evaluación da como resultado el grado de estrés de la crianza que los padres experimentan y Abidin considera este estrés como un factor motivacional que permite utilizar los recursos que tienen a su alcance (apoyo social, alianza de los padres, competencia de habilidades parentales, recursos materiales y afrontamiento cognitivo) y que dan como resultado el comportamiento en la crianza de los hijos.

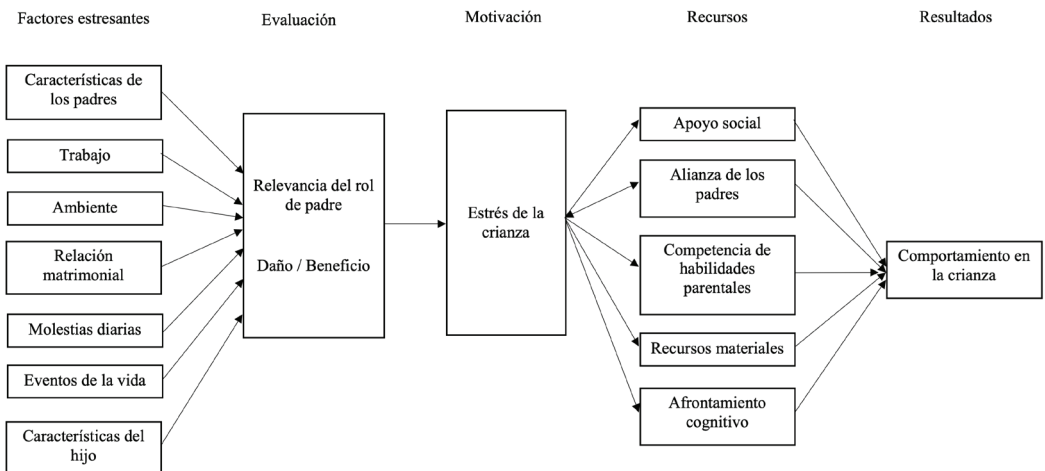
Se considera que el estrés de la crianza es el resultado de una serie de evaluaciones realizadas por los padres derivadas del entorno, las cuales superan su capacidad de respuesta adaptativa, y se sienten desbordados por las mismas (Abidin, 1992). El estrés de la crianza tiene influencia en la salud y el funcionamiento psicológico del padre y en las relaciones con sus hijos. Lo anterior refiere que los niveles elevados de estrés se asocian a problemas como el apego inseguro en el niño y la utilización de disciplina punitiva y abusiva por parte de los padres, así como la aparición de problemas de conducta y adaptación en los niños (Dopke, Lundahl, Dunster ville y Lovejoy, 2003; Holden y Banez, 1996; Rodríguez y Green, 1997 citado por Vera y Peña, 2005).

El modelo de Abidin (1992) explica una ruta teórica de influencia con respecto a los determinantes del comportamiento en la crianza. Para dar explicación a este comportamiento en la crianza, se consideran aquellos factores estresantes (las características de los padres, del hijo, el trabajo, la relación matrimonial, molestias diarias y eventos de la vida). Estos factores estresantes contribuyen a la evaluación de la relevancia del rol de pa-

dres, ya sea como beneficio o daño. Esta evaluación da como resultado el grado de estrés de la crianza que los padres experimentan, y Abidin considera este estrés como un factor motivacional que permite utilizar los recursos que tienen a su alcance (apoyo social, alianza de los padres, competencia de habilidades parentales, recursos materiales y afrontamiento cognitivo) y que da como resultado el comportamiento en la crianza de los hijos (ver figura 1)

Existen diversas maneras de medir el estrés general (Escala de Estrés Percibido, Escalas de Depresión Ansiedad Estrés [DASS-21]), sin embargo, cuando se habla de estrés de la crianza el Índice de Estrés Parental (IEP) desarrollado por Abidin (1990) es uno de los más utilizados. Posteriormente, en el año de 1995, Berry y Jones desarrollaron la Escala de Estrés Parental como una alternativa accesible para evaluar el estrés de la crianza que evalúa los niveles de estrés experimentado por los padres, tomando en cuenta los aspectos positivos y negativos de la crianza de los hijos.

FIGURA 1. *Rutas teóricas de influencia con respecto a los determinantes del comportamiento en la crianza*



Literatura científica sobre el estrés de la crianza

El estrés de la crianza ha sido ampliamente estudiado desde Gillberg (1975), quien aborda la problemática del estrés de los padres desde la perspectiva del proceso continuo de la crianza de los hijos en relación con los padres, el cambio en la estructura familiar, las tendencias culturales, los problemas de individuación y las influencias del entorno. Examina el estrés asociado con el papel de los padres en el trato con su hijo y pone en perspectiva este papel en relación con cualquier dificultad intrapsíquica posterior que el niño pueda experimentar, asimismo, reconoce que la personalidad y el carácter del niño son características que potencializan el estrés de los padres (Gillberg, 1975).

Posteriormente, Abidin (1983) comienza a abordar la problemática del estrés de la crianza en relación con la utilización de los servicios médicos pediátricos en niños de entre 1 a 48 meses. Dentro de esta investigación examina seis categorías de servicios médicos: visitas de rutina, visitas por enfermedad, infecciones, diarrea y vómitos, lesiones traumáticas y otros servicios médicos, e identifica que el estrés de la crianza moderado se interpreta como potencialmente adaptativo en relación con la reducción de lesiones traumáticas (Abidin, 1983). A lo largo de las investigaciones el estrés de la crianza se ha abordado desde perspectivas de abuso (Kelley, 1992; Shenk *et al.*, 2017), hasta el manejo del estrés con hijos con alguna enfermedad o discapacidad (Bishop *et al.*, 2020; Jijon y Leonard, 2020). Sin embargo, el abordaje del estrés de la crianza como factor de riesgo para la *OI* es relativamente nuevo.

Estrés de la crianza y obesidad infantil

A continuación se presenta una serie de artículos que se han obtenido de la revisión de la literatura hasta el momento:

Walton *et al.* (2014) examinaron la asociación entre el estrés de la crianza y el *IMC* del hijo, realizaron un estudio transversal, participaron 110 diadas madre-hijo (2 a 5 años). Las participantes contestaron la subes-

cala de angustia principal de 12 ítems de la edición corta de la tercera edición (PSI-3-SF) del índice de estrés de la crianza. Se midió peso y talla del hijo y autoinforme materno sobre la actividad física y ver televisión. En este estudio, el nivel de estrés de la crianza no se asoció con el estado del peso del hijo ($OR = 1.01$, $IC\ 95\% = .35$ a 2.91). Los hijos de madres con niveles altos de estrés tenían menor probabilidad de cumplir con las pautas de actividad física del preescolar los días de semana ($OR = .33$, $IC\ 95\% = .12$, $.95$). En comparación con las madres con niveles normales de estrés de la crianza, las que experimentaron niveles altos de estrés tenían menos probabilidades de establecer límites en la televisión de sus hijos ($OR = .32$, $IC\ 95\% = 0.11$ - 0.93). Los resultados sugieren que es posible que las intervenciones deban abordar el estrés de la crianza como un factor subyacente asociado con los comportamientos poco saludables entre los niños pequeños, como la falta de juegos activos entre semana y el aumento de los comportamientos sedentarios.

Swyden *et al.* (2017) examinan cómo las horas de trabajo, el estrés materno y la preocupación materna sobre el peso del niño influyen en el uso de prácticas restrictivas de alimentación entre los niños en edad preescolar, independientemente de la edad del niño. Participaron 285 madres de niños de 2 a 5 años, reclutados en el centro de cuidado infantil. El estrés materno se evaluó utilizando la forma corta de la Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Para medir las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación, se utilizó el Cuestionario de Alimentación Infantil (CFQ). Se encontró que el 56% de las madres presentó estrés normal, 28% estrés leve/moderado, y 16% con estrés severo/extremadamente severo.

Las madres con estrés materno severo/extremo informaron que usaron prácticas de alimentación restrictivas más que las madres con estrés normal ($p < .05$). El estrés materno y la preocupación por el peso del niño se relacionaron con el uso de prácticas de alimentación restrictivas en modelos individuales no ajustados (Modelo 1: $p < .001$). A medida que aumentó la edad infantil, el uso de prácticas de alimentación restrictivas fue mayor (Modelo 1: $M = 3.41 \pm .77$, estándar $\beta = .155$, $r = .02$, $p < .001$). Los autores concluyen que la alimentación infantil es multifactorial, ya que el estrés materno, el trabajo y la preocupación pueden contribuir conjuntamente al uso de prácticas de alimentación restrictivas.

Por otro lado, en Lituania Grazuleviciene (*et al.* 2017), realizaron un estudio transversal con el propósito de examinar si el estrés de la crianza incrementa el riesgo de *SP-OB* en niños de 4 a 6 años, en madres con bajo nivel educativo. La muestra se conformó por 1 489 diadas madre-hijo (4-6 años). Se midió peso y talla y se calculó el IMC del hijo. Las madres contestaron el Índice de Estrés de la Crianza (s-PSI/SF) y se evaluó el nivel educativo como: educación deficiente (10 años o menos), educación no universitaria y título universitario.

Se encontró que los niños de madres con mayor educación tuvieron una prevalencia de 6.6% de *SP-OB*, mientras que los hijos de madres con menor educación tuvieron una prevalencia de 11.7% ($p < .05$), además se encontró que los hijos tienen mayor riesgo de presentar *SP-OB* cuando existe estrés de la crianza ($OR = 1.89$, $IC\ 95\% = 1.03-2.62$). Como conclusión, los autores señalan que la educación pobre de la madre, el estrés de la crianza y el comportamiento sedentario de los niños son determinantes del riesgo de *SP-OB* en niños de 4 a 6 años.

Se realizó un estudio, por Grummon y colaboradores (2017), en Estados Unidos, con el objetivo de examinar si los niños que están expuestos al estrés de la crianza tienen mayor circunferencia de cintura y si esta asociación estaba medida por el tiempo de ver televisión. Participaron 319 diadas padres-hijo (2-5 años). Se midió peso, talla, circunferencia de cintura, pliegues cutáneos y se calculó el IMC del hijo. El estrés de la crianza se evaluó mediante el Índice de Estrés Parental (PSI-SF), el caos del hogar por la escala de orden y Confusión de Hubbub (CHAOS), la crianza inconsistente se midió a través del Cuestionario de crianza de Alabama-Revisión preescolar, para evaluar la confianza de los padres se utilizó la Escala de Sentido de Competencia de los Padres (PSOC) y la desregulación emocional de los padres se midió con la Escala de Dificultad en la Regulación Emocional (DERS).

La exposición de un niño al estrés de la crianza acumulativo se asoció positivamente con la circunferencia de cintura, pero no fue significativo ($b = .17$, $p < .05$). Los niños con una mayor exposición al estrés de la crianza tendían a mirar más televisión ($b = .16$, $p < .05$) y presentaban una circunferencia de cintura mayor ($b = .19$, $p < .05$), significativo cuando el sexo del niño moderó el tiempo de ver televisión. ($b = .65$, $p < .05$). A manera

de conclusión, la exposición a múltiples factores de riesgo psicosocial se asoció positivamente con peores resultados de peso en niños en edad pre-escolar (aunque la asociación es de magnitud moderada).

En Estados Unidos, Berge *et al.* (2018) realizaron un estudio transversal para identificar si las fuentes de estrés materno transitorias (es decir, momentáneas; conflicto entre madre e hijos) y crónicas (es decir, a largo plazo; desempleo > 6 meses) están relacionadas con las prácticas de alimentación maternas con respecto a la OB infantil. Participaron 61 diadas madre-hijo (5 a 7 años). Para medir el estrés materno transitorio respondieron una pregunta: ¿Qué tan estresado se siente en este momento? Esta pregunta realizada cuatro veces al día y al final del día: ¿qué tan estresante fue su día? Para medir el estrés materno crónico contestaron, en una escala del 1 al 10, qué tan estresados estuvieron durante los últimos 30 días. Las prácticas de alimentación de las madres se midieron a través del Cuestionario de Alimentación Infantil (CFQ); se preguntó a las madres qué tipos de alimentos servían en la comida.

Se encontró que los estresores transitorios se relacionaron de forma positiva con servir comida rápida en los tiempos de comida (.09; IC 95%: [.01, .16], $p < .05$) y servir comida ya preparada (.10, IC 95% = 0.00-0.20, $p < .05$). El estrés financiero transitorio tuvo una fuerte relación con consumir comida rápida durante el día (.09, IC 95% = 0.01-0.16, $p < .05$) y servir comida ya preparada (.10, IC 95% = 0.00-0.20, $p < .05$), y se asoció de forma negativa con servir comida casera durante el día (-0.25, IC 95% = -0.47 -0.02, $p < .05$). El estrés transitorio se relacionó con prácticas de alimentación restrictivas (.09, IC 95% = 0.03-0.16, $p < .05$).

En Portugal, Gouveia (*et al.* 2019) realizaron un estudio con el fin de explorar si la asociación entre los comportamientos alimentarios desordenados de los niños/adolescentes puede estar mediada por estrés de la crianza y las prácticas parentales de alimentación infantil. La muestra se conformó por 726 diadas madre o padre y su hijo (7-18 años). Para medir el estrés de la crianza las madres completaron la Escala de Estrés Parental (PSS, por sus siglas en inglés, Berry y Jones, 1995), para las prácticas de alimentación infantil completaron el Cuestionario de Prácticas de Alimentación Infantil (CFQ por sus siglas en inglés, Birch *et al.*, 2001). Para evaluar los comportamientos desordenados, los niños completaron el Cuestiona-

rio de Comportamiento de Alimentación Holandés (DEBQ, por sus siglas en inglés; Van Strien, Frijters, Bergers y Defares, 1986) y el Inventario de Trastornos Alimentarios para niños (EDI-C, por sus siglas en inglés, Garner, 1991).

Hubo asociaciones para la etapa temprana de la adolescencia entre el estrés de la crianza y la presión para comer ($b = .228, p < .001$), estrés de la crianza y restricción parental ($b = 0.112, p < .05$), estrés de la crianza y monitoreo parental ($b = 0.136, p < .05$), estrés de la crianza y recompensa alimentaria ($b = 0.268, p < .001$). Se encontraron asociaciones para niños, únicamente, entre estrés y restricción parental ($b = 0.165, p < .05$) y estrés de la crianza y comer en exceso ($b = 0.178, p < .05$). Además, hubo efectos indirectos significativos entre el estrés de la crianza y la alimentación emocional a través de la recompensa alimentaria para las niñas ($b = 0.507, p < .05$) y entre el estrés de la crianza y comer en exceso a través de la presión para comer para las niñas ($b = -0.032, p < .05$). Los investigadores sugieren que a niveles más bajos de estrés de la crianza los niños pueden participar menos en conductas alimentarias desordenadas.

Fulkerson *et al.* (2019) realizaron una investigación en Minesota con el objetivo de examinar cómo el caos doméstico y el estrés de la crianza no controlado (estrés percibido y la capacidad para manejarlo) están asociados y contribuyen a la variación en los marcadores del entorno alimentario del hogar (frecuencia de comidas familiares, barreras percibidas para cocinar, disponibilidad saludable de alimentos en el hogar) en familias de hijos jóvenes. Participaron 819 diadas madre-padre y su hijo (6 años). Los participantes contestaron cuatro ítems de la escala de confusión y de orden (Matheny *et al.*, 1995) para medir el caos del hogar, para evaluar el estrés de la crianza los padres contestaron dos preguntas: (1) estrés general: ¿Cómo calificaría su nivel promedio de estrés en los últimos 30 días, (2) manejo del estrés: ¿Cómo calificaría su capacidad del manejo del estrés en los últimos 30 días? Para evaluar el ambiente de comidas en casa se realizó una sola pregunta: durante los últimos siete días, ¿cuántas veces comieron juntos todos o la mayoría de las personas que viven en su hogar? Y para evaluar las barreras para preparar la comida se preguntó la disponibilidad de alimentos saludables.

Las familias con niveles más bajos de estrés de la crianza no controla-

do se reunían 8 veces a la semana a la hora de la comida, esto era mayor a las demás familias ($n = 215$, $M = 0.3$, $DE = 0.1$, $p < .01$), así como la disponibilidad de alimentos más saludables ($p < .01$). El tipo y el momento del estrés pueden ser importantes, ya que la investigación ha demostrado estresores transitorios relacionados con conflictos interpersonales, los cuales tienen efectos más fuertes sobre prácticas de alimentación no saludables.

Hughes, Power, Liu, Sharp y Nicklas (2015) realizaron un estudio exploratorio con el objetivo de examinar cómo los síntomas depresivos y el estrés de la crianza pueden influir en los EMAI. Participaron 290 cuidadores primarios (96% madres, 2% padres 2% abuelas) y sus hijos de edad preescolar. Se utilizó el Cuestionario de Estilos de Alimentación del Cuidador (CFSQ, por sus siglas en inglés) para medir los EMAI y para evaluar el estrés de la crianza se aplicó la forma corta PSI-SF. Se encontró que los niveles más altos de afecto positivo se asociaron con una probabilidad tres veces mayor de presentar otros estilos de alimentación en comparación con el estilo de alimentación no involucrado ($OR = 2.93$, $IC\ 95\% = 1.72-5.01$).

Al agregar la variable depresión al modelo, la puntuación z del IMC del hijo se asoció significativamente con los cuatro estilos de alimentación ($OR = .85$, $IC\ 95\% = 0.74-0.98$). Al agregar la puntuación de estrés de la crianza, la puntuación z del IMC infantil ($OR = .86$, $IC\ 95\% = 0.74-0.99$) tuvo un efecto positivo ($OR = 2.60$, $IC\ 95\% = 1.51-4.50$) y el estrés de la crianza ($OR = .43$; $IC\ 95\% = 0.24-0.77$) se asoció significativamente con los EMAI. Se concluye que los estilos de alimentación tienden a asociarse con la OB infantil en población debajo ingreso, los resultados de este estudio brindaron información importante sobre la dinámica alimenticia entre madres e hijos que puede promover conductas alimentarias infantiles menos óptimas y el desarrollo de la OB infantil.

Respecto a los predictores del estrés de la crianza la literatura ha identificado que el ingreso económico, la escolaridad materna, el hábito de fumar, la presencia de una enfermedad crónica, la edad del hijo y el IMC del hijo son factores que contribuyen a incrementar el estrés de la crianza (Grummon *et al.*, 2017; Shankardass *et al.*, 2014; Swyden *et al.*, 2017).

En conclusión, se identificó que un nivel alto de estrés de la crianza materno aumenta el uso de prácticas restrictivas, la presión para comer, consumo de comida rápida, comer en exceso, la recompensa alimentaria y

disminuyen las comidas familiares y la disponibilidad de alimentos saludables (Berge *et al.*, 2018; Fulkerson *et al.*, 2019; Gouveia *et al.*, 2019; Swyden *et al.*, 2017). Estos factores identificados intensifican el riesgo de *SP-OB* en la infancia, lo que nos coloca a reconocer la importancia de identificar en las poblaciones de estudio el nivel de estrés de la crianza que los padres experimentan y cómo esto se relaciona con el riesgo de *SP-OB* infantil.

Conclusión

La asociación entre el estrés de la crianza y la *OI* es compleja. Sin embargo, es evidente que el estrés de la crianza contribuye en gran medida al riesgo de *SP-OI*, desde la disminución de la actividad física, el uso de estilos indulgentes y autoritarios, la utilización de prácticas de alimentación poco saludables, que por sí solas se consideran variables altamente correlacionadas con el *SP-OB* infantil. Se considera que la implementación de esta variable dentro de las investigaciones es de importancia, dado que pudiera fungir como un mediador de aquellas variables que se relacionan directamente con el riesgo de *SP-OB* infantil. Se identifica la relevancia del estrés de la crianza para desarrollar programas de prevención de *SP-OB* en la infancia, así como realizar estudios de intervención que evidencien estrategias para combatir el *SP-OB* en la infancia.

Bibliografía

- Abidin, R. R. (1983). Parenting Stress and the Utilization of Pediatric Services. *Children's Health Care: Journal of the Association for the Care of Children's Health*, 11(2), 70-73. https://doi.org/10.1207/s15326888chc1102_5
- Abidin, R. R. (1992). The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12
- Anderson, S. E., y Keim, S. A. (2016). Parent-Child Interaction, Self-Regulation, and Obesity Prevention in Early Childhood. *Current Obesity Reports*, 5(2), 192-200. <https://doi.org/10.1007/s13679-016-0208-9>

- Berge, J. M., Tate, A., Trofholz, A., Fertig, A., Crow, S., Neumark-Sztainer, D., y Miner, M. (2018). Examining within- and across-Day Relationships between Transient and Chronic Stress and Parent Food-Related Parenting Practices in a Racially/Ethnically Diverse and Immigrant Population: Stress Types and Food- Related Parenting Practices. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0629-1>
- Bishop, M., Cohen, L. L., y Robbertz, A. S. (2020). Illness-Related Parenting Stress and Maladjustment in Congenital Heart Disease: Mindfulness as a Moderator. *Journal of pediatric psychology*, 45(10), 1208-1215. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa081>
- Brown, T., Moore, T. H., Hooper, L., Gao, Y., Zayegh, A., Ijaz, S., Elwenspoek, M., Foxen, S. C., Magee, L., O'Malley, C., Waters, E., y Summerbell, C. D. (2019). *Interventions for Preventing Obesity in Children*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001871.pub4>
- Carlson, L. E., Toivonen, K., y Subnis, U. (2019). Integrative Approaches to Stress Management. *Cancer Journal (Sudbury, Mass.)*, 25(5), 329-336. <https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000395>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Salud y nutrición*. UNICEF. <https://www.unicef.org/mexico/salud-y-nutrici%C3%B3n>
- Fulkerson, J. A., Telke, S., Larson, N., Berge, J., Sherwood, N. E., y Neumark Sztainer, D. (2019). A Healthful Home Food Environment: Is it Possible Amidst Household Chaos and Parental Stress? *Appetite*, 142, 104391. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104391>
- Frontini, R., Moreira, H., y Canavarro, M. C. (2015). Parenting Stress and Quality of Life in Pediatric Obesity: The Mediating Role of Parenting Styles. *Journal of Child and Family Studies*, 25(3), 1011-1023. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0279-3>
- García Méndez, M., Rivera Aragón, S., y Reyes Lagunes, I. (2014). La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(2), 133-141. <https://doi.org/10.14718/acp.2014.17.2.14>
- Gillberg A. L. (1975). The Stress of Parenting. *Child Psychiatry and Human Development*, 6(2), 59-67. <https://doi.org/10.1007/BF01438300>
- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., y Moreira, H. (2019). How Can Mindful Parenting Be Related to Emotional Eating and Overeating in Childhood and

- Adolescence? The Mediating Role of Parenting Stress and Parental Child-Feeding Practices. *Appetite*, 138, 102-114. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.021>
- Grazuleviciene, R., Petraviciene, I., Andrusaityte, S., y Balseviciene, B. (2017). Psychosocial Stress and Obesity among Children Residing in Kaunas City. *Environmental Research*, 157, 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2017.05.002>
- Grummon, A. H., Vaughn, A., Jones, D. J., y Ward, D. S. (2017). Cumulative Risk Exposure and Waist Circumference in Preschool-Aged Children: The Mediating Role of Television and Moderating Role of Sex. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 51(4), 489-499. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9872-y>
- Hughes, Sheryl, O., Power, Thomas, G., Liu, Y., Sharp, C., y Nicklas, T. A. (2015). Parent Emotional Distress and Feeding Styles in Low-Income Families. The Role of Parent Depression and Parenting Stress. *Appetite*, 92, 337-342. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.06.002>
- Infante Blanco, A., y Martínez Licona, J. F. (2016). Concepciones sobre la crianza: El pensamiento de madres y padres de familia. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 22(1), 31-41. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2016.v22n1.03>
- Jang, M., Owen, B., y Lauver, D. R. (2019). Different Types of Parental Stress and Childhood Obesity: A Systematic Review of Observational Studies. *Obesity Reviews*, 20(12), 1740-1758. <https://doi.org/10.1111/obr.12930>
- Jijon, A. M., y Leonard, H. C. (2020). Parenting Stress in Parents of Children with Developmental Coordination Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 104, 103695. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103695>
- Kelley S. J. (1992). Parenting Stress and Child Maltreatment in Drug-Exposed Children. *Child Abuse & Neglect*, 16(3), 317-328. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90042-p](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90042-p)
- Morgan, E. H., Schoonees, A., Sriram, U., Faure, M., y Seguin-Fowler, R. A. (2020). Caregiver Involvement in Interventions for Improving Children's dietary Intake and Physical Activity Behaviors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012547.pub2>
- Organización Mundial de la Salud. (9 de junio de 2021). *Obesidad y sobrepeso* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Save the Children en México. (6 de julio de 2021). *El estado de la nutrición infantil en México*. Save the Children. <https://blog.savethechildren.mx/2021/07/06/estado-nutricion-infantil-en-mexico/>
- Shenk, C. E., Ammerman, R. T., Teeters, A. R., Bensman, H. E., Allen, E. K., Putnam, F. W., y Van Ginkel, J. B. (2017). History of Maltreatment in Childhood and Subsequent Parenting Stress in At-Risk, First-Time Mothers: Identifying Points of Intervention During Home Visiting. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 18(3), 361-370. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0758-4>
- Schneiderman, N., Ironson, G., y Siegel, S. D. (2005). Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607-628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
- Shamah Levy, T., Vielma Orozco, E., Heredia Hernández, O., Romero Martínez, M., Mojica Cuevas, J., Cuevas Nasu, L., Santaella Castell, J. A., Rivera Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Swyden, K., Sisson, S. B., Morris, A. S., Lora, K., Weedn, A. E., Copeland, K. A., y DeGrace, B. (2017). Association Between Maternal Stress, Work Status, Concern About Child Weight, and Restrictive Feeding Practices in Preschool Children. *Maternal and Child Health Journal*, 21(6), 1349-1357.
- Vera, J. A., y Peña, M. O. (2005). Desarrollo, estimulación y estrés de la crianza. *Apuntes de Psicología*, 23(3), 305-319. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/100>
- Vollmer, R. L., Adamsons, K., y Mobley, A. R. (2019). Recruitment, Engagement, and Retention of Fathers in Nutrition Education and Obesity Research. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 51(9), 1121-1125. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.07.006>
- Walton, K., Simpson, J. R., Darlington, G., y Haines, J. (2014). Parenting Stress: A Cross-Sectional Analysis of Associations with Childhood Obesity, Physical Activity, and TV Viewing. *BMC Pediatrics*, 14, 244. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-244>
- Webster Stratton, C. (1990). Enhancing the Effectiveness of Self-Administered

Videotape Parent Training for Families with Conduct-Problem Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(5), 479-492. <https://doi.org/10.1007/bf00911103>

Weihsrauch-Blüher, S., y Wiegand, S. (2018). Risk Factors and Implications of Childhood Obesity. *Current Obesity Reports*, 7(4), 254-259. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0320-0>

Capítulo 18. Del estigma a la normalización. Los opuestos del sobrepeso y la obesidad

ADIEL AGAMA SARABIA¹

YOLANDA FLORES PEÑA²

Resumen

El sobrepeso y la obesidad son problemas multifactoriales que tienen múltiples implicaciones personales, culturales y sociales tanto para la persona que presenta exceso de peso, así como para aquellas que lo rodean. El presente trabajo aborda dos posturas opuestas que contribuyen a la misma problemática del incremento del peso. La primera es la estigmatización, la cual se entiende como la devaluación social y denigración de personas con exceso de peso y contribuye a la generación de prejuicios hacia ellas. Las tres figuras principales que impulsan el estigma sobre el peso son: los padres, los pares y los medios de comunicación. El estigma tiene un impacto directo en la persona, ya que puede generar baja autoestima, insatisfacción corporal, depresión, ansiedad y trastornos alimenticios. En las personas alrededor de un individuo con exceso de peso el estigma favorece la aparición de conductas antiobeso y prejuicios como la falta de voluntad para mejorar su salud, falta de disciplina, señalarlos como personas flojas o irresponsables.

La segunda postura es la normalización que implica la incapacidad de identificar apropiadamente a las personas con exceso de peso. Se ha identificado que la persona tiende a minimizar su situación y a considerarse por niveles más bajos del peso de lo que realmente presenta, situación que se observa principalmente en madres y padres de familia al no poder identificar adecuadamente el sobrepeso u obesidad de sus hijos, situación que

¹ Estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería. Profesor de tiempo completo, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3479-1595>

² Mastra en Psicoterapia Psicoanalítica. Profesor de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6200-6553>

se ha observado se podría presentar incluso en el personal de salud, generando situaciones de retraso en la atención y a normalizar los estados de sobrepeso y obesidad. Ambos elementos impactan de manera negativa en el adecuado manejo de estos problemas de salud, ya que, en ambas situaciones, el estigma y la normalización del sobrepeso-obesidad favorecen el incremento del peso, generan entornos inadecuados con repercusiones en la percepción del peso corporal y autoestima, así como un manejo inadecuado de estos pacientes y sus necesidades reales de atención por parte del personal de salud.

Palabras clave: estigma, normalización, sobrepeso, obesidad.

Introducción

El presente abordaje de la estigmatización y la normalización visual del sobrepeso y obesidad, proporcionan un acercamiento a dos fenómenos opuestos que se presentan ante este problema de salud y que tienen implicaciones directas en el estado físico, emocional, psicológico y social de los afectados. Nos permite explorar las circunstancias socioculturales alrededor de las dinámicas circunscritas en las interrelaciones de la persona con sobrepeso y obesidad, para comprender por qué el señalamiento, y al mismo tiempo invisibilizar el problema, lo cual genera el mismo resultado que es el incremento del peso en las personas que los padecen.

Es claro que ambas posturas influyen en la perspectiva de las personas que presentan sobrepeso y obesidad, sin embargo, también se ven involucradas personas con las que ellos interactúan diariamente en su vecindario, en la escuela, el trabajo e instituciones de salud, mediante los vecinos, los amigos o pares e inclusive el propio personal de salud presenta actitudes identificadas con ambas posturas teóricas. Lo cual repercute en el retraso, limitación o falta de atención adecuada del problema de salud; por lo cual el presente trabajo tiene por objetivo caracterizar los elementos que influyen en la estigmatización y normalización ante el sobrepeso y obesidad, así como las repercusiones que generan en la persona que los presenta, en las personas con las que convive y el personal de salud.

Así como presentar los instrumentos mayormente utilizados para su evaluación que le permitan al personal de salud realizar una valoración más objetiva de ambas circunstancias y minimizar su presencia al prestar atención al cuidado a su salud.

Material y métodos

Se realizó una revisión de la literatura siguiendo los lineamientos establecidos en PRISMA. Se realizó la búsqueda en las bases de datos: PubMed, CINHALL y Scopus. Se emplearon los conceptos de búsqueda (*theory*) AND (*theoretic principles*) OR (*stigma*) OR ((*prejudice*) OR (*bias*) AND ((*overweight*)) AND (*obesity*)) AND (*evaluation*). Los criterios de elegibilidad fueron estudios no mayores a 10 años a texto completo, que establecieran los aspectos conceptuales o teóricos dentro de los cuales se centran y definen los elementos teóricos, estructurales y conceptuales, los factores relacionados y los instrumentos de evaluación del estigma sobre el peso y las características correspondientes. Al realizar la búsqueda se identificaron un total de 815 artículos al eliminar los duplicados quedaron un total de 336, al evaluar el título y resumen se incluyeron un total de 95 para análisis a texto completo. Finalmente se incluyeron 30 artículos en la revisión.

Resultados

El estigma del peso

Dado el crecimiento de la obesidad como problema de salud mundial, también lo han hecho las patologías asociadas con ella. Tradicionalmente se abordan las afectaciones fisiológicas, que adicionalmente conllevan una serie de aflicciones psicológicas y emocionales, así como los estereotipos, prejuicios (Fulton y Srinivasan, 2021) which is calculated using one's weight (in kilograms y sentimientos (Obara *et al.*, 2018) asociados a la persona que presenta obesidad, lo cual genera, en las personas de alrededor, un estigma o prejuicio relacionado con el peso (Obara *et al.*, 2018), que se va

a manifestar incluso de manera inconsciente, entre aquellos que interactúan con la persona que presenta sobrepeso u obesidad. De acuerdo con el Consenso Internacional, el estigma sobre el peso se refiere a la: “devaluación social y denigración de los individuos por su exceso de peso, lo cual puede dirigir hacia actitudes negativas, estereotipos, prejuicios y discriminación” (Rubino *et al.*, 2020).

La presencia de entornos hostiles dónde se vive este estigma está presente en múltiples circunstancias que se establecen a través de las relaciones interpersonales, que van desde el propio hogar de la persona (Farhangi *et al.*, 2017), y es generado por parte de los propios padres y madres o familiares cercanos; también se puede observar en el vecindario o lugar de residencia, en la escuela, en el lugar de trabajo (Cheng *et al.*, 2018) e incluso en las instituciones de salud (Rubino *et al.*, 2020).

El impacto del estigma asociado al peso es tal que diversos autores como Crandall (1994) lo han señalado como un tipo de prejuicio simbólico equiparable al racismo o al rechazo social que sufren personas sin hogar o vagabundos. Lo cual genera actitudes antiobeso, en las cuales se les atribuyen características basadas en prejuicios, como señalar que la persona con sobrepeso u obesidad está en esa circunstancia por falta de determinación (Crandall, 1994) o que el sobrepeso es una característica que la persona puede controlar a voluntad (Farhangi *et al.*, 2017; Johnstone y Grant, 2019) realizando cambios sencillos en su dieta y actividad física (Nature Review, 2020).

Otras características, atribuidas por el estigma y las actitudes antiobeso, son el creer que son personas flojas, con falta de carácter, que tienen bajos niveles de inteligencia, que no poseen ningún tipo de atractivo (World Obesity, 2021) y que son personas con poca disciplina y falta de fuerza de voluntad (Rubino *et al.*, 2020).

En el caso particular de los adolescentes y adultos jóvenes entre los 17-21 años de edad, resulta particularmente relevante por múltiples razones, la primera de ellas, es la edad en la que se encuentran. Durante esta etapa de desarrollo los adolescentes están en un proceso de transición entre la infancia y la vida adulta, lo que implica cambios no sólo emocionales, sino actitudinales y de comportamientos que determinarán muchos de sus hábitos de salud durante su vida adulta (Sharkey *et al.*, 2020).

Influencia tripartita del estigma

Para tratar de explicar las relaciones y los elementos que influyen en el desarrollo del estigma sobre el peso, múltiples autores emplean el modelo de influencia tripartita, originalmente propuesto por Thompson, quién plantea que los individuos están influenciados principalmente por tres agentes sociales: los medios de comunicación, los padres y los pares (Carvalho y Ferreira, 2020; Hardit y Hannum, 2012) ya que son ellos los principales promotores de los ideales culturales sobre la apariencia.

De acuerdo con el modelo de influencia, el estigma relacionado al peso tiene un gran impacto en la vida de los adolescentes y adultos jóvenes, debido a que los prejuicios y actitudes están asociados o influenciados por aspectos sociales y culturales, principalmente dados por los estereotipos de belleza y del cuerpo (Shin *et al.*, 2017; Xu *et al.*, 2010). En muchos casos motivados o promovidos por los medios de comunicación, el cine, la televisión y la publicidad (Cheng *et al.*, 2018).

Esta influencia ha impactado en múltiples países dónde culturalmente se tenían estándares de belleza distintos a los impuestos por la cultura occidental, como es el caso de los países africanos en los cuales, anteriormente se consideraba al cuerpo robusto como el ideal de belleza, y era asociado con un mejor estatus social, sin embargo, en la actualidad se buscan cuerpos delgados más acordes a los estándares occidentales, este fenómeno se observa especialmente entre los jóvenes y mayor medida en las mujeres (Amenyah y Michels, 2016).

Otra región que está presentando circunstancias similares es Asia. En estos países tradicionalmente se es delgado, pero con el ingreso de la comida rápida en sus culturas, se ha incrementado el sobrepeso y la obesidad, generando cambios en los estándares culturales del cuerpo, siendo los jóvenes a quienes impacta en mayor medida, y son ellos quienes están modificando patrones de conducta para alcanzar estándares de belleza de una cultura ajena a la propia (Cheng *et al.*, 2018; Tsai *et al.*, 2019; Xu *et al.*, 2010).

Esto a su vez está generando circunstancias de insatisfacción con el propio cuerpo (Hardit y Hannum, 2012; Shin *et al.*, 2017; Xu *et al.*, 2010) circunstancia que se presenta en mayor medida durante etapas tempranas de la adolescencia y principalmente en las mujeres, en algunos casos desde

edades tan tempranas como los 11-12 años de edad (Lev-Ari *et al.*, 2014), y se intensifica hacia los 15-17 años, algunos autores señalan que esta insatisfacción se “estabiliza” al iniciar la vida adulta, otros refieren que puede seguir incrementándose la sensación de insatisfacción corporal hasta la edad adulta (Bucchianeri *et al.*, 2013; Fredrickson *et al.*, 2013).

Por su parte, en los hombres la insatisfacción del cuerpo puede iniciarse durante la mitad de la adolescencia y tiende a disminuir hacia la edad adulta, sin embargo, no existe un consenso en el que se supere esta sensación de insatisfacción conforme se completa la transición hacia la vida adulta (Bucchianeri *et al.*, 2013) y tampoco existe certeza de cómo se modifica (en mayor o menor medida) o si permanece estable esta insatisfacción a lo largo de la vida de los hombres (Quittkat *et al.*, 2019).

Aunque la insatisfacción del cuerpo se presenta en ambos sexos, existen ciertas diferencias entre estos. Se ha identificado que, en particular, las mujeres se preocupan mayormente por su imagen y peso, buscando adelgazar o reducir tallas, mientras que los hombres buscan “moldearlo” generando o incrementando su masa muscular (Calzo *et al.*, 2012; McCabe *et al.*, 2010).

Esta preocupación creciente sobre la imagen corporal y la presión social connotan de estigmatización a las personas con sobrepeso y obesidad, generando una serie de actitudes anti-obeso, que propician circunstancias emocionalmente ásperas, especialmente durante la adolescencia, ya que pueden llegar a generar situaciones de bullying, depresión, ansiedad, baja autoestima (McCabe *et al.*, 2010; Shin *et al.*, 2017), trastornos alimenticios y cosificación del cuerpo (Lev-Ari *et al.*, 2014).

Otro elemento que impacta en la estigmatización del peso es la actitud parental ante el sobrepeso u obesidad, ya que los padres pueden incidir de manera positiva o negativa en sus hijos adolescentes, dado que los mensajes de estigmatización por parte de ellos tienen un efecto particularmente poderoso en cómo los jóvenes visualizan sus propios cuerpos (Pearl *et al.*, 2018) también ejercen influencia en el desarrollo del autoestima y en los afectos positivos que generan sobre sí mismos, ya que se ha identificado en aquellos adolescentes que son molestados o sufren burlas sobre su peso, por parte de sus propios padres o algún miembro de la familia, que generan en mayor medida insatisfacción corporal (Hardit y Hannum, 2012; Shin *et al.*, 2017)

Por último, señalaremos la influencia de los pares como un elemento primordial en el desarrollo del estigma sobre el peso, ya que las relaciones sociales dentro de la juventud determinan patrones de comportamiento y conducta, asimismo, funcionan como elementos de comparación entre los jóvenes para identificarse como parte del grupo social al que pertenecen, así como a las expectativas sociales y de sí mismos del ideal cultural sobre su cuerpo y su peso (Fredrickson *et al.*, 2013; Hardit y Hannum, 2012).

Estos estándares culturales y sociales, aunado al desarrollo de un estigma del sobrepeso y obesidad, modifican la percepción que tienen los jóvenes sobre sus propios cuerpos, particularmente se ha identificado que las mujeres tienden a sobre estimar su peso corporal, mientras que los hombres tienden a minimizarlo, generando que ellas se visualicen con un mayor peso al que realmente presentan y por el contrario, los hombres tienden a considerarse en un peso adecuado cuando en realidad pueden estar presentando algún grado de sobrepeso u obesidad (Fredrickson *et al.*, 2013; Xie *et al.*, 2006)

Este tipo de alteración de la percepción sobre el peso corporal secundario al estigma se ha observado incluso en profesionales de la salud, lo cual implica que incluso al buscar o solicitar apoyo dentro del propio sistema de salud, las personas con sobrepeso y obesidad pueden sufrir discriminación o un trato diferente al resto de personas debido a su condición de salud (Elboim-Gabyzon *et al.*, 2020; Obara *et al.*, 2018; Rubino *et al.*, 2020).

En estudios realizados en estudiantes de nutrición, se han identificado prejuicios y tipificaciones de las personas con obesidad que son característicos del estigma del peso, por ejemplo, se les atribuye un peor estado de salud, con disciplina y autocuidado menores a los que en realidad tienen, siendo aún peor en mujeres, en comparación con los hombres con sobrepeso y que los hombres y mujeres con Índice de Masa Corporal (*IMC*) normal según los criterios internacionales, únicamente por presentar sobrepeso u obesidad (Obara *et al.*, 2018).

En un estudio en el cual participaron estudiantes de psicología se identificaron sensaciones de distanciamiento hacia las personas con sobrepeso u obesidad, se observó un trato diferenciado hacia ellos basado en representaciones estereotípicas negativas como pereza e indisciplina que además son reforzados en las campañas de salud, dónde las imágenes emplea-

das representan dichos estereotipos que fomentan aún más el estigma percibido (Johnstone y Grant, 2019).

Dentro de los entornos de salud, se ha observado la existencia del estigma sobre el peso por parte de cardiólogos, endocrinólogos, enfermeras (Usta *et al.*, 2021) y personal relacionado con la atención y manejo de la obesidad, además de los nutriólogos y psicólogos, antes mencionados; en el caso de EUA se identificó que aproximadamente entre el 40-50% de los pacientes experimentaron algún grado de estigma mientras recibían atención dentro instituciones de salud, y de ellos el 20% reportó niveles muy altos (Rubino *et al.*, 2020).

Por lo cual surgió la campaña para detener procesos de estigmatización en estas personas, ya que no sólo se favorecen los prejuicios sobre ellos, además dificultan la atención de otras enfermedades relacionadas con la obesidad como es la diabetes, la hipertensión y enfermedades cardiovasculares, entre otras; además de generar problemas emocionales, de autoestima y violencia en contra de las personas con sobrepeso y obesidad. Por lo que estas personas no sólo son discriminadas, incluso llegan a presentarse afectaciones de derechos sociales y derechos humanos (Nature Reviews, 2020; Rubino *et al.*, 2020; World Obesity, n.d.).

En conjunto, todos estos elementos refuerzan la idea, en la mente de las personas con sobrepeso y obesidad, que los prejuicios y preconceptos atribuidos a ellos son verdades, lo cual como ya mencionamos, genera y sustenta el estigma sobre el peso, teniendo repercusiones psicológicas, emocionales y actitudinales en la vida de las personas, que contrariamente a lo que se puede pensar, el estigma favorece el incremento del problema de obesidad (Carvalho y Ferreira, 2020; Hardit y Hannum, 2012; McCabe *et al.*, 2010; Rubino *et al.*, 2020; Tomiyama *et al.*, 2018).

Normalización visual del sobrepeso y la obesidad

En contraparte, existe otra postura teórica sobre la percepción del sobrepeso y la obesidad. Ésta es la teoría de la normalización visual que se sustenta en dos puntos centrales: (1) la evaluación del estado del peso se basa en normas visuales del peso corporal, (2) las normas visuales corporales se

conforman por la exposición a un determinado tipo de cuerpo en el entorno del día a día del observador (Robinson, 2017).

En el planteamiento de esta teoría se destacan situaciones en las que las personas tienden a minimizar el estatus del peso corporal, Robinson (2017) identificaron circunstancias específicas reportadas en múltiples investigaciones sobre percepción del peso corporal de las personas dentro de las cuales se destacan las siguientes: las personas tienden a minimizar su propio peso corporal en aquellos que tienen un peso normal, sobre peso y obesidad, considerando que es menor a lo que en realidad presentan. Este fenómeno se presenta de manera consistente en diferentes clases sociales, grupos étnicos y etapas de desarrollo (niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos maduros).

Otro aspecto a destacar es el hecho de que aquellas personas que se encuentran en los límites de la clasificación de acuerdo al *IMC* se consideran a sí mismos como de un nivel menor al que se encuentran, por ejemplo, aquellas personas que tienen un *IMC* de más de 25, quienes se reportan con peso adecuado, o aquellos con un *IMC* de 30 que ya se considera obesidad, se concibe sólo con sobrepeso (Oldham y Robinson, 2018; Robinson, 2017).

Este mismo fenómeno se observa en los padres de niños con sobrepeso y obesidad, ya que tampoco logran identificar adecuadamente el peso de sus hijos, siempre tendiendo a la minimización, y es mayormente observado a menor edad de los hijos (2-5 años), aunque esta desviación de la percepción disminuye con la edad de los hijos, se ha observado que sigue presente durante la adolescencia y en adultos jóvenes. El problema no sólo se observa entre familia, sino incluso al evaluar el peso de otras personas sin relación afectiva o familiar, e incluso se presenta en el personal de salud al evaluar el sobrepeso y obesidad de los pacientes (Robinson, 2017).

La primera de las posibles explicaciones del por qué se presenta este fenómeno es la falta de un referente de comparación visual, es decir, con el incremento del sobrepeso y la obesidad a nivel mundial, cada vez es más frecuente observar personas con este problema, lo cual inconscientemente convierte este tipo de cuerpos en la “norma”, lo cual concuerda con resultados observados en entornos dónde hay predominantemente más perso-

nas con sobrepeso, se evalúan con peso normal (Oldham y Robinson, 2018; Robinson, 2017).

La segunda explicación está directamente relacionada con la anterior, implica que al estar más expuesto a personas con sobrepeso y obesidad, visualmente se realiza un ajuste de lo que se considera normal con relación al tamaño corporal, por lo que se vuelve aún más complicado para el observador identificar adecuadamente el estatus del peso de alguien más o de sí mismos (Oldham y Robinson, 2018; Robinson, 2017).

Lo anterior genera problemas adicionales al manejo adecuado del sobrepeso y la obesidad a nivel social, cultural y dentro de las instituciones de salud, ya que en primer lugar la persona no se asume a sí misma como obesa o con sobrepeso, lo cual retarda el hecho de asistir a consulta médica o de nutrición, culturalmente se normaliza el ver cuerpos más grandes lo cual se refuerza la idea que ese peso es la norma y finalmente a nivel de instituciones de salud, el no identificar adecuadamente a una persona con sobrepeso u obesidad, minimiza la relevancia que da el personal de salud a su atención dietética, de control de peso o de promoción de hábitos alimenticios saludables (Robinson, 2017).

Instrumentos de evaluación del estigma y la normalización visual

Ambos planteamientos teóricos han requerido del desarrollo de instrumentos de evaluación acordes a cada uno de los fenómenos para poder ser comprobados empíricamente a través de investigaciones que sustenten la influencia, relación e impacto de sus componentes en la percepción del sobrepeso y obesidad. En cuanto al estigma sobre el peso, existen varios instrumentos que se emplean para su evaluación entre ellos podemos mencionar la Escala de Creencias sobre Personas Obesas o BAOP (por sus siglas en inglés, Beliefs about Obese Persons Scale), la cual evalúa el nivel de creencia de un individuo sobre si la obesidad es controlable. Se compone de 8 ítems con respuesta tipo Likert que van de -3 (completamente en desacuerdo) hasta +3 (completamente de acuerdo). El puntaje se encuentra en un rango de 0 a 48, para eliminar los valores negativos, al resultado final se le deben sumar 24 puntos (Dedeli *et al.*, 2014; Elboim-Gabyzon *et*

al., 2020; Tsai *et al.*, 2019; Usta *et al.*, 2021). Puntajes bajos indican que la persona cree que la obesidad es una condición controlable, lo cual está relacionado con prejuicios sobre el peso (Cheng *et al.*, 2018).

Otro instrumento que evalúa el estigma es la Escala de Internalización del Prejuicio del Peso o WBIS (por sus siglas en inglés Weight Bias Internalization Scale) (Cheng *et al.*, 2018; Hilbert *et al.*, 2014; Lee & Dedrick, 2016), el cual consta de 11 ítems que evalúan las creencias sobre los estereotipos y autoafirmaciones negativas sobre las personas con sobrepeso y obesidad, y si estos aplican para sí mismos. Las opciones de respuesta son en escala tipo Likert que van de 1 (completamente en desacuerdo) al 7 (completamente de acuerdo). Los puntajes altos se asocian con estigma sobre el peso. Las áreas que evalúa son la aceptación o el rechazo del estatus de su peso, valor personal percibido, facilidades en la vida, apariencia pública, interacción social y el reconocimiento de la existencia de injusticias por estigmas del peso (Durso y Latner, 2008; Lillis *et al.*, 2010).

El inventario de situaciones de estigmatización es otro instrumento que se emplea para la evaluación del estigma del peso, en este caso, existe una adecuación al español, realizada en Chile (Ortiz y Gómez-Pérez, 2019) el cual es una modificación en Australia (Vartanian, 2015). Este instrumento cuenta con un total de 10 preguntas que evalúan situaciones de la vida diaria que son susceptibles de estigma (ejemplo: *los niños se burlan de mí por mi peso*), cuentan con opciones de respuesta tipo Likert de 8 puntos que van del 0 (nunca) al 7 (siempre).

El último instrumento que presentaremos, que ha sido ampliamente utilizado para la evaluación del estigma es el Cuestionario de Actitudes Anti-Obesidad o ATOP (por siglas en inglés Anti-fat Attitude Questionnaire) (Crandall, 1994; Magallares y Morales, 2014; Reinka *et al.*, 2021). Este instrumento cuenta con tres dominios a evaluar: desagrado, miedo y fuerza de voluntad. Las opciones de respuesta son de tipo Likert que van del 1 (completamente en desacuerdo) al 10 (completamente de acuerdo), en la interpretación se consideran los puntajes elevados a presencia de estigma del peso.

Con relación a la evaluación de la normalización visual se han empleado técnicas de identificación de los grados de obesidad (< 18.5 bajo peso, 18.5-24.9 normal, 25-29.9 sobrepeso, > 30 obesidad) (OCD, 2021) median-

te fotografías estandarizadas y validadas sobre escalas corporales de incremento de IMC que van desde bajo peso hasta obesidad grado III.

FIGURA 1. *Escala de IMC estandarizada por imagen*



NOTA: Adaptado de Oldhman y Robinson. Visual body size norms and the under-detection of overweight and obesity, 2017.

Conclusiones

El estigma y la normalización visual generan un enfoque diferente y hasta antagonico de la perspectiva que se tiene sobre las personas con sobrepeso y obesidad. Mientras que el estigma favorece el señalamiento y resaltar las características negativas y los prejuicios asociados, social y culturalmente, a los que presentan este problema de salud. La normalización visual genera el efecto opuesto al minimizar, ocultar a la vista o asimilar de manera natural el sobrepeso como algo normal de la sociedad actual.

La incapacidad de identificar apropiadamente el exceso de peso en uno mismo, en otros o en los propios hijos, sin importar la edad, el estado de desarrollo o el origen étnico de la persona, puede ser explicada por la

relación que existe entre el estigma y la normalización, ya que —como lo señala Robinson (2017)— la persona al ser consciente de su realidad corporal se identifica como parte de un grupo social estigmatizado, lo cual lo sitúa en una situación de conflicto personal y emocional, la cual es inconscientemente evadida por la persona.

La normalización visual esta principalmente explicada por la relación entre la exposición y la percepción, ya que, a mayor exposición o convivencia con personas con cuerpos de mayor peso, se realiza un reajuste visual y de representación mental, en el cual se adopta como normal el sobrepeso y la obesidad. La estigmatización genera actitudes antiobesidad en tres niveles: personal, familiar y social, lo cual genera ambientes y relaciones dónde se discrimina a las personas con sobrepeso y obesidad, tanto en su vivienda, fuera de casa y en centros de atención a la salud.

Incluso el personal de salud como médicos, enfermeras, nutriólogos y psicólogos que trabajan de manera directa en la atención de personas con sobrepeso y obesidad son afectados por el estigma y la normalización. Esto impacta directa y negativamente en la atención a la salud que proporcionan. Conocer los principios y mecanismos involucrados en el desarrollo del estigma y la normalización, así como los principales instrumentos para su medición, permite concientizar a la sociedad y al personal de salud sobre las implicaciones y repercusiones que ambas posturas generan. Aunque la normalización y el estigma generan enfoques antagónicos sobre cómo se percibe a las personas con sobrepeso y obesidad, ambas generan un incremento en el peso de estas personas, agudizando aún más este problema de salud mundial.

Bibliografía

- Amenyah, S. D., y Michels, N. (2016). Body Size Ideals, Beliefs and Dissatisfaction in Ghanaian Adolescents: Sociodemographic Determinants and Inter-correlations. *Public Health*, 139, 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.05.012>
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., y NeumarkSz-tainer, D. (2013). Body Dissatisfaction from Adolescence to Young Adul-

- thood: Findings from a 10-Year Longitudinal Study. *Body Image*, 10(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.09.001>
- Calzo, J. P., Sonnevile, K. R., Haines, J., Blood, E. A., Field, A. E., y Austin, S. B. (2012). The Development of Associations among Body Mass Index, Body Dissatisfaction, and Weight and Shape Concern in Adolescent Boys and Girls. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 517-523. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.02.021>
- Carvalho, P. H. B. de, y Ferreira, M. E. C. (2020). Disordered Eating and Body Change Behaviours: Support for the Tripartite Influence Model among Brazilian Male University Students. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11), 4485-4495. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.35572018>
- CDC. (2021). *Cómo evaluar su peso. Peso saludable*. DNPAO/CDC. <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/index.html>
- Cheng, M. Y., Wang, S. M., Lam, Y. Y., Luk, H. T., Man, Y. C., y Lin, C. Y. (2018). The Relationships between Weight Bias, Perceived Weight Stigma, Eating Behavior, and Psychological Distress among Undergraduate Students in Hong Kong. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(9), 705-710. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000869>
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice Against Fat People: Ideology and Self-Interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5).
- Dedeli, O., Aybarc Bursalioglu, S., Deveci, A., y Dedeli Adress, O. (2014). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Attitudes Toward Obese Persons Scale and the Beliefs about Obese Persons Scale. *Clinical Nursing Studies*, 2(4). <https://doi.org/10.5430/cns.v2n4p105>
- Durso, L. E., y Latner, J. D. (2008). Understanding Self-Directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. *Obesity*, 16(S2), S80-S86. <https://doi.org/10.1038/OBY.2008.448>
- Elboim-Gabyzon, M., Attar, K., y Peleg, S. (2020). Weight Stigmatization among Physical Therapy Students and Registered Physical Therapists. *Obesity Facts*, 13(2), 104-116. <https://doi.org/10.1159/000504809>
- Farhangi, M. A., Emam-Alizadeh, M., Hamed, F., y Jahangiry, L. (2017). Weight Self-Stigma and Its Association with Quality of Life and Psychological Distress among Overweight and Obese Women. *Eating and Weight Disorders*, 22(3), 451-456. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0288-2>
- Fredrickson, J., Kremer, P., Swinburn, B., de Silva-Sanigorski, A., y McCabe, M.

- (2013). Biopsychosocial Correlates of Weight Status Perception in Australian Adolescents. *Body Image*, 10(4), 552-557. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.06.008>
- Fulton, M., y Srinivasan, V. N. (2021). Obesity, Stigma And Discrimination. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554571/>
- Hardit, S. K., y Hannum, J. W. (2012). Attachment, the Tripartite Influence Model, and the Development of Body Dissatisfaction. *Body Image*, 9(4), 469-475. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.06.003>
- Hilbert, A., Baldofski, S., Zenger, M., Löwe, B., Kersting, A., y Braehler, E. (2014). Weight Bias Internalization Scale: Psychometric Properties and Population Norms. *PLoS ONE*, 9(1). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0086303>
- Johnstone, G., y Grant, S. L. (2019). Weight Stigmatisation in Antiobesity Campaigns: The Role of Images. *Health Promotion Journal of Australia*, 30(1), 37-46. <https://doi.org/10.1002/hpja.183>
- Lee, M., y Dedrick, R. (2016). Weight Bias Internalization Scale: Psychometric Properties Using Alternative Weight Status Classification Approaches. *Body Image*, 17, 25-29. <https://doi.org/10.1016/J.BODYIM.2016.01.008>
- Lev-Ari, L., Baumgarten-Katz, I., Zohar, A. H., y Lev-Ari, L. (2014). Mirror, Mirror on the Wall: How Women Learn Body Dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 15(3), 397-402. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.015>
- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., y Hayes, S. C. (2010). Measuring Weight Self-Stigma: The Weight Self-Stigma Questionnaire. *Obesity*, 18(5), 971-976. <https://doi.org/10.1038/OBY.2009.353>
- Magallares, A., y Morales, J. F. (2014). Spanish Adaptation of the Antifat Attitudes Scale/Adaptación al castellano de la Escala de Actitud Antiobesos. *Revista de Psicología Social*, 29(3), 563-588. <https://doi.org/10.1080/02134748.2014.972707>
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A., y Holt, K. (2010). Are there Different Sociocultural Influences on Body Image and Body Change Strategies for Overweight Adolescent Boys and Girls? *Eating Behaviors*, 11(3), 156-163. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.01.005>
- Nature Reviews. (2020). Ending Weight Bias and the Stigma of Obesity. *Nature Reviews Endocrinology*, 16(5), 253. <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0347-7>
- Obara, A. A., Vivolo, S. R. G. F., y Alvarenga, M. D. S. (2018). Weight Bias in Nutri-

- tional Practice: A Study with Nutrition Students. *Cadernos de Saude Publica*, 34(8). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088017>
- Oldham, M., y Robinson, E. (2018). Visual Body Size Norms and the Under-Detection of Overweight and Obesity. *Obesity Science and Practice*, 4(1), 29-40. <https://doi.org/10.1002/osp4.143>
- Ortiz, M., y Gómez Pérez, D. (2019). Psychometric Properties of a Brief Spanish Version of Stigmatizing Situations Inventory. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.538>
- Pearl, R. L., Wadden, T. A., Shaw Tronieri, J., Chao, A. M., Alamuddin, N., Bakizada, Z. M., Pinkasavage, E., y Berkowitz, R. I. (2018). Sociocultural and Familial Factors Associated with Weight Bias Internalization. *Obesity Facts*, 11(2), 157-164. <https://doi.org/10.1159/000488534>
- Quittkat, H. L., Hartmann, A. S., Düsing, R., Buhlmann, U., y Vocks, S. (2019). Body Dissatisfaction, Importance of Appearance, and Body Appreciation in Men and Women Over the Lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00864>
- Reinka, M. A., Quinn, D. M., y Puhl, R. M. (2021). Examining the Relationship between Weight Controllability Beliefs and Eating Behaviors: The Role of Internalized Weight Stigma and BMI. *Appetite*, 164. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105257>
- Robinson, E. (2017). Overweight but Unseen: A Review of the Underestimation of Weight Status and a Visual Normalization Theory. *Obesity Reviews*, 18(10), 1200–1209. <https://doi.org/10.1111/obr.12570>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H. R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., ..., y Dixon, J. B. (2020). Joint International Consensus Statement for Ending Stigma of Obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485–497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Sharkey, T., Whatnall, M. C., Hutchesson, M. J., Haslam, R. L., Bezzina, A., Collins, C. E., y Ashton, L. M. (2020). Erratum: Effectiveness of Gender-Targeted Versus Gender-Neutral Interventions Aimed at Improving Dietary Intake, Physical Activity and/or Overweight/Obesity in Uoung Adults (Aged 17-35 Years): A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrition Journal*, 19(1),

- 1–20. <https://doi.org/10.1186/s12937-020-00605-0>
- Shin, K., You, S., y Kim, E. (2017). Sociocultural Pressure, Internalization, BMI, Exercise, and Body Dissatisfaction in Korean Female College Students. *Journal of Health Psychology*, 22(13), 1712-1720. <https://doi.org/10.1177/1359105316634450>
- Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., y Brewis, A. (2018). How and Why Weight Stigma Drives the Obesity 'Epidemic' and Harms Health. *BMC Medicine*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/S12916-018-1116-5>
- Tsai, M. C., Strong, C., Latner, J. D., Lin, Y. C., Pakpour, A. H., Lin, C. Y., y Wang, S. M. (2019). Attitudes Toward and Beliefs about Obese Persons across Hong Kong and Taiwan: Wording Effects and Measurement Invariance. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1198-6>
- Usta, E., Bayram, S., y Akkaş, Ö. A. (2021). Perceptions of Nursing Students about Individuals with Obesity Problems: Belief, Attitude, Phobia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 777-785. <https://doi.org/10.1111/PPC.12613>
- Vartanian, L. R. (2015). *Development and Validation of a Brief Version of the Stigmatizing Situations Inventory*. <https://doi.org/10.1002/osp4.11>
- World Obesity. (2021). *Weight Stigma | World Obesity Federation*. 2021. <https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/weight-stigma>
- Xie, B., Chou, C. P., Spruijt-Metz, D., Reynolds, K., Clark, F., Palmer, P. H., Gallaher, P., Sun, P., Guo, Q., y Johnson, C. A. (2006). Weight Perception and Weight-Related Sociocultural and Behavioral Factors in Chinese Adolescents. *Preventive Medicine*, 42(3), 229-234. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2005.12.013>
- Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., y Xu, Y. (2010). Body Dissatisfaction, Engagement in Body Change Behaviors and Sociocultural Influences on Body Image among Chinese Adolescents. *Body Image*, 7(2), 156-164. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.11.003>

Sobre las coordinadoras

Rosario Edith Ortiz Félix. Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora e investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de Conacyt, nivel 1, investigador honorífico por el Sistema Sinaloense de Investigadores y Tecnólogos, designación como miembro de la Comisión Dictaminadora del Sistema Nacional de Investigadores 2022. Cuenta con reconocimiento como perfil deseable PRODEP, miembro del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau Internacional. Actualmente es Coordinadora de la Maestría en Ciencias en Enfermería (Conacyt-SNP), integrante de la Línea de Aplicación y Generación del Conocimiento “Estados crónicos y entorno biopsicosocial” y miembro de redes de investigación nacionales e internacionales. Su trabajo de investigación se enfoca al estudio de la prevención y control de enfermedades crónicas (diabetes y obesidad) en grupos vulnerables.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5827-3218>

Patricia Enedina Miranda Félix. Doctora y maestra en ciencias de enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Perfil PRODEP, Miembro del sistema Nacional de Investigadores del Conacyt, Líder de la Línea de Aplicación y Generación del Conocimiento: Estados Crónicos y Entorno Biopsicosocial, Miembro de la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau Internacional, Capítulo Tau Alpha. Presidenta del comité de Ética Facultad de Enfermería Mochis (registro CONBIOETICA), su trabajo se enfoca en el estudio de la prevención y control de enfermedades crónicas (diabetes y obesidad) en grupos vulnerables.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7076-0991>

*Comportamientos en estados crónicos y
salud mental en grupos vulnerables*, Rosario

Edith Ortiz Félix y Patricia Enedina Miranda Félix

(coordinadoras), publicado por Ediciones Comunicación

Científica S. A. de C. V., se terminó de imprimir en noviembre
de 2022 en Litográfica Ingramex S.A. de C.V., Centeno 162-1, Granjas
Esmeralda, 09810, Ciudad de México. El tiraje fue de 50 ejemplares.

Comportamientos en estados crónicos y salud mental en grupos vulnerables es una obra producto de la vinculación y colaboración entre profesionales de la enfermería, dedicados a la investigación en escenarios clínicos, comunitarios y educativos. Aborda dos componentes importantes para la prevención, control y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles: el primero componente se refiere a los comportamientos de riesgo que desarrollan las personas y favorecen la aparición de patologías como la diabetes tipo 2, obesidad, cáncer, entre otros. Estos comportamientos giran en torno a los estilos de vida, con mayor énfasis en aspectos relacionados a las prácticas maternas de alimentación infantil, inseguridad alimentaria, adicción a la comida, alimentación emocional entre otras. El segundo componente es la salud mental, donde se incluye investigaciones que analizan la depresión, ansiedad, estrés, malestar emocional, satisfacción de la imagen corporal en poblaciones con alguna enfermedad crónica degenerativa no transmisible.

La importancia de este trabajo radica en que se reúnen investigaciones realizadas en 10 estados del país, en diversos sectores sociales donde se encuentran grupos vulnerables como mujeres embarazadas, diadas madre-lactantes, infantes, adolescentes, adultos pertenecientes a comunidades indígenas “totonacos” y “yoreme-mayo”. Esto puede ser un referente para que investigadores continúen indagando estas variables en el contexto nacional, para apoyar el desarrollo de planes de cuidados de enfermería e intervenciones basadas en la evidencia científica.

En esta obra participan instituciones de salud como el Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo, además de prestigiadas universidades del país: Universidad Autónoma de Baja California, Universidad de Sonora, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez y Universidad Autónoma de Tamaulipas, Universidad Autónoma de Sinaloa entre otras.

Rosario Edith Ortiz Félix es Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora e investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores de Conacyt, nivel I.

Patricia Eneida Miranda Félix es Doctora y Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora e investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Miembro del sistema Nacional de Investigadores del Conacyt.