

Experiencia de investigación en ciencias de la salud: Aportaciones al conocimiento científico

Por Lubia del Carmen Castillo Arcos (et. al)

Experiencia de investigación en ciencias de la salud:
Aportaciones al conocimiento científico

Lubia del Carmen Castillo Arcos
Lucely Maas Góngora
Juan Yovani Telumbre Terrero
(coordinadores)



Índice

<i>Prólogo</i>	13
--------------------------	----

Primera parte CONDUCTAS DE RIESGO

1. <i>Prevalencia de consumo de bebidas azucaradas en adultos con diabetes mellitus tipo 2</i> , Geu Mendoza Catalán, Carlos Ángel Gallardo Casas, Patricia Enedina Miranda Félix y Julieta Ángel García	17
2. <i>Consumo de alcohol y calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2</i> , Julieta Ángel-García, Lucero Fuentes-Ocampo, Elizabeth Guzmán-Ortiz y Geu Mendoza-Catalán	29
3. <i>Conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2 y consumo de alcohol en adultos de una comunidad indígena</i> , Lucero Fuentes Ocampo, Ángeles Viridiana Torres Almonaci, Sandra Lizeth Casas Pérez y Jorge Emmanuel Mejía Benavides	41
4. <i>Caracterización de los estilos de crianza y el uso de alcohol en adolescentes mexicanos</i> , Pedro Moisés Noh Moo, Miguel Ángel Villegas Pantoja, Jesica Guadalupe Ahumada-Cortez y Edna Idalia Paulina Navarro-Oliva	51

5. *Uso problemático de pornografía en línea y adicción al smart-phone en adolescentes de secundaria del norte de Sinaloa*, Mayra Mendoza-Armenta, Mirna Graciela Guzmán-Nolazco, Mario Enrique Gámez-Medina y Carolina Valdez-Montero 65
6. *Estigma perpetrado y experimentado por estudiantes del área de la salud en la atención a personas que viven con VIH/sida*, Alicia Álvarez Aguirre, Lubia del Carmen Castillo Arcos, Yolanda Bañuelos Barrera y José Alberto Santiago Jiménez 81

Segunda parte

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

7. *Cuidados a la mujer y al recién nacido: experiencia desde la partería tradicional en el sureste de México*, María del Rosario Jaimez-Vivas, Lucely Maas-Góngora y Saúl May-Uitz 99
8. *Creencias sobre la vasectomía en hombres mixes del sur de México*, Edith Sánchez Alonso, Biany Kadisha Fernández-Ruiz, Berenice Juan-Martínez y Dafne Astrid Gómez-Melasio 113
9. *Factores que condicionan el éxito de la lactancia materna*, Alba Guadalupe Hernández García, Sergio Evanny Castellanos Zárate, Pamela de Jesús Jiménez Vallejo y Ajelet Sahar Pineda Gámez 129
10. *Actitud y conocimiento ante los factores de riesgo de preclamsia en embarazadas*, Carmen Montejó Romero, Josefa Avendaño Castillo y Noemí Cruz Pacheco 141

Tercera parte

SALUD MENTAL

11. *Significados atribuidos a la pandemia por COVID-19: perspectivas de jóvenes universitarios*, Manuel Antonio López-Cisneros,

Juan Yovani Telumbre-Terrero, Carlos Reyes-Sánchez y Leslie Guadalupe Graniel-Thompson	155
12. <i>Nivel de estrés percibido en población adulta de Ciudad del Carmen, Campeche, México</i> , Denise Lizette de la Cruz Jiménez, Armando Pavón Benítez, Blanca Estela Sánchez Jaimes y Juan Yovani Telumbre Terrero	171
<i>Sobre los coordinadores y los autores</i>	185

Prólogo

Es primordial que el profesional de la salud tenga información científica que le permita identificar problemas que afectan a los diversos grupos vulnerados y le proporcione diversas soluciones que se puedan realizar para beneficio de la población. A nivel internacional ha habido un aumento notable en las investigaciones de los diversos profesionales de la salud que permiten visualizar el avance de la ciencia y la mejora de la calidad de vida en los diferentes grupos etarios. La investigación es una herramienta indispensable que ayuda a generar o adquirir nuevos conocimientos, la cual ayuda a establecer un fundamento científico para llevarlo a la práctica y así obtener mejores resultados.

La investigación se debe compartir y difundir, los nuevos conocimientos son generados con la finalidad de mejorar la práctica y la calidad de vida de las personas, familia y comunidad. Se debe tomar conciencia que la investigación es importante y necesaria para una profesión o área determinada, ya que los beneficios que se generan también inciden en el desarrollo académico y profesional. En salud, la investigación es un campo de enormes posibilidades de desarrollo para que el profesional y los estudiantes logren la seguridad, la apropiación de sus conocimientos y que amplíen de manera permanente la pasión de investigar.

Con base a lo anterior, se elabora el presente libro titulado *Experiencia de investigación en ciencias de la salud: Aportaciones al conocimiento científico*, donde investigadores de la república mexicana con amplia trayectoria

—en colaboración con estudiantes de pregrado y posgrado— realizan aportaciones originales sobre diversas temáticas que representan un problema de salud pública.

El libro está integrado por 12 capítulos divididos en tres partes: la primera titulada Conductas de riesgo, conformada por seis capítulos que abordan el consumo de bebidas azucaradas, la calidad de vida, el consumo de alcohol y los conocimientos en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). Así como también investigaciones en adolescentes enfocadas en los estilos de crianza, el uso de alcohol, la pornografía en línea y la adicción al *smartphone*. Se cuenta con una aportación que versa sobre el estigma perpetrado y experimentado por estudiantes del área de la salud en la atención de personas que viven con VIH/sida, los cuales son temas de relevancia para la comunidad científica.

La segunda parte, titulada Salud sexual y reproductiva, está integrada por cuatro investigaciones originales que abordan aspectos relacionados con la partería tradicional, las creencias sobre la vasectomía en hombres, los factores relacionados con la lactancia materna y la actitud y conocimientos sobre los factores de riesgo de preclamsia, lo que representa un área de interés sobre la salud de la mujer y del hombre en función de la sexualidad y sus implicaciones.

La última parte, titulada Salud mental, está conformada por dos aportaciones que incluyen las experiencias y vivencias de los jóvenes universitarios durante la pandemia por COVID-19, así como la percepción del estrés en la población adulta. Es así como cada uno de los capítulos del libro presenta resultados de investigaciones que servirán de guía para la atención de los grupos vulnerados en los diferentes fenómenos, asimismo, servirá de punto de partida para futuras investigaciones en el área de la salud, lo que permitirá tener una concepción amplia sobre los diversos aspectos que condicionan la salud o la enfermedad, en función de la línea de vida de los seres humanos.

LOS COORDINADORES

Primera parte
CONDUCTAS DE RIESGO



1. Prevalencia de consumo de bebidas azucaradas en adultos con diabetes mellitus tipo 2

GEU MENDOZA CATALÁN*

CARLOS ÁNGEL GALLARDO CASAS**

PATRICIA ENEDINA MIRANDA FÉLIX***

JULIETA ÁNGEL GARCÍA****

Resumen

Introducción: En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), la conducta con mayor dificultad para modificar es la alimentaria. Sin embargo, se desconoce la situación del consumo de bebidas azucaradas en este grupo de personas, que también debe ser reducido o nulo. *Objetivo:* Describir la prevalencia de consumo de bebidas azucaradas en personas con DMT2. *Método:* Se realizó un estudio descriptivo-transversal, con una muestra de 871 adultos con DMT2. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los pacientes fueron abordados en los centros de salud de cinco localidades de Oaxaca. *Resultados:* La edad promedio fue de 53.3 años (DE = 9.3) y 73.1% fueron mujeres. El 41.6% señaló que consume refresco de cola, 34.7% consume café con azúcar y 31.8% jugo de frutas. El café con azúcar es la bebida que más días se consume por semana $M = 4.8$ (DE = 2.3). Se destaca que los hombres consumen con mayor frecuencia y cantidad refrescos, en comparación con las mujeres. *Conclusión:* El consumo de bebidas azucaradas en individuos con DMT2 puede tener implicaciones en el desarro-

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

** Doctor en Medicina. Centro de Investigación en Nutrición y Alimentación, Universidad de Chalcatongo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3532-0149>

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

**** Doctora en Ciencias de Enfermería. Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0380-427X>

llo de complicaciones y en la mortalidad. Se requiere evaluar el consumo de este tipo de bebidas como parte de las acciones de autocuidado en estas poblaciones.

Palabras clave: *bebidas azucaradas, diabetes mellitus tipo 2, adulto.*

Introducción

La DMT2 es una de las principales cargas de enfermedades crónicas para el sistema de salud a nivel mundial. Este padecimiento se encuentra con mayor prevalencia en países en vías de desarrollo (IDF, 2019). La prevalencia a nivel mundial es de 8.8% (IDF, 2019) y en México es de 10.4% (ENSANUT, 2018). Parte de las estrategias a seguir para mantener un control de la enfermedad es la adherencia terapéutica, el control de peso y de la presión arterial, la reducción de dislipidemias y el cambio de estilo de vida, el ejercicio y la alimentación (ADA, 2020a). La alimentación correcta se considera como uno de los pilares principales para el control glucémico y la prevención de complicaciones en la DMT2 (ADA, 2020b). Sin embargo, también es la conducta más complicada de cambiar y mantener a largo plazo en las personas.

Las recomendaciones en la dieta en DMT2 se basan en el consumo de fibra, hidratos de carbono complejos, proteínas, alimentos bajos en grasas y el consumo de alcohol moderado. Además, en los últimos años se ha desaconsejado el consumo de bebidas endulzadas, incluyendo las bebidas de frutas (ADA, 2020b). Las bebidas azucaradas representan un tipo de bebida que se caracteriza por su alto contenido calórico, hidratos de carbono simples, cafeína y jarabe de maíz alto en fructuosa, el cual puede causar adicción a este tipo de bebidas (Falbe *et al.*, 2019; Lennerz y Lennerz, 2018).

México, también se considera uno de los principales consumidores de refresco a nivel mundial (Basu *et al.*, 2013). En México existen recomendaciones para el consumo por tipo de bebidas, las menos recomendadas son las azucaradas, como los jugos de fruta, bebidas deportivas, café y té con azúcar o refrescos (Rivera *et al.*, 2008). De acuerdo con la ENSANUT 2018, el consumo de bebidas azucaradas ese año en adultos fue de 85.8%, a pesar

de que consideran que no son saludables y presentan el riesgo a desarrollar enfermedades crónicas (ENSANUTMC, 2016). En México se ha reportado que el consumo de bebidas azucaradas es un factor de riesgo para la salud. Este consumo es mayor en hombres y en los estados del centro del país y representa el 6.9% de la mortalidad general. De esta tasa, el 35.6% de la mortalidad es en pacientes con DMT2 (Braverman-Bronstein *et al.*, 2020).

El consumo de bebidas azucaradas está relacionado con el aumento de peso, riesgo de desarrollar hipertensión arterial, el síndrome metabólico, la DMT2, la enfermedad cardiovascular y el incremento de la mortalidad (Basu *et al.*, 2013; Malik *et al.*, 2010; Malik *et al.*, 2010; O'Connor *et al.*, 2015). Sin embargo, dentro de la cultura mexicana, el refresco se considera como una de las bebidas preferidas y su consumo representa un elemento importante en la comida de las familias (Basu *et al.*, 2013; Théodore *et al.*,). Por lo que el consumo de este tipo de bebidas puede aún estar prevalente en los pacientes con DMT2 después del diagnóstico. Existen escasos estudios en donde se haya mencionado que las personas mantienen el consumo de bebidas azucaradas y energizantes para mantenerse activos y rendir adecuadamente en el área laboral (Mendoza *et al.*, 2017; Pliego, 2019).

A pesar de que México es considerado como uno de los países con mayor consumo de refrescos a nivel mundial y que se ve una clara relación con la mortalidad en personas con DMT2, se desconoce la situación en que se encuentra su población en cuanto a la ingesta de bebidas azucaradas, principalmente en el estado de Oaxaca, en donde las condiciones sociales, económicas y educativas son desfavorables. Por lo anterior, se planteó el objetivo de describir la prevalencia del consumo de bebidas azucaradas en personas con DMT2 y comparar la frecuencia de consumo y toma por tipo de bebida azucarada entre hombres y mujeres.

Para los profesionales de la salud, sobre todo en el primer nivel de atención, es importante identificar los factores que propician la falta de control glucémico en las personas con DMT2. Por lo que el consumo de bebidas azucaradas puede ser un elemento importante que esté provocando que en esta población aparezcan complicaciones prematuramente, así como afectar su mortalidad. De ahí que se requiera de estrategias y programas que estén orientados a disminuir y sustituir el consumo de las bebidas azucaradas.

Método

El diseño del estudio fue descriptivo-transversal. La población de interés fueron adultos con diagnóstico de DM_{T2} de al menos un año, en un rango de edad de 20 a 70 años, usuarios y residentes de los centros de salud de las localidades de Santiago Pinotepa, Pinotepa de Don Luis, Jamiltepec, Huaxpala y San Juan Colorado, Oaxaca. Para esta investigación se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Para la recolección de la información, las personas fueron abordadas en la sala de espera de la consulta externa de los centros de salud de cada localidad. A cada persona se le realizó el cribado de los criterios de inclusión, se le hizo la invitación para participar en el estudio, señalando el objetivo de la investigación. Después, se realizó la lectura del consentimiento informado y se le solicitó colocar su firma o huella digital. Finalmente, se procedió a realizar el llenado de la encuesta y la toma de mediciones antropométricas y clínicas.

Para la medición de variables se generó una cédula de datos personales para: edad, sexo y estado civil. También contenía un apartado para datos antropométricos: peso, talla y circunferencia de cintura. Por último, los datos clínicos que se recolectaron fueron: los años de diagnóstico con DM_{T2}, la presión arterial sistólica/diastólica y si contaba con diagnóstico de hipertensión.

Para la medición de las bebidas azucaradas se utilizó como guía el Cuestionario Breve de Consumo de Bebidas – 15 (Hedrick *et al.*, 2012). Dicho cuestionario evalúa la frecuencia y la cantidad de consumo de 15 grupos de bebidas azucaradas y no azucaradas. Para este estudio se abordaron sólo los grupos de bebidas azucaradas: jugos de frutas, jugos embotellados, refresco de cola, té endulzados, café con azúcar y bebidas energizantes/deportivas. Para la frecuencia de consumo se preguntó: ¿cuántas veces a la semana consume la siguiente bebida? Las opciones de respuesta eran de 0 a 7 días. Posteriormente, se preguntó: ¿qué cantidad consume al día para las siguientes bebidas? Para esta pregunta, se colocó la cantidad exacta que respondía cada participante.

La información fue recolectada en el programa estadístico SPSS, versión 25. En el análisis estadístico se realizaron frecuencia y porcentajes para

variables categóricas, y medidas de tendencia central para variables continuas. Además, se utilizó la chi-cuadrada para analizar la prevalencia de consumo de bebidas azucaradas por sexo. Finalmente, se utilizó el estadístico de U de Mann-Withney para comparar la frecuencia de consumo y la cantidad de consumo por bebida azucarada entre hombres y mujeres.

Resultados

La muestra total fue de 871 participantes, con una edad promedio de 53.3 años ($DE = 9.3$), el 73.1% fueron mujeres, 55.2% fueron casados y 29.5% tenían diagnóstico de hipertensión arterial. Los años de estudio promedio fueron de 5.2 años ($DE = 3.9$), los años de diagnóstico 9.1 ($DE = 5.8$), el IMC promedio fue de 26.7 ($DE = 4.2$). El 23.0% presentó valores de presión arterial $>140/90$ mm/hg.

Referente al consumo de bebidas azucaradas, la prevalencia de consumo más elevada fue el refresco de cola, seguido de café con azúcar y el jugo de frutas naturales (tabla 1.1). En el consumo de bebidas, los hombres tienen mayor prevalencia de consumo de refresco y jugos embotellados. El hombre tiene más posibilidades de consumo de refresco ($OR = 1.56$, $IC95\% 1.15 - 2.11$) y consumo de jugos embotellados ($OR = 1.39$, $IC95\% 1.17 - 1.98$).

Tabla 1.1. Prevalencia de consumo de bebidas azucaradas

Tipo de bebida	General		Hombres		Mujeres		χ^2
	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	
Jugo de frutas naturales	31.8	277	30.3	71	32.3	206	.315
Jugos embotellados*	21.0	183	25.2	59	19.5	124	3.406
Refresco de cola**	41.6	362	49.6	116	38.6	246	8.455
Té endulzado	20.4	178	17.1	40	21.7	138	2.198
Café con azúcar	34.7	302	35.5	83	34.4	219	.090
Bebidas energizantes	8.2	71	11.1	26	7.1	45	3.743

Nota: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

En relación con el consumo por semana, de manera general el café con azúcar es la bebida con mayor frecuencia de consumo, seguido del té endulzado. Al comparar la frecuencia de consumo por sexo, se encontró que

los hombres consumen con mayor frecuencia el refresco en comparación con las mujeres (tabla 1.2).

Tabla 1.2. *Frecuencia de consumo de bebidas azucaradas a la semana*

Tipo de bebida	General		Hombres		Mujeres		U
	M	DE	M	DE	M	DE	
Jugo de frutas naturales	2.2	1.5	2.4	1.6	2.2	1.5	6789.0
Jugos embotellados	1.7	1.1	1.6	1.0	1.8	1.2	3496.5
Refresco de cola*	2.3	1.7	2.5	1.7	2.3	1.7	12525.5
Té endulzado	3.4	2.1	3.2	2.0	3.5	2.1	2627.5
Café con azúcar	4.8	2.3	4.8	2.2	4.9	2.3	8880.5
Bebidas energizantes	1.9	1.2	1.9	1.5	1.9	1.2	558.5

Nota: * $p < 0.05$.

Al analizar el consumo por día/semana promedio, las bebidas energizantes o deportivas son la de mayor consumo. Al realizar la comparación por sexo, se encontró que los hombres consumen mayor cantidad de refresco y café con azúcar en comparación con las mujeres (tabla 1.3).

Tabla 1.3. *Cantidad de consumo por tipo de bebida azucarada en ml por día*

Tipo de bebida	General		Hombres		Mujeres		U
	M	DE	M	DE	M	DE	
Jugo de frutas naturales	328.0	137.7	332.0	132.6	326.6	139.8	6789.0
Jugos embotellados	358.0	144.2	382.2	145.5	347.9	142.8	3212.5
Refresco de cola**	358.3	152.7	406.3	150.0	335.7	148.9	10619.0
Té endulzado	268.0	100.1	268.0	88.5	267.9	103.5	2526.5
Café con azúcar*	244.7	56.1	255.0	59.5	240.8	54.4	7515.5
Bebidas energizantes	432.2	119.6	432.1	117.6	420.0	121.4	513.5

Nota: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Cuando se evalúa el consumo total por semana, el café con azúcar resulta ser la bebida más consumida, en segundo lugar, el té endulzado y tercer lugar el refresco. Al comparar el consumo por sexo, los hombres consumen mayor cantidad de refresco a la semana que las mujeres (tabla 1.4).

Tabla 1.4. Cantidad de consumo de bebida azucarada en ml semanal

Tipo de bebida	General		Hombres		Mujeres		U
	M	DE	M	DE	M	DE	
Jugo de frutas naturales	769.7	714.7	834.7	721.6	746.6	712.7	5907.0
Jugos embotellados	630.4	516.5	616.2	391.8	637.1	567.7	3496.0
Refresco de cola*	900.3	922.7	1079.0	937.8	816.0	950.3	10898.0
Té endulzado	933.2	733.5	873.4	673.6	950.3	751.1	2536.0
Café con azúcar	1190.3	633.0	1224.8	629.7	1177.4	635.2	8329.0
Bebidas energizantes	747.2	561.3	625.0	519.3	808.3	593.4	30.5

Nota: * $p < 0.01$.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue describir la prevalencia de consumo de bebidas azucaradas en personas con DMT2. Las bebidas azucaradas han sido reportadas como un factor de riesgo a la salud, debido al incremento de la incidencia de enfermedades crónicas y su relación con la mortalidad (Haque *et al.*, 2020). Las bebidas azucaradas se reconocen por el alto contenido calórico y bajo contenido proteico, además, se ha reportado que estos azúcares combinados con la cafeína, provocan un efecto similar a algunos tipos de drogas que generan adicción (Falbe *et al.*, 2019; Haque *et al.*, 2020).

La prevalencia de consumo más elevada fue el refresco, seguido de café con azúcar y el jugo de frutas, esto es similar a lo reportado en adultos mexicanos a nivel nacional (Rivera *et al.*, 2008; Stern *et al.*, 2014). Estas son las bebidas más consumidas y representan el 60% de las calorías obtenidas por bebidas en la población general. Al mismo tiempo, es preocupante que este tipo de bebidas sean las menos recomendables y las de mayor ingesta. Por lo que representa un problema mayor cuando se habla de personas con DMT2, debido a que puede provocar un mayor descontrol glucémico.

Conforme a la cantidad de consumo, las bebidas que se buscan sólo ocasionalmente son las energizantes y los refrescos, lo que resulta preocupante al considerar que ambas son de alto contenido calórico y cafeína. Este tipo de bebidas se encuentra relacionado con un aumento de la presión arterial y de la glucosa sanguínea, además, con la presencia de malestares como excitación, dolor de estómago y somnolencia (Nowak *et al.*, 2018).

Esta situación se ha mencionado en otros estudios en donde la población adulta reporta un promedio más elevado en estas dos bebidas (Rivera *et al.*, 2008; Stern *et al.*, 2014). También se ha reportado que en especial los hombres consumen este tipo de bebidas para poder mantenerse activos laboralmente y rendir durante el periodo de trabajo (Mendoza *et al.*, 2017; Pliego, 2019). Incluso, es una manera de mitigar el hambre gracias a los carbohidratos que contienen, pero con el paso de los años puede generar problemas cardiovasculares o incapacidad laboral (Haque *et al.*, 2020).

Por otro lado, la bebida reportada como la más consumida durante más días y en mayor cantidad a la semana es el café con azúcar. De acuerdo con los resultados de la ENSANUT, en los adultos de 20 a 59 años, la bebida preferida es el refresco, seguida del café con azúcar, y en los adultos mayores (>60 años) la preferencia se invierte, primero está el café con azúcar, y en segundo lugar está el refresco (Stern *et al.*, 2014). Se debe tomar en cuenta que los resultados son similares a los aquí reportados, pero con mayores implicaciones al considerar que la población de estudio son personas con una enfermedad crónica, que requieren menor aporte calórico en su dieta. Además, se carece de evidencia de los efectos que puede generar el consumo del café en la diabetes. Algunos estudios señalan que el café puede resultar beneficioso, porque previene la hiperglucemia, sin embargo, el consumo de café es considerado como un factor de riesgo en la incidencia de enfermedades o eventos cardiovasculares (Akash *et al.*, 2014; Haque *et al.*, 2020).

Referente a la diferencia de consumo de bebidas azucaradas entre hombres y mujeres, se encontró que los hombres ingieren refresco con mayor frecuencia y cantidad. Estos resultados son similares a lo observado en otros reportes, en donde también se concluye que beber alcohol es más común en la población varonil (Stern *et al.*, 2014). Este panorama pudiera explicar por qué los hombres acuden más a los servicios de urgencias y que muchas veces resulta en la muerte prematura masculina (Figueroa-Perea, 2015). En el caso de ellos, se ve una falta de aceptación del diagnóstico porque afecta su imagen social. Esta respuesta pudiera tener repercusiones de salud y laborales, pues mantienen esos hábitos no saludables, como el consumo de este tipo de bebidas (Mendoza *et al.*, 2018; Mendoza *et al.*, 2017).

Para la reducción del consumo de bebidas azucaradas se han realizado diversas estrategias y políticas para disminuir su compra. Se ha implemen-

tado un nuevo impuesto en los últimos años al precio de este tipo de bebidas, lo que ha dado como resultado la reducción en su consumo de acuerdo con los últimos reportes nacionales (Álvarez-Sánchez *et al.*, 2018). Además, se ha complementado con la concientización pública sobre los problemas que genera el consumo de bebidas con alto contenido calórico. Sin embargo, se requiere de mayores acciones debido a la aculturación que ha generado la mercadotecnia en la población mexicana, porque, hasta el día de hoy, las bebidas azucaradas como el refresco son consideradas un elemento clave para la convivencia familiar y social (Théodore *et al.*, 2019).

En México se implementó en 2021 el sistema de etiquetado frontal de advertencia en los productos procesados, entre ellos las bebidas azucaradas. Y estos productos actualmente, presentan el sello “exceso de calorías” y “exceso de azúcar”, lo que impulsa a que las personas consideren que al consumirlos frecuentemente aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades como la diabetes y el sobrepeso (Trejo *et al.*, 2021). En Oaxaca existe un estudio donde 30% de los adultos habitantes de una zona rural y diagnosticados con DMT2 siguen consumiendo un producto con sello de “exceso de azúcar”, a pesar de conocer su diagnóstico y el sello (Osorio *et al.*, 2023). Situación que hace reflexionar sobre la necesidad de aumentar las estrategias de concientización para evitar este tipo de productos, mediante la promoción de la toma de agua simple, la estrategia del plato del buen comer, saludable y sostenible, donde vienen las recomendaciones de evitar las bebidas azucaradas y fomenta que adolescentes y adultos beban de 8 a 13 vasos de agua s al día (Secretaría de Salud, 2023).

Conclusiones

El consumo de bebidas azucaradas en adultos con DMT2 es alto. La prevalencia más alta fue en el consumo de refresco, pero el café con azúcar fue la bebida que más se toma a la semana, por otro lado, las bebidas deportivas/energizantes son las que en mayor cantidad se consumen por ocasión. Es importante que el profesional de enfermería desarrolle programas que ayuden a reducir el consumo de bebidas azucaradas, como parte del cambio de estilo de vida, con la finalidad de mejorar el control glucémico,

prevenir la aparición prematura de complicaciones y la mortalidad prematura.

Referencias

- American Diabetes Association. (2020a). Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*, 43(Supplement 1), S48-S65. <https://doi.org/10.2337/dc20-S005>
- American Diabetes Association. (2020b). Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*, 43(Supplement 1), S66-S76. <https://doi.org/10.2337/dc20-S006>
- Akash, M. S. H., Rehman, K., y Chen, S. (2014). Effects of coffee on type 2 diabetes mellitus. *Nutrition*, 30(7-8), 755-763.
- Álvarez-Sánchez, C., Contento, I., Jiménez-Aguilar, A., Koch, P., Gray, H. L., Guerra, L. A., Rivera-Dommarco, J., Uribe-Carvajal, R., y Shamah-Levy, T. (2018). Does the Mexican sugar-sweetened beverage tax have a signaling effect? ENSANUT 2016. *PLoS One*, 13(8), e0199337. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199337>
- Basu, S., McKee, M., Galea, G., y Stuckler, D. (2013). Relationship of soft drink consumption to global overweight, obesity, and diabetes: A cross-national analysis of 75 countries. *American Journal of Public Health*, 103(11), 2071-2077.
- Braverman-Bronstein, A., Camacho-García-Formentí, D., Zepeda-Tello, R., Cudhea, F., Singh, G. M., Mozaffarian, D., y Barrientos-Gutierrez, T. (2020). Mortality attributable to sugar-sweetened beverages consumption in Mexico: An update. *International Journal of Obesity*, 44(6), 1341-1349.
- Falbe, J., Thompson, H. R., Patel, A., y Madsen, K. A. (2019). Potentially addictive properties of sugar-sweetened beverages among adolescents. *Appetite*, 133, 130-137.
- Figueroa-Perea, J. G. (2015). El ser hombre desde el cuidado de sí: algunas reflexiones. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 7, 121-138.
- Haque, M., McKimm, J., Sartelli, M., Samad, N., Haque, S. Z., y Bakar, M. A. (2020). A narrative review of the effects of sugar-sweetened beverages on human health: A key global health issue. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 27(1), e76-e103.
- Hedrick, V. E., Savla, J., Comber, D. L., Flack, K. D., Estabrooks, P. A., Nsiah-Kumi, P. A., Ortmeier, S., y Davy, B. M. (2012). Development of a brief questionnaire to assess habitual beverage intake (BEVQ-15): Sugar-sweetened beverages and total beverage energy intake. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(6), 840-849. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2012.01.023>
- International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas 9th Edition*. International Diabetes Federation. Retrieved from www.diabetesatlas.org
- Lennerz, B., y Lennerz, J. K. (2018). Food addiction, high-glycemic-index carbohydrates, and obesity. *Clinical Chemistry*, 64(1), 64-71.

- Malik, V. S., Popkin, B. M., Bray, G. A., Després, J.-P., y Hu, F. B. (2010a). Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk. *Circulation*, 121(11), 1356-1364.
- Malik, V. S., Popkin, B. M., Bray, G. A., Després, J.-P., Willett, W. C., y Hu, F. B. (2010b). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 33(11), 2477-2483.
- Mendoza, G., Chaparro, L., Gallegos, E., y Carreno, S. (2018). Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa. *Enfermería Universitaria*, 15(1), 90-102.
- Mendoza, G., Gallegos, E. C., y Figueroa, J. G. (2017). Autopsia verbal en hombres adultos con diabetes tipo 2: estudio cualitativo. *Revista Cuidarte*, 8(3), 1786-1798. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.420>
- Nowak, D., Gośliński, M., Nowatkowska, K. (2018). The effect of acute consumption of energy drinks on blood pressure, heart rate and blood glucose in the group of young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 544. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030544>
- Osorio, J., García, J., y Gallardo, C. A. (2023). Ambiente alimentario y diabetes mellitus tipo 2 en Chalcatongo de Hidalgo, Tlaxiaco, Oaxaca, México. *ALAD*, 13(1), 9-20.
- O'Connor, L., Imamura, F., Lentjes, M. A., Khaw, K.-T., Wareham, N. J., y Forouhi, N. G. (2015). Prospective associations and population impact of sweet beverage intake and type 2 diabetes, and effects of substitutions with alternative beverages. *Diabetologia*, 58(7), 1474-1483.
- Piiego, J. T. P. (2019). Dulce exterminio: refresco y cerveza como causa desencadenante y complicaciones de la diabetes en mayas de Chiapas, México/Sweet extermination: Soda and beer, as trigger cause and complications in diabetics, among highland Mayans of Chiapas, Mexico. *Medicina Social*, 12(2), 87-95.
- Rivera, J. A., Muñoz-Hernández, O., Rosas-Peralta, M., Aguilar-Salinas, C. A., Popkin, B. M., y Willett, W. C. (2008). Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(3), 208-237.
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Rivera-Dommarco, J., y Hernández-Ávila, M. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016: Informe final de resultados*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- 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.
- Secretaría de Salud. (2023). *Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana 2023*. México. <https://www.gob.mx/promosalud/articulos/que-son-las-guias-alimentarias?idiom=es>
- Stern, D., Piernas, C., Barquera, S., Rivera, J. A., y Popkin, B. M. (2014). Caloric beverages were major sources of energy among children and adults in Mexico, 1999-2012. *The Journal of Nutrition*, 144(6), 949-956.

Théodore, F. L., Blanco-García, I., y Juárez-Ramírez, C. (2019). ¿Por qué tomamos tanto refresco en México? Una aproximación desde la interdisciplina. *INTERdisciplina*, 7(19), 19-45.

Trejo, L., Ramírez, E., y Ruvalcaba, J. C. (2021). Efecto del etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas. La experiencia de otros países de América Latina. *JONNPR*, 6(7), 977-990.

2. Consumo de alcohol y calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2

JULIETA ÁNGEL-GARCÍA*
LUCERO FUENTES-OCAMPO**
ELIZABETH GUZMÁN-ORTIZ***
GEU MENDOZA-CATALÁN****

Resumen

Introducción: El consumo de alcohol de manera prolongada afecta directamente la calidad de vida causando hiperglucemia, por lo que esta condición se complica aún más cuando las personas padecen diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) dado que esta enfermedad puede ocasionar complicaciones sistémicas que influyen en el funcionamiento físico, psicológico y social. *Objetivo:* Describir el consumo de alcohol y la calidad de vida en personas con DMT2. *Método:* Estudio descriptivo de corte transversal, participaron 160 adultos mayores de 18 años con DMT2, quienes contestaron, el cuestionario ESDQOL y la prueba AUDIT mediante consentimiento informado, y para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva a través del paquete estadístico SPSS versión 26. El presente estudio se apegó a las recomendaciones éticas de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. *Resultados:* se encontró que el 57.8% de la población que no ha

27

* Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor investigador de Tiempo Completo del Instituto de Ciencias de Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0380-427X>

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor investigador de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1254-3240>

*** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor investigador de Tiempo Completo del departamento de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4944-0600>

**** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5061-245>

consumido alcohol en el último año, se encuentra muy satisfecha con su vida en general. Las medias obtenidas de las subescalas del ESĐQOL fueron las siguientes: satisfacción 51.44, impacto 44.45, preocupación social/vocacional 27.09 y preocupación relativa 42.82. *Conclusiones:* El consumo de alcohol en el último año y mes mostró significancia en la población femenina que se dedica al hogar. El 49.55% de la población que ha bebido alcohol en el último año mostró una ingesta de bajo riesgo, por lo cual la calidad de vida en la mayoría de los participantes no se mostró afectada.

Palabras clave: *diabetes mellitus, consumo de alcohol y calidad de vida.*

Introducción

¹ El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades, traumatismos y otros trastornos de la salud. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud, tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo e importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares. Además, una proporción importante de la carga de morbilidad atribuible a la ingesta de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales, en particular los derivados de accidentes de tránsito, violencia y suicidios. Las lesiones mortales relacionadas con el alcohol suelen ocurrir en grupos de personas²⁰ relativamente más jóvenes (OMS, 2022).

Por otra parte, se estima que cada año se producen tres millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5.3% de todas las defunciones. En general, el 5.1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Pero más allá de las consecuencias para la salud, el consumo nocivo de alcohol acarrea importantes pérdidas sociales y económicas a las personas y a la sociedad en general (OMS, 2022).

En México las cifras de las personas que han bebido alcohol alguna vez en su vida representan el 71%, por otro lado, quienes ingieren alcohol cotidianamente son 5% hombres y 1.2% mujeres, quienes lo hacen de manera

consuetudinario son 25.8% hombres, 3.5% mujeres, incluida la dependencia, son 4.6% hombres y 0.6% mujeres, en una población de 18 a 65 años (OMS, 2018).

Cabe destacar que el consumo de alcohol por varios días, acompañado de una dieta insuficiente puede provocar una hipoglucemia profunda, que puede desencadenar un coma o la muerte, dado que la glucosa en el organismo no es suficiente para mantener la función cerebral.

21 El consumo de alcohol en personas con DMT2 provoca un descontrol en los niveles de glucosa. El abuso de alcohol es un factor importante para la falta de adherencia al tratamiento, siendo una de las causas de descompensación metabólica aguda. Afecta la regularidad de los niveles de azúcar en sangre además de existir el riesgo de presentar hipoglucemia tardía —hasta 36 horas después de haber bebido— y pueden ser moderadas o intensas. La ingesta de alcohol entorpece la percepción de la hipoglucemia debido a que los síntomas son similares a los de una persona normal alcoholizada (Molina, 2016).

Por otro lado, la DMT2 supone un importante predictor de morbimortalidad que a su vez se traduce en un cambio sustancial en la calidad de vida (cv) de aquellos que viven con la enfermedad. La DMT2 se asocia a complicaciones graves y a la muerte prematura. Además, el tratamiento en los pacientes diabéticos es de por vida, y les provoca complicaciones que les afectan su energía, movilidad y función sexual, también les producen ansiedad y preocupación, todo esto relacionado con aspectos la salud y con la cv (Brítez y Taboada, 2017).

La calidad de vida en personas con DM T2 está relacionada con la salud y representa sentimientos, actitudes o la incapacidad de experimentar satisfacción en el área de vida, que ha sido alterada por procesos de enfermedad o déficit relacionados con la salud. La cv se ve asociada con el hecho de tener mayor edad, discapacidad funcional, independencia y ausencia de interacción social o abandono familiar. Al presentarse estos factores, provocan una deficiencia en la salud y, por ende, en la cv (Vargas-Ricardo y Melguizo-Herrera, 2017).

Asimismo, el estudio *Factores Asociados con la Calidad de Vida de las personas afectadas por diabetes mellitus* indica que se puede inferir que las complicaciones en la cv del individuo favorecen la aparición de limitaciones

físicas, problemas psicológicos y la necesidad de buscar mejores condiciones de salud (Palacios-Barahona *et al.*, 2019).

La DMT2 se presenta con mayor frecuencia en adultos y se caracteriza por un déficit relativo en la producción de insulina y en la utilización periférica de la glucosa por los tejidos. Se considera una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal crónica y amputaciones no traumáticas. Además de que aumenta el riesgo de sufrir infarto al miocardio o cerebral. La cv en personas con DMT2 puede verse afectada, pues además de las complicaciones sistémicas, la enfermedad afecta el estado emocional —provoca ansiedad y depresión— y añade la hiperglucemia que surge como consecuencia de la ingesta de alcohol a largo plazo (Nangrani y Malabu, 2019).

21 Por todo lo anterior y por el consumo de alcohol en personas con DMT2, los niveles de glucosa se descontrolan. El abuso de alcohol es un factor importante para la falta de adherencia al tratamiento, lo que provoca una descompensación metabólica aguda. También afecta la regularidad de los niveles de azúcar en la sangre y potencia el riesgo de hipoglucemia tardía. Esta condición puede aparecer hasta 36 horas después de haber bebido y puede ser moderada o intensa. La ingesta de alcohol entorpece la percepción de la hipoglucemia debido a que los síntomas son similares a los de una persona normal alcoholizada (Molina, 2016). Se plantea el siguiente objetivo: describir el consumo de alcohol y la calidad de vida en personas con DMT2.

Método

La presente investigación es de tipo cuantitativo correlacional, para determinar la relación entre el consumo de alcohol y la cv en personas con DMT2. El presente estudio se realizó de manera digital en el lapso comprendido entre agosto de 2020 y junio de 2021. El universo de estudio estuvo conformado por personas que ingerían alcohol y con diagnóstico de DMT2. Se hizo un muestreo por conveniencia y se realizó un cálculo de muestra para poblaciones infinitas a partir de la siguiente fórmula: $n = Z^2 \times p \times (1 - p) / e^2$, el resultado fue una muestra de 160. Se incluyeron a personas con DMT2 que bebieran alcohol, que supieran leer y escribir, y se excluyeron a personas con DMT2 y otras enfermedades no transmisibles.

Instrumentos

Se utilizó una cédula de datos para la obtención de datos personales, la cual permitió obtener información relevante para la presente investigación. Los resultados se utilizaron de manera confidencial y exclusivamente para uso estadístico.

Para medir la cv se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida específico para la diabetes mellitus (ESDQOL) desarrollado por Millán (2002), que consta de 43 preguntas distribuidas en cuatro dimensiones: satisfacción (15 preguntas), impacto (17 preguntas), preocupación social/vocacional (7 preguntas) y preocupación relativa a la diabetes (4 preguntas).

El instrumento se analizó de la siguiente manera, cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta en una escala Likert con puntuación ordinal del 1 al 5. La dimensión de satisfacción con un rango de 1 = muy satisfecho, 2 = bastante satisfecho, 3 = algo satisfecho, 4 = poco satisfecho y 5 = nada satisfecho. Si en todas las preguntas el encuestado responde 1, su puntuación global será de 15, lo que quiere decir que es una persona muy satisfecha con sus actos.

Las dimensiones impacto, preocupación social/vocacional y preocupación relativa a la diabetes se evaluarán de acuerdo con los siguientes rangos, 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = a veces, 4 = casi siempre y 5 = siempre. Las puntuaciones mínimas de estas dimensiones son 20, 7 y 4 puntos, respectivamente, lo que significa que la diabetes ejerce escaso impacto y poca preocupación en la vida de quienes la padecen. La puntuación total de cada participante en la escala es la suma de las puntuaciones dadas a cada pregunta del cuestionario.

El ESDQOL se caracteriza por tener una adecuada consistencia interna, con alfas de Cronbach de 0.47 a 0.92, y altos coeficientes de estabilidad temporal, que van desde 0.78 a 0.92. Se ha probado que este instrumento se relaciona de manera moderada y consistente con medidas de síntomas psicológicos de bienestar y ajuste a la enfermedad, también con medidas genéricas de cv (Rodríguez y Plata, 2020).

El AUDIT es un Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol que comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol

(OMS, 2001). Se evalúa de la siguiente manera, cada pregunta tiene una serie de respuestas a elegir en una escala de puntuación de 0 a 4. La zona I comprende una puntuación entre 0 y 7 y se refiere al consumo de bajo riesgo o la abstinencia, la zona II comprende una puntuación entre 8 y 15 y se refiere al consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo. La zona III comprende una puntuación entre 16 y 19 y se refiere al consumo de riesgo y perjudicial. Por último, la zona IV comprende una puntuación entre 20 y 40 y hace referencia a una posible dependencia al alcohol. Este instrumento fue desarrollado y evaluado a lo largo de un periodo de dos décadas. Se ha demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas (Stoel y Hernández, 2009).

Procedimientos

Una vez que la investigación fue aprobada, el cuerpo académico de investigación interdisciplinaria aplicada a la salud procedió a la recolección de datos en línea, mediante la aplicación de las encuestas e instrumentos a través de redes sociales como Facebook y WhatsApp y posteriormente se realizó un análisis estadístico descriptivo con el paquete estadístico SPSS versión 26.0.

Consideraciones ético-legales

La presente investigación se apegó al ¹Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, basándose principalmente en:

El capítulo I, artículo 13° establece ²que toda investigación en la que una persona sea sujeto de estudio deberá recibir un trato respetuoso y digno, así como deben estar protegidos sus derechos y su bienestar. Por lo tanto, los datos obtenidos serán confidenciales y se respetará la decisión del participante, mencionando que será aceptado si continúa con su participación o si abandona la investigación.

En el artículo 16º, se indica que los investigadores deben proteger la privacidad y la identidad del participante, ya que sus datos serán utilizados para fines estadísticos, y que la persona será identificado sólo cuando los resultados lo requieran, siempre y cuando el participante lo autorice. Y el artículo 20º hace referencia al consentimiento informado, que es un elemento principal en la investigación. En este documento se le da a conocer al participante los fines de la investigación.

Resultados

En esta parte ¹ se presentan los resultados de este estudio. En primer lugar, se muestra la consistencia interna de los cuestionarios y posteriormente se describe la estadística descriptiva.

Consistencia interna de los instrumentos

En las tablas 2.1 y 2.2 se puede observar la consistencia interna del instrumento de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (ESDQOL) y del AUDIT, respectivamente, donde ambos instrumentos tienen un alpha de Cronbach aceptable.

Tabla 2.1. Consistencia interna del instrumento ESDQOL

Variable	Ítems	α
ESDQOL	43	0.97
Satisfacción	15	0.95
Impacto	17	0.95
Preocupación social/vocacional	7	0.92
Preocupación relativa a la diabetes	4	0.83

Nota: $n = 160$, α = alpha de Cronbach.

En la tabla 2.3 se puede apreciar que la participación predominante fue del sexo femenino. La mayor frecuencia de edad estuvo entre los 44 y los 54 años, con un 31.4%, además el 40% refirió dedicarse al hogar. Por otra parte,

Tabla 2.2. Consistencia interna del AUDIT

<i>Variable</i>	<i>Ítems</i>	<i>α</i>
AUDIT	10	0.97
Consumo de Riesgo de alcohol	3	0.87
Síntomas de dependencia	3	0.91
Consumo perjudicial de alcohol	3	0.75

Nota: $n = 160$, $\alpha =$ alpha de Cronbach.

Tabla 2.3. Características sociodemográficas de los participantes

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo	92	57.5
Femenino	68	42.5
Masculino		
Edad		
22 a 32 años	21	13.1
33 a 43 años	31	19.3
44 a 54 años	50	31.4
55 a 65 años	38	23.8
66 o más	20	12.4
Ocupación		
Albañil	5	3.1
Empleada	5	3.1
Jubilada	6	3.8
Sin ocupación	10	6.3
Jornalero	11	6.9
Comerciante	15	9.4
Ocupación		
Docente	17	10.6
Obrero	27	16.9
Hogar	64	40.0
Escolaridad		
Ninguna	16	10.0
Primaria	33	20.6
Secundaria	26	16.3
Preparatoria/ Bachillerato	52	32.5
Licenciatura	27	16.9
Posgrado	6	3.8
Estado civil		
Soltero	15	9.4
Casado	97	60.6
Unión libre	16	10.0
Viudo	11	6.9
Divorciado	21	13.1

Nota: $n = 160$, $f =$ frecuencia, $\% =$ porcentaje.

la mayoría de los participantes reportó estar casado y sólo haber cursado primaria.

La tabla 2.4 muestra la prevalencia del consumo de alcohol en personas con DMT2, se puede observar que el consumo global es de 100%, el lápsico correspondiente de al 60%, el actual representa 33.8% incluyendo el instantáneo con 17.5%.

Tabla 2.4. Prevalencias de consumo de alcohol

Prevalencia de Consumo	Sí		No	
	f	%	f	%
Alguna vez en la vida	160	100	0	0
En el último año	96	60	64	40
En el último mes	54	33.8	106	66.3
En los últimos siete días	28	17.5	132	82.5

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 160.

Finalmente, en la tabla 2.5 se presenta la descripción de cv en personas con diabetes mellitus donde se puede apreciar que la media más alta fue para la dimensión de satisfacción con un 51.44, seguido de la subescala de impacto con 44.45.

Tabla 2.5. Puntuación promedio de las escalas de ESDQOL en personas con DMT2

Dimensión	Media
Satisfacción	51.44
Impacto	44.45
Preocupación social/vocacional	37.09
Preocupación relativa a la diabetes	42.82

Nota: n = 160.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue describir el consumo de alcohol y la cv en personas con DMT2, se utilizó AUDIT para verificar el consumo de alcohol, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) como un método simple para la identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol y, como un apoyo en la evaluación breve del mismo. De igual

manera se utilizó el ESDQOL que es un cuestionario específico para medir la cv de las personas que padecen DMT2.

En relación con las características sociodemográficas de los participantes, se observa que la población es representada en su mayoría por adultos de 44 a 54 años, similar al estudio de Evaluación de la Influencia del Estado Nutricional en el Control de DMT2 donde la mayoría de la población se encuentra arriba de los 40 años. Esto podría explicarse debido a que la DMT2 se da principalmente en adultos. De la población estudiada predominó el género femenino con 57.5 %, esto coincide con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018) donde se muestra que predomina el género femenino con padecimiento de DMT2. Conforme a la ocupación se determinó 40% se dedica al hogar, esto se debe a que dominó el género femenino, en quienes se suman las complicaciones propias de la enfermedad. Referente a la escolaridad, 32.5% de la población cuenta con estudios de preparatoria o bachillerato. El 60.6% de los participantes están casados.

Se encontró que 5.2% de las personas que consumieron alcohol en el último año mencionan no estar nada satisfechas con su vida en general. No obstante, de la población que no ha consumido alcohol en el último año 57.4% se siente muy satisfecha con su vida en general. Las prevalencias para el consumo de alcohol fueron: para alguna vez en la vida (global) de 100%, en el último año (lápsica) de 60%, en el último mes (actual) de 33.8% y en los últimos 7 días (instantánea) de 17.5%. Estas cifras son inferiores a lo reportado por Rafael-Heredia e Iglesias Osos (2020). Los hallazgos en este estudio demuestran que la población tiene un consumo de alcohol de riesgo bajo, por lo que la cv no se ve afectada.

Por otra parte, de acuerdo con la subescala de satisfacción del ESDQOL, la calidad fue de 51.44. En relación con el sexo, se obtuvo que el sexo femenino se encuentra más satisfecho con sus actos, al igual que las personas que se dedican al hogar, las siguen los docentes. La media de la subescala fue de 44.45, en relación con el sexo, se obtuvo que la diabetes ejerce significativamente impacto en el sexo masculino y en las personas jubiladas u obreras y menos impacto en los docentes. La preocupación, de acuerdo con el sexo en relación con la calidad de vida específica en personas con DMT2, es en mayor prevalencia en el sexo femenino, con un total de 92 participantes, representando el 57.5% en comparación con el sexo masculino con 42.5%.

Posteriormente se describió la prevalencia de consumo de alcohol por ocupación y sexo. Se encontró que respecto al consumo en el último año y en el último mes predominó el género femenino, esto se debe a que en los últimos años ha aumentado significativamente el consumo de alcohol en las mujeres, el cual, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Villatoro-Velázquez *et al.*, 2016), pasó de 4.4 a 10.8%. Sin embargo, se observó que la ingesta de alcohol por el género masculino en los últimos 7 días fue 2.5% mayor que el del género femenino. En cuanto a la ocupación, se ha demostrado mayor consumo de alcohol en las personas que se dedican al hogar, pues de 40% el 26.9% ha consumido esta sustancia en el último año. Así también los obreros han demostrado una afición significativa, pues en el último año 100% de estas personas lo han consumido.

Conclusiones

1 La prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 100%, en el último año 60%, en el último mes fue de 33.8%, y en los últimos 7 días fue de 17.5%. El consumo de alcohol en el último año y mes mostró significancia en la población femenina que se dedica al hogar, no obstante, en los últimos 7 días la ingesta de alcohol se ve reflejada en obreros. El 49.55% de la población que ha bebido alcohol en el último año mostró una ingesta de alcohol de bajo riesgo. En cuanto a la calidad de vida, se obtuvieron los siguientes resultados: en la dimensión de satisfacción se obtuvo una media del 51.44, impacto 44.45, preocupación social/vocacional 37.09 y preocupación relativa a la diabetes 42.82.

Referencias

- Brítez, M., y Taboada, E. T. D. (2017). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 9(1), 78-91. <https://doi.org/10.18004/rdn2017.0009.01.078-091>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*.

- Resultados nacionales.* https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Millán, M. (2002). Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (ESD-QOL) [Quality-of-life questionnaire designed for diabetes mellitus (ESDQOL)]. *Atención primaria*, 9(8), 517-21. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)70623-9](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)70623-9)
- Molina Castro, A. J. (2016). *Consumo de alcohol e impacto de la diabetes en la calidad de vida*. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad de La Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3720/Consumo%20de%20alcohol%20e%20impacto%20de%20la%20diabetes%20en%20la%20calidad%20de%20vida..pdf?sequence=1>
- Nanigrani, N., y Malabu, U. H. (2019). Alcohol and type 2 diabetes: Do they mix? *The Australian Diabetes Educator*, 22(3). <https://researchonline.jcu.edu.au/61197/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*. <https://www.paho.org/es/documentos/audit-cuestionario-identificacion-trastornos-debidos-al-consumo-alcohol-2001>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Nota descriptiva: alcohol*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombre*. Comunicado de Prensa, Ginebra. <https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men#:~:text=Seg%C3%BAn%20un%20informe%20publicado%20hoy,esas%20muertes%20correspondieron%20a%20hombres>
- Palacios-Barahona, U., Arango-Posada, M. D. M., Ordoñez, J. E., y Alvis-Guzman, N. (2019). Calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2 en Colombia. Revisión sistemática y metaanálisis acumulativo. *CES Psicología*, 12(3), 80-90. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.3.6>
- Rafael-Heredia, A., e Iglesias-Osores, S. (2020). Factores asociados a diabetes mellitus tipo 2 en pacientes atendidos en un hospital amazónico de Perú. *Universidad Médica Pinareña*, 16(2), 1-7. <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/493>
- Rodríguez, B. L., y Plata, Z. G. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1), 131-148. <http://hdl.handle.net/10554/26596>
- Stoel, M. S., y Hernández, B. R. (2009). Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo. *Trastornos adictivos*, 11(3), 191-199. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(09\)72411-0](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(09)72411-0)
- Vargas-Ricardo, S. R., y Melguizo-Herrera, E. (2017). Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19, 549-554. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n4.55806>
- Villatoro-Velázquez, J. A., Escobar, E. R., y Salazar, A. M. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. México: Comisión Nacional Contra las Adicciones. https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view

3. Conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2 y consumo de alcohol en adultos de una comunidad indígena

LUCERO FUENTES OCAMPO*

ÁNGELES VIRIDIANA TORRES ALMONACI**

SANDRA LIZETH CASAS PÉREZ***

JORGE EMMANUEL MEJÍA BENAVIDES****

Resumen

Introducción: La diabetes es considerada una de las cuatro principales enfermedades no transmisibles a nivel mundial, siendo la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) la más común. Existen factores no modificables y modificables importantes que interactúan y se relacionan con el desarrollo de esta enfermedad, entre ellos el consumo de alcohol y el conocimiento sobre el padecimiento, lo que puede dar una pauta para un apego al tratamiento o viceversa. *Objetivo:* Describir el conocimiento sobre la DMT2 y el consumo de alcohol en adultos de una comunidad indígena. *Método:* El presente capítulo es de tipo descriptivo correlacional ⁴³ donde se utilizó una muestra de 120 personas que decidieron participar en el estudio. Se utilizó una *cédula de datos personales, Prevalencia del Consumo de Alcohol*, el Cuestionario AUDIT y el Cuestionario de Conocimiento de la Diabetes Mellitus. *Resultados:* Se reportó que el 56.9% de la población estudiada tiene un consumo sensato, el 21.5% una ingesta dependiente y el 21.5% presenta un riesgo elevado. Asimismo, no se reportó evidencia significativa del conocimiento

* Doctora en Ciencias de Enfermería. Centro Interdisciplinario del Noreste, Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1254-3240>

** Pasante de Enfermería. Centro Interdisciplinario del Noreste, Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2516-2230>

*** Pasante de Enfermería. Centro Interdisciplinario del Noreste. Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9054-2871>

**** Maestro en Ciencias de Enfermería. Centro Interdisciplinario del Noreste. Universidad de Guanajuato, México. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5061-5316>

de la DMT2 por sexo ($p = 0.007$), pero sí existió diferencia significativa respecto al consumo de alcohol ($p = 0.000$). *Conclusión:* El estudio de las poblaciones indígenas nos apoya para tener elementos necesarios para futuras investigaciones en beneficio de la salud de estos grupos que muchas veces se consideran vulnerables.

Palabras clave: *alcohol, conocimiento, diabetes mellitus, adultos.*

56

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que ocasiona niveles altos de glucosa en la sangre, esto tiene afectaciones alarmantes en el corazón, los vasos sanguíneos, los riñones y los nervios (OPS, 2023). Por lo anterior, es considerada una enfermedad que discapacita a un gran porcentaje de la población. Este padecimiento se clasifica dentro de las enfermedades no transmisibles (ENT), la cual es una de las 10 principales causas de defunción a nivel mundial (OMS, 2022).

La Federación Internacional de Diabetes estima que para el año 2030 existirán 643 millones de diabéticos y para el año 2045 serán 783 millones de personas diagnosticadas con diabetes mellitus. Aunado a lo anterior, en América existen 62 millones de personas que viven con DMT2, que es la forma más común de la diabetes (OMS, 2022; ONU, 2022). La DMT2 se presenta cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce la suficiente. Esta enfermedad se desarrolla por diversos factores de riesgo, como son el sobrepeso, la obesidad, la inactividad física, el consumo de alcohol y de tabaco, entre otros (Heredia y Gallegos, 2022; CDC, 2022; Vázquez *et al.*, 2019; Asociación Americana de la Diabetes, 2022).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2021) reportó que 12 400 000 personas padecen DM, aunado a lo anterior en México se ha documentado que este padecimiento crónico es la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en hombres. Por lo anterior, la DM es la segunda causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), lo que refleja las complicaciones limitantes que sufren las personas con diabetes a lo largo de su vida (OPS, 2021).

Se reporta que la incidencia de la DMT2 se ha incrementado rápidamente en los países de ingresos bajos, en comparación con aquellos países de ingresos altos. Sobre este tema, la literatura marca que los pueblos indígenas son una población vulnerable en contexto de salud, por las disparidades que se presentan (OMS, 2022; Camacho *et al.*, 2022; Berruecos, 2017). Esto está determinado por diversos factores, como la poca accesibilidad a las regiones donde viven y la falta de servicios de salud cerca de su comunidad poblacional (López *et al.*, 2020).

Las complicaciones de la DMT2 se asocian al incumplimiento del tratamiento, es decir, a un mal apego al tratamiento, y a la no modificación de los estilos de vida no saludables, como el consumo de alcohol. Estas acciones negativas podrían estar determinadas por la falta de conocimiento sobre la DMT2 (Mora-Romo, 2022; Márquez Carrillo *et al.*, 2022; Han, 2020). El consumo de alcohol en la población indígena está determinado por la cultura diversa que poseen, llena de tradiciones y creencias, principalmente ligado a las fiestas religiosas, en las que el consumo de alcohol es una conducta común entre la población (Camacho Martínez *et al.*, 2022, Berruecos, 2017; Vega *et al.*, 2015).

Existe evidencia científica que indica que la ingesta excesiva de alcohol tiene una mayor asociación con la diabetes, en comparación con aquellas personas que tienen un consumo moderado, dado que estas últimas tienen menores posibilidades de desarrollar diabetes (Song y Lin, 2023; Palange *et al.*, 2020; Han, 2020; Dolly *et al.*, 2009; Kontt *et al.*, 2015). Es aquí donde la función de la enfermería se vuelve elemental en este fenómeno y en esta población para poder llevar a cabo acciones de promoción, prevención y educación para la salud, con el fin de poder contribuir a la reducción de los factores de riesgo que desarrollan DMT2. Es de importancia destacar que existe poca literatura sobre la comunidad indígena respecto a esta problemática, por lo que es importante describir el conocimiento sobre la DMT2 y el consumo de alcohol en la población indígena otomí.

Método

La presente investigación fue de tipo descriptiva transversal, porque se realizó en un momento determinado y en una sola ocasión. El estudio se llevó a cabo en 120 personas de una comunidad indígena otomí de la región noreste de Guanajuato. El muestreo fue mediante la técnica de bola de nieve. Los criterios de inclusión fueron personas mayores de 18 años, originarias de la comunidad y que desearan participar en el estudio. Se utilizó una cédula de datos personales (CDP) y de Prevalencia del Consumo de Alcohol, el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) desarrollado por Babor en el 2021 y el Cuestionario de Conocimiento sobre la Diabetes 24 (DKQ24) desarrollado y validado por García *et al.* (2021). A todos los adultos que aceptaron participar en el estudio se les entregó un consentimiento informado, el cual se ajustó al Reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de Investigación. Para el análisis descriptivo se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.

Resultados

De los 120 participantes 79.2% eran del sexo femenino y 20.8% del sexo masculino. Se procedió a la realización de tres grupos de edad, en donde se identificó que el 60.8% de la población se encontraba en el rango de edad de 24 a 45 años. El 33.6% en el rango de edad de 46 a 67 años y finalmente el 5.6% de 68 a 87 años. La media de edad fue de 44.6 ($DE=12.8$). Referente a la ocupación 53.3% trabajaba y 67.5% estaba casado. Respecto a la escolaridad, 35.8% contaba con secundaria terminada. El 100% de ellos se identificó como indígena otomí y 75% aún habla su lengua materna.

Al analizar el Cuestionario de Conocimiento sobre la Diabetes, se observó que 89.2% contestó que comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una de las causas de la diabetes; 67.5%, que la causa común es la falta de insulina efectiva en el cuerpo; 77.5% respondió que la diabetes no tiene cura; 75% respondió que la dieta y el ejercicio son lo más importante para controlar la

diabetes. El conocimiento sobre la diabetes mellitus se clasificó en deficiente o malo (1.7%), regular (37.5%) y bueno (60.8%).

Respecto al consumo de alcohol, 83.3% de los participantes había consumido alcohol alguna vez en la vida, 55% en el último año, 39.2% en el último mes y 30.8% en la última semana. Se documentó que la media de edad de inicio de consumo de alcohol fue de 19.8 (DE = 12.1) años. Asimismo, 69.2% de los encuestados reportó que su bebida preferida es la cerveza.

Al realizar el análisis del tipo de consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT se identificó que 56.9% tenía un consumo sensato, 21.5% un consumo dependiente y 21.5% un consumo dañino.

Se realizó una *t* de Student para ver la diferencia por sexo con las variables del conocimiento y el consumo de alcohol. Se observó que el conocimiento sobre la diabetes por sexo no reportó diferencias significativas ($p = 0.007$), las medias más altas fueron en el sexo femenino (12.4 [DE = 2.7], 10.2 [DE = 3.9], respectivamente). Referente al consumo de alcohol por sexo, se documentó que existen diferencias significativas ($p = 0.000$), en donde la media en hombres fue de 6.6 (DE = 7.5) y en mujeres de 1.0 (DE = 1.9).

Discusión

El objetivo de este trabajo fue describir el conocimiento sobre la DMT2 y el consumo de alcohol en adultos de una comunidad indígena otomí. El conocimiento sobre la DMT2 es fundamental para tener un mejor control glucémico, y con esto prevenir diversas complicaciones que surgen de una enfermedad. El conocimiento está asociado a una mejor calidad de vida, por ende, a mejores estilos de vida saludable. Sin embargo, este estudio muestra un resultado diferente porque a pesar de que las personas encuestadas tienen un cierto conocimiento sobre la DMT2, siguen presentando un alto consumo de alcohol, lo que se considera como un estilo de vida no saludable.

Referente al sexo y estado civil de los participantes los resultados de esta investigación son similares a los reportados por López *et al.* (2020) y Rico *et al.* (2018), esto podría estar determinado por que la mayoría de las personas de las comunidades rurales que participan en acciones co-

munitarias o en un trabajo colaborativo son mujeres por el rol que representan en la sociedad.

El conocimiento sobre la DMT2 que presentaron los participantes es clasificado como bueno y es más alto en las mujeres, esto es ligeramente diferente a lo reportado por Rico *et al* (2018) y Mar-García *et al.* (2017), quienes reportaron que el conocimiento general sobre la DMT2 de la población estudiada fue regular en ambos sexos. Asimismo, los resultados de esta investigación son diferentes a los documentados por Farías-Vilchez y Ruíz (2021), quienes reportaron un conocimiento de DMT2 inadecuado. Cabe mencionar que a pesar de que los participantes de esta investigación mostraron un conocimiento bueno, no existen diferencias significativas por sexo, es decir, el género no influye en esta variable.

En la ingesta de alcohol referente a las prevalencias y tipos de consumo se encontraron datos similares a los reportados por Camacho-Martínez *et al.* (2022), esto podría estar determinado por las propias características de la población indígena que se asocian al consumo de alcohol, como son la pobreza, la disponibilidad y el acceso a la toma de alcohol y la normalización de esta conducta respecto a sus tradiciones, en las que se utiliza con frecuencia esta sustancia.

Asimismo, se presentaron diferencias de ingesta de alcohol por sexo. La media más alta se dio en el sexo masculino, en concordancia con lo que indica la literatura, que este género se asocia en mayor medida a estilos no saludables como es el consumo de alcohol. Además, en el contexto en el que se estudió esta conducta, se ve que el machismo propicia la ingesta de alcohol, pues en las comunidades indígenas consumir esta sustancia es un signo de hombría.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que el nivel de conocimiento sobre la DMT2 es bueno y es mayor en las mujeres que en los hombres. A pesar de esto se documentó una prevalencia alta de consumo de alcohol en las personas de la comunidad indígena otomí que participó en el estudio. De igual manera es alarmante el tipo de consumo de alcohol

que presenta esta población (dependiente y dañino), en donde el sexo masculino muestra mayores prevalencias de consumo. Este resultado es lógico, dado que se ha documentado que a mayor conocimiento sobre la DMT2 menor es el consumo de alcohol.

Cabe mencionar que existen pocos estudios en la población indígena. Por lo que se recomienda seguir estudiando este fenómeno en las poblaciones rurales, para poder realizar diseños e intervenciones dirigidas a la solución de estos problemas con un enfoque intercultural, que puede desarrollarse desde la profesión de enfermería en el primer contacto de atención de esta población.

Referencias

- Altamirano Cordero, L. C., Vásquez C., M. A., Cordero, G., Álvarez, R., Añez, R. J., Rojas, J., y Bermúdez, V. (2017). Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y sus factores de riesgo en individuos adultos de la ciudad de Cuenca-Ecuador. *Avances en biomedicina*, 6(1), 10-21.
- American Diabetes Association. (2022b). *Guía de Práctica Clínica para Diabetes, ADA 2022*. <https://www.docred.com/guias/guia-practica-clinica-diabetes-mellitus-ada-2022>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., y Monteiro, M. G. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*. OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331321/WHO-MSD-MSB-01.6a-spa.pdf>
- Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Moreno-Banda, G. L., Carnalla, M., Rivera, J. A., Romero-Martínez, M., Barquera, S., y Barrientos-Gutiérrez, T. (2023). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud Pública De México*, 65, s163-s168. <https://doi.org/10.21149/14832>
- Berruecos, L., (2017). El abuso en el consumo de alcohol en la comunidad indígena de San Sebastián, Puebla. *El Cotidiano*, (201), 97-106.
- Camacho-Martínez, J. U., López-García, K. S., Herrera-Medina, D., Guzmán-Facundo, F. R., y Angulo, P. G. (2022). Perceived discrimination and alcohol consumption in an Indigenous population. *Salud Mental*, 45(6), 303-308. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2022.038>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). (2022). *La diabetes tipo 2*. <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/type2.html>
- Dolly, B., Benjamin, J., Hyacinth, I., Michael, R., Jayadeep, P., Mohapatra, S., y Jürgen, R.

- (2009). Alcohol as a Risk Factor for Type 2 Diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 32(11), 2123-2132. <https://doi.org/10.2337/dc09-0227>
- Fariás-Vilchez, B. A., y Ruíz, D. B. (2021). Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del Hospital Reátegui, Piura, Perú. *Acta médica peruana*, 38(1). <https://doi.org/10.35663/amp.2021.381.1119>
- García, A. A., Villagomez, E. T., Brown, S. A., Kouzekanani, K., y Hanis, C. L. (2021). The Starr county diabetes education study: Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. *Diabetes Care*, 24(1), 16-21. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.1.16>
- Han, M. (2020). The Dose-Response Relationship between Alcohol Consumption and the Risk of Type 2 Diabetes among Asian Men: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Journal of diabetes research*, 2020 (1032049), <https://doi.org/10.1155/2020/1032049>
- Heredia, M., y Gallegos, C.E. C. (2022). Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y sus determinantes. *Enfermería Global*, 21(1), 179-202. <https://doi.org/10.6018/eglobal.482971>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/index.php>
- Knott, C., Bell, S., y Britton, A. (2015). Alcohol Consumption and the Risk of Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Dose-Response Meta-analysis of More Than 1.9 Million Individuals From 38 Observational Studies. *Diabetes Care*, 38(9), 1804-1812. <https://doi.org/10.2337/dc15-0710>
- López Palacios, L. C., Martínez Cruz, Y., Martínez Santiago, E., Telumbre Terrero, J. Y., Higuera Sainz, J. L., y Mendoza Catalán, G. (2020). Consumo de alcohol y tabaco en indígenas mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 10(4), 35-43.
- Mar-García, J., De Córdova, M. I. P., Hernández, R. C. L., Gómez, T. G., Banda-González, O., Rangel-Torres, S., y De León-Ramírez, M. (2017). Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>
- Márquez Carrillo, L. C., Arana Miranda, A. C. de, Yapur Badui, N., Merino Hernández, N., y Higareda Sánchez, J. J. (2022). Calidad de vida, ansiedad, depresión y consumo de alcohol en adultos con diabetes tipo dos durante la pandemia por COVID-19. *Acta de investigación psicológica*, 12(3), 58-70. 2023. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2022.3.466>
- Morales, M. H., y Cabriales, E. C. G. (2022). Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y sus determinantes. *Enfermería global*, 21(1), 179-202. <https://doi.org/10.6018/eglobal.482971>
- Mora-Romo, J. F. (2022). Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de meta-análisis. *Psicumex*, 12, e493. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.493>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2022). *La diabetes*. https://www.un.org/es/observances/diabetes-day?_gl=1*1aphwc1*_ga*MTg5NzIzMTE3MC4xNjky

- MTYyMTc1*_ga_TK9BQL5X7Z*MTY5NjY3NDU5NS4yLjAuMTY5NjY3NDU5NS4wLjAuMA
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Sobre el Día Mundial de la Diabetes*. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-diabetes-2022#:~:text=Cada%2014%20de%20noviembre%2C%20se,el%20tratamiento%20de%20la%20diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Diabetes*. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=La%20diabetes%20es%20una%20enfermedad,los%20ri%C3%B1ones%20y%20los%20nervios>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Carga de enfermedad por diabetes*. <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedad-por-diabetes>
- Palange, N. J., Cinquenta, A. F., Presse, I. J., Jamal, A. M., y Suli, R. F. (2020). Alcohol Consumption as a Risk Factor for the Development of Type 2 Diabetes Mellitus in Patients at Hospital Central de Nampula, Northern Mozambique. *Romanian Journal of Diabetes Nutrition and Metabolic Diseases*, 27(2), 120-127. <https://www.rjdnmd.org/index.php/RJDNMD/article/view/717>
- Patrón-Hernández, R. M., Robles, Y. N., y Limiñana-Gras, R. M. (2020). Relación entre las normas de género y el consumo de alcohol: una revisión sistemática. *Adicciones*, 32(2), 145-58.
- Rico Sánchez, R., Juárez Lira, A., Sánchez Perales, M., y Muñoz Alonso, L. del R. (2018). Nivel de conocimientos, estilos de vida y control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *ene. Revista de Enfermería*, 12(1), 757-765. <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/757>
- Song, J., y Lin, W. (2023). Association between alcohol consumption and incidence of type 2 diabetes mellitus in Japanese men: A secondary analysis of a Retrospective Cohort Study. *BMC Endocrine Disorders*, 23, 91. <https://doi.org/10.1186/s12902-023-01350-1>
- Vázquez Morales, E., Calderón Ramos, Z. G., Arias Rico, J., Ruvalcaba Ledezma, J. C., Rivera Ramírez, L. A., y Ramírez Moreno, E. (2019). Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. *JONNPR*, 4(10), 1011-1021. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3068>
- Vega, L., Villatoro, J., Rendón, A., y Gutiérrez, R. (2015). *Estudio sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena residente y originaria de la ciudad de México*. México: Secretaría de Salud.



4. Caracterización de los estilos de crianza y el uso de alcohol en adolescentes mexicanos

PEDRO MOISÉS NOH MOO*

MIGUEL ÁNGEL VILLEGAS PANTOJA**

JESICA GUADALUPE AHUMADA-CORTEZ***

EDNA IDALIA PAULINA NAVARRO-OLIVA****

Resumen

Los estilos parentales se construyen desde la infancia y se consolidan durante la adolescencia, sin embargo, los tipos de crianza ejercidos por los progenitores hacia los hijos pueden repercutir en comportamientos de riesgo como el uso de alcohol. El presente estudio tuvo como objetivo identificar los estilos parentales y el uso de alcohol en 265 adolescentes a través de un estudio transversal de tipo cuantitativo mediante la aplicación virtual de una Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPyCA) y la Escala de Socialización Parental para Adolescentes (ESPA29). El 66.8% de los adolescentes consumió alcohol alguna vez en su vida, ingiriendo alrededor de tres bebidas alcohólicas por ocasión de consumo. El estilo parental que predominó fue el estilo indulgente y autorizativo de ambos progenitores, aunque los adolescentes que provienen de familias con un

42

* Estudiante de doctorado en Ciencias en Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor de tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1580-5533>

** Doctor en Ciencias en Enfermería. Profesor de tiempo completo e Investigador de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9917-8439>

*** Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora e investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0092-0221>

**** Doctora en Ciencias en Enfermería. Profesora e investigadora de la Facultad de Enfermería de Dr. Santiago Valdés Galindo, Universidad Autónoma de Coahuila, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2695-8220>

estilo de crianza negligente (34.6%) y autoritario (30.8%) presentaron mayores proporciones de consumo de alcohol. La influencia familiar juega un papel determinante en la adquisición de conductas nocivas para la salud. Se propone diseñar estrategias preventivas que integren a los adolescentes y a sus padres, con el objetivo de reducir, limitar y prevenir el consumo de alcohol y fortalecer los estilos de crianza protectores.

Palabras clave: *consumo de bebidas alcohólicas, adolescente, crianza del niño.*

Introducción

El alcohol es la sustancia psicoactiva legal más consumida a nivel mundial, y su consumo indiscriminado es factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos mentales o comportamentales, entre las que destaca cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y alteraciones cardiovasculares, enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH/sida. Además, se asocia a conductas violentas, suicidios, lesiones y accidentes, provocando alrededor de 300 millones de muertes al año (equivalente a una muerte cada 10 segundos), de tal manera que el uso de alcohol tiene un impacto negativo en el desarrollo y proyección de vida de la persona, familia y comunidad (OMS, 2022).

Un grupo de especial interés para los profesionales de salud y los investigadores son los adolescentes, debido a que esta etapa de la vida se caracteriza por múltiples cambios fisiológicos, psicológicos y sociales (Ahumada-Cortez *et al.*, 2017; Noh-Moo *et al.*, 2023a). Durante estos procesos los adolescentes definen su personalidad, construyen su independencia y fortalecen la autoafirmación, sin embargo, también se encuentran expuestos a diversas conductas de riesgo, como el uso y abuso del alcohol (Noh-Moo *et al.*, 2023a).

Los reportes estadísticos a nivel internacional estiman que el 27% de los adolescentes con edades entre los 15 y 19 años son bebedores, siendo las Américas una de las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con mayor prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas (38%, OMS, 2022). Respecto a México, existen estadísticas que puntualizan que aun cuando las

prevalencias de ² consumo de alcohol alguna vez en la vida (42.9 a 39.8%) y en el último año (31.8 a 28.8%) disminuyeron del 2011 al 2016, en adolescentes de 12 a 17 años ¹¹ mostró un incremento significativo en el consumo en el último mes (14.5 a 16.1%). Esta misma tendencia se presentó en el consumo excesivo de alcohol en el último año (12.1 a 15.2%) y en el último mes (4.3 a 8.3%), respectivamente (INPRFM *et al.*, 2017). Además, las principales encuestas escolares indican que el consumo de alcohol comienza alrededor de los 16 años, con diferencias muy pequeñas entre el sexo masculino y femenino (INPRFM *et al.*, 2015).

Las estadísticas antes citadas, muestran que los adolescentes son un segmento poblacional con oportunidad para experimentar y mantener el consumo de alcohol, lo que representa grandes riesgos para la salud integral de los adolescentes, debido a los efectos negativos que tiene la ingesta de esta sustancia (Spear, 2018). De tal manera que los factores que pueden desencadenar el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol, así como también los que pueden limitarlo y evitarlo, cobran relevancia científica y social, por lo que es importante el abordaje de estos fenómenos (Moreno *et al.*, 2019).

Entre los factores de riesgo y protección se encuentran las variables familiares, debido a que, la familia es la estructura más importante de la sociedad y es considerada el primer eslabón de socialización de las personas, donde se adquieren y se desarrollan valores, actitudes, creencias y se establecen estilos de vida saludables (Moreno *et al.*, 2019; Villegas-Pantoja *et al.*, 2020). Sin embargo, la familia también puede ser un factor detonante para adquirir comportamientos de riesgos como el uso de sustancias, tal es el caso del consumo de alcohol (López-Cisneros *et al.*, 2020; Villegas-Pantoja *et al.*, 2020).

Una variable de interés dentro del contexto familiar son los estilos parentales o tipos de crianza, los cuales se refieren a la forma en que los progenitores actúan y se relacionan en la formación de los hijos (Moreno *et al.*, 2019). Maccoby y Martin (1983) mencionan que la forma en que los progenitores actúan en la crianza de sus hijos está basada en dos dimensiones: alta demanda o exigencia y afecto o capacidad de respuesta. La combinación de las dos dimensiones da como resultado cuatro estilos parentales o de crianza: autoritario, autorizativo, indulgente y negligente.

Maccoby y Martin (1983) refieren que, en el estilo de crianza autoritario,

los progenitores aplican un control estricto, le dan más importancia a la obediencia de los hijos, y en menor medida demuestran afecto. El estilo indulgente o democrático es lo contrario a los padres autoritarios. En este estilo los padres se caracterizan por demostrar afecto, no ejercen control y permiten una mayor autonomía en los hijos. Mientras que el estilo autoritativo se ubica entre los estilos autoritario e indulgente, dado que los padres actúan con base en el razonamiento y reflexión, esto es, muestran afecto, pero a la vez establecen límites en las conductas de sus hijos. Y el estilo negligente se manifiesta por la falta de supervisión (sin normas), guía y afecto hacia los hijos (Becoña *et al.*, 2013; Calafat *et al.*, 2014).

En el ámbito de las adicciones, se ha documentado la relación de algunos de los cuatro estilos parentales con el consumo de alcohol en adolescentes. Por ejemplo, se ha encontrado que el estilo parental autoritario es un factor de riesgo para la ingesta de bebidas alcohólicas, debido a la falta de afecto e implicación paterna en la educación de los hijos (García *et al.*, 2019; Zuquette *et al.*, 2019). Mientras que el estilo negligente se vincula con un mayor riesgo de experimentar grandes ingestas de bebidas alcohólicas, además que puede ser un factor detonante para iniciar comportamientos de riesgo a temprana edad (Berge *et al.*, 2016; Martínez-Loredo *et al.*, 2016). En cuanto al estilo autoritativo se ha identificado como un probable factor de protección (Calafat *et al.*, 2014). Y, finalmente, el estilo parental indulgente puede ser un factor protector, pero también de riesgo (García *et al.*, 2019) para la ingesta de bebidas alcohólicas (Zuquette *et al.*, 2019; Calafat *et al.*, 2014).

Frente a estos reportes, es importante mencionar que la influencia familiar es uno de los factores responsables de explicar la adquisición de hábitos que influyen para desarrollar, mantener o eliminar comportamientos en los adolescentes, así como es la encargada de forjar la personalidad y estilos de vida del adolescente, pero también para adquirir y ejecutar conductas nocivas (López-Cisneros *et al.*, 2020; Villegas-Pantoja *et al.*, 2020). Los hallazgos de este estudio contribuirán, en un futuro, al diseño y aplicación de intervenciones con enfoque multidisciplinario que fortalezcan los estilos de crianza protectores, para prevenir el uso o abuso del alcohol en adolescentes. El objetivo del estudio fue conocer el consumo de alcohol en los adolescentes e identificar diferencias de los estilos parentales relacionados con la ingesta de alcohol en adolescentes.

Método

Diseño de estudio

Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal (Grove y Gray, 2019), llevado a cabo durante el periodo de agosto a diciembre de 2021. La muestra se seleccionó mediante un procedimiento intencional (a conveniencia) con invitación abierta a través de redes sociales (*Facebook, Twitter y WhatsApp*). Se integró a adolescentes escolarizados del sur de México, de ambos sexos, con edades entre 12 y 19 años, que contestaron la encuesta en línea mediante invitación abierta, se obtuvo una muestra de 265 participantes.

Instrumentos de medición

En la presente investigación se aplicó una CDPyPCA y la Escala de Socialización Parental (ESPA29). La CDPyPCA estuvo integrada por 9 reactivos, divididos en dos apartados. El primer rubro se buscó recabar información sobre datos personales como edad, sexo, estado civil, ocupación, personas con las que vive y si tiene hermanos. Las preguntas 7 a la 9 conformaron el segundo apartado y corresponden a las medidas de prevalencia del consumo de alcohol, que tienen por objetivo conocer la prevalencia alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en la última semana, así como la cantidad ingerida y la edad de inicio de consumo de alcohol.

Los estilos parentales se midieron a través de la ESPA 29 desarrollada por Musitu y García (2001). La escala se aplica en adolescentes a partir de los 11 años, e integra 29 situaciones del contexto familiar que los adolescentes pueden evaluar: 16 situaciones están enfocadas a las conductas que se ajustan a las normatividades de los progenitores (por ejemplo, “respeto los horarios establecidos en mi casa”) y 13 se centran en los comportamientos cuando son contrarios a lo estipulado en la normatividad familiar (por ejemplo, “voy sucio y desaliñado”). Cada una de las situaciones tiene cuatro opciones de respuesta tipo Likert, que va de 1 = *nunca* a 4 = *siempre*.

La escala está conformada por siete subsescalas (afecto, diálogo, indiferencia, displicencia, coerción verbal, coerción física y privación), que dan **2** porte a dos dimensiones: aceptación/implicación y coerción/imposición. La puntuación en la dimensión de aceptación/implicación se obtiene promediando las puntuaciones directas de las subsescalas de afecto, diálogo, indiferencia y displicencia. La puntuación en la dimensión de coerción/imposición se obtiene promediando las puntuaciones directas de las subsescalas de coerción verbal, coerción física y privación. Las puntuaciones para cada subsescala van de 1 a 4 puntos. A partir de estas puntuaciones se tipifica el estilo de socialización familiar como autorizativo, indulgente, autoritario o negligente. La escala global presenta una confiabilidad de 0.97. Este instrumento ha sido utilizado en adolescentes escolarizados mexicanos y latinoamericanos, que han reportado un alfa de Cronbach de 0.95 y 0.92, respectivamente (Moreno *et al.*, 2019; Prieto-Montoya *et al.*, 2016). Para el presente estudio arrojó una consistencia interna de $\alpha = 0.96$.

Procedimiento y consideraciones éticas

Como primer paso para implementar la investigación se obtuvo la aprobación del Comité de Ética y de Investigación de la institución educativa donde se ejecutó la investigación. Posteriormente, los instrumentos de medición se programaron en la plataforma digital Survey Monkey. Esta plataforma tiene como virtud la aplicación en línea de los instrumentos, que pueden ser contestados desde dispositivos inteligentes (como computadoras y móviles).

Una vez programados los instrumentos, la invitación para participar en el estudio se publicó en las redes sociales como *Facebook*, *Twitter* y *WhatsApp*, adicionalmente se hizo la invitación directa a algunos participantes con los que se tenía contacto. Se entregó de manera física o virtual el asentimiento informado a los participantes menores de edad y el consentimiento a los participantes con mayoría de edad. Antes de iniciar con el llenado de los instrumentos se presentó en la misma plataforma el objetivo de la investigación y las instrucciones de llenado, recalcando la importancia de su participación voluntaria y totalmente anónima. Se les describió y explicó que, ante cualquier incomodidad

o inconformidad durante el llenado de la encuesta, podían abandonar el llenado sin ninguna repercusión escolar o personal. Las consideraciones éticas del estudio se basaron en lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (ssa, 2014).

Análisis estadístico

Los datos se capturaron y analizaron en el paquete estadístico SPSS versión 24.0, posteriormente, se empleó estadística descriptiva como frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. Además, los datos del estudio no presentaron normalidad con base en la prueba de bondad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Por último, se aplicó la prueba de Chi Cuadrada para identificar diferencias entre los estilos parentales en relación con el uso de alcohol.

Resultados

El perfil sociodemográfico de los participantes mostró que la gran mayoría de la muestra correspondió a mujeres con 74.7%, con un rango de edad entre 12 y 19 años ($M=17.8$, $DE=1.7$). Asimismo, 97.7% de los participantes refirió estar soltero, 81% sólo estudia, 65.7% vive con ambos padres y la gran mayoría mencionó no ser hijo único (94.7%).

Se identificó que alrededor de las tres cuartas partes de la muestra ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida (66.8%) con un promedio de edad de inicio de consumo de 16.7 años ($DE=1.7$). Del total de consumidores, la mitad realizó ingesta de bebidas alcohólicas en el último año (49.9%), una cuarta parte en el último mes (24.5%), y el 6.7% en la última semana, con un rango de ingesta de 1 a 10 bebidas alcohólicas por ocasión de consumo ($M=3.3$, $DE=3.1$). Al comparar por sexo las prevalencias de consumo, no se encontraron diferencias significativas ($p>0.05$).

En la tabla 4.1 se muestran los tipos de crianza de la madre y el padre, donde se puede observar que predominó el estilo parental indulgente y autoritativo en ambos progenitores, aunque en mayor proporción destaca en la

figura paterna el estilo indulgente (45.7%), y en menor medida el estilo negligente, autoritario. Mientras que, en los estilos parentales de la madre, destaca el estilo autoritativo (32.5%). Además, se observa que los adolescentes percibieron con mayor proporción a sus padres con un estilo parental negligente (21.4%), mientras que en las madres domina un estilo autoritario (15.5%).

Tabla 4.1. *Estilos parentales*

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Materno		
Autoritario	41	15.5
Autorizativo	86	32.5
Negligente	42	15.8
Indulgente	96	36.2
Paterno		
Autoritario	25	9.4
Autorizativo	62	23.4
Negligente	57	21.4
Indulgente	121	45.7

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 265.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los estilos parentales y la implicación con el consumo de alcohol, no se presentaron diferencias significativas para los estilos de crianza, materno ($p > 0.05$) y paterno ($p = 0.053$) para el consumo de alcohol alguna vez en la vida (tabla 4.2). Esta misma tendencia se observó para el consumo de alcohol en el último año ($p > 0.05$) y en el último mes ($p > 0.05$).

Sin embargo, se presentaron diferencias importantes entre los estilos parentales maternos ($\chi^2 = 9.868$, $p = .020$) y paternos ($\chi^2 = 10.997$, $p = .012$) para la implicación con el alcohol en la última semana, mostrándose altas proporciones de consumo en el estilo materno de tipo autoritario (30.8%), seguido del estilo negligente (26.9%), indulgente (26.9%) y autorizativo (26.9%). Mientras que, en los tipos de crianza paterno, aquellos adolescentes que perciben a su padre con un estilo negligente presentan mayor consumo de alcohol (34.6%), seguido del estilo, indulgente (26.9%), autorizativo (23.4%) y autoritario (9.4%). Cabe mencionar que los adolescentes que percibieron a sus padres con un estilo de crianza indulgente y autorizativo presentaron mayor proporción de no consumo de alcohol.

Tabla 4.2. Estilos parentales por consumo de alcohol alguna vez en la vida

Estilos parentales	Uso de alcohol				c ²	p
	Si		No			
	f	%	f	%		
Madre						
Autoritario	33	18.6	8	9.1	5.961	0.114
Autorizativo	58	32.8	28	31.8		
Negligente	29	16.4	13	14.8		
Indulgente	57	32.2	39	44.3		
Padre						
Autoritario	22	12.4	3	3.4	7.677	0.053
Autorizativo	42	23.7	20	22.7		
Negligente	40	22.6	17	19.3		
Indulgente	73	41.2	48	54.5		

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, c² = Chi cuadrada, p = significancia estadística, n = 265.

Tabla 4.3. Estilos parentales por consumo de alcohol en la última semana

Estilos parentales	Uso de alcohol				c ²	P
	Si		No			
	f	%	f	%		
Madre						
Autoritario	8	30.8	33	13.8	9.868	.020
Autorizativo	4	15.4	82	34.3		
Negligente	7	26.9	35	14.6		
Indulgente	7	26.9	89	37.2		
Padre						
Autoritario	6	23.1	19	7.9	10.997	.012
Autorizativo	4	15.4	58	24.3		
Negligente	9	34.6	48	20.1		
Indulgente	7	26.9	114	47.7		

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, c² = Chi cuadrada, p = significancia estadística, n = 265.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El presente estudio permitió conocer los estilos de crianza y el uso de alcohol en 265 adolescentes mexicanos. Referente a las prevalencias, se mostró que el uso de alcohol alguna vez en la vida, en el último año y en el último

1
mes es mayor a lo reportado por el proyecto de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) (INPRFM *et al.*, 2017) efectuado con adolescentes de 12 a 17 años. Sin embargo, los porcentajes son inferiores a los resultados del estudio efectuado en la zona norte de México a jóvenes universitarios con edades entre 15 y 29 años (Rodríguez-Puente *et al.*, 2022). Las diferencias de los hallazgos pudieran tributar a las características de la muestra (la mayoría son estudiantes de educación media y nivel superior), así como también a los factores escolares o ambientales (transición de la preparatoria a la universidad), aunado a los factores sociales y familiares que son determinantes para el inicio o mantenimiento de la ingesta de bebidas alcohólicas (Noh-Moo *et al.*, 2023b).

Además los participantes del estudio están aún en la adolescencia, etapa donde existe inmadurez fisiológica, metabólica y hormonal. También se sabe que a nivel neurológico la estructura cerebral no se ha desarrollado completamente sobre todo en las áreas del sistema límbico y la corteza prefrontal. Esta condición puede desencadenar impulsividad, falta de control de las emociones y búsqueda de nuevas sensaciones, lo que favorece presentar conductas de riesgo, como el uso o abuso del alcohol. Así que cualquier cantidad consumida de esta sustancia por los adolescentes, se considera excesiva y dañina para su salud (Ahumada-Cortez *et al.*, 2017; Villegas-Pantoja *et al.*, 2020).

De acuerdo con la percepción de los adolescentes, el estilo parental de mayor proporción en ambos progenitores fue el estilo indulgente, seguido del autorizativo, luego el negligente y, finalmente, el autoritario. Este resultado difiere del estudio realizado con adolescentes de la zona norte de México (Moreno *et al.*, 2019), donde predominó el estilo parental autorizativo, seguido del estilo indulgente, después el autoritario y el negligente. Sin embargo, los hallazgos son similares al estudio efectuado con adolescentes españoles (Martínez-Loredo *et al.*, 2016).

Los hallazgos permiten mostrar mayor percepción del estilo indulgente. Así, se permite demostrar que los adolescentes de la zona sur de México perciben de sus padres afecto o cariño, una comunicación horizontal y directa a través del razonamiento y la reflexión cuando surgen problemas, aunque no identifican con claridad normas o un control estricto. No obstante, en menores proporciones identifican a sus padres estrictos y poco

empáticos, con una relación asimétrica (Prieto-Montoya *et al.*, 2016) e indiferentes ante dudas, problemas y conductas que utilizan el regaño y el castigo como forma de reprimir sus comportamientos.

Al analizar la implicación del consumo de alcohol con los estilos de crianza se pudo observar que los adolescentes que provienen de familias con un tipo de crianza negligente y autoritario reportaron un mayor consumo de alcohol en los últimos siete días. Además, se documentó que los adolescentes que percibieron a sus progenitores con un estilo indulgente y autorizativo presentaron menores proporciones de consumo de alcohol. Estos resultados coinciden con los reportes de los estudios realizados con muestra española (García *et al.*, 2019) y brasileña (Zuquette *et al.*, 2019) donde los adolescentes con madre y padre con un tipo de crianza autoritario y negligente reportan mayor consumo de bebidas alcohólicas que los adolescentes colombianos con progenitores con estilos parentales indulgentes y autorizativos (Prieto-Montoya *et al.*, 2016).

Respecto al estilo autorizativo, los resultados puntualizan que los padres que demuestran amor, cariño, y que también establecen límites en los comportamientos de los hijos, promueven el fortalecimiento de los vínculos afectivos en la familia y facilitan una comunicación asertiva con los adolescentes sobre los riesgos y consecuencias negativas que puede desencadenar el uso de alcohol en su salud y calidad de vida (Moreno *et al.*, 2019). Por otro lado, a pesar de que en el presente estudio el estilo indulgente presentó altas proporciones para no consumir alcohol, estudios en el contexto internacional resaltan que este tipo de crianza puede ser protector o de riesgo para el uso de alcohol (Calafat *et al.*, 2014). Esto debido a que, dentro de sus características, el estilo indulgente al igual que el autorizativo fomenta un ambiente de aceptación, diálogo y afecto. Sin embargo, cuando el hijo/a desobedece, el padre o la madre no establece normas ni límites, ya que creen que los hijos pueden regular su propio comportamiento a través del diálogo y la reflexión, lo cual posibilita comportamientos de riesgo como el uso o abuso de alcohol (Prieto-Montoya *et al.*, 2016).

Es importante mencionar que aun cuando no se hayan encontrado diferencias significativas en las prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, es necesario continuar estudiando los diferentes estilos de crianza con el involucramiento de los

adolescentes con el uso de alcohol. La presente investigación tiene algunas limitaciones, entre ellas destaca que los análisis y el diseño del estudio no permiten establecer una dirección de causalidad. Aunque sí se sugiere aumentar el tamaño muestral y explorar la relación de los estilos parentales con otras sustancias, como la marihuana en adolescentes y jóvenes, tanto de zona rural como urbana.

Conclusiones

Finamente, los hallazgos indican que los adolescentes que perciben a su padre o madre como figuras autoritarias o negligentes presentan mayor implicación con el uso de alcohol y, en menor medida, los adolescentes que perciben a sus progenitores con un estilo parental indulgente y autorizativo. Se puede constatar que las familias del contexto mexicano están transitando de ser familias autoritarias regidas por el padre, a familias indulgentes (crianza y cuidados a cargo de ambos padres, pero con falta de límites) y negligentes (bajo afecto y bajo control). Esta situación promueve el involucramiento de los adolescentes en comportamientos de riesgo como el uso de alcohol, por esta razón sería importante diseñar estrategias preventivas entre los integrantes del núcleo familiar, que fortalezcan los estilos protectores.

Referencias

- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., y Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(12), 13-24. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Fernández-Hermida, J. R., Juan, M., Sumnall, H., Mendes, F., y Gabrhelík, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, 25(3), 292-298. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.294>
- Berge, J., Sundell, K., Öjehagen, A., y Håkansson, A. (2016). Role of parenting styles in adolescent substance use: Results from a Swedish longitudinal cohort study. *BMJ open*, 6(1), e008979. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008979>
- Calafat, A., García, F., Juan, M., Becoña, E., y Fernández-Hermida, J. R. (2014). ¿Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence

- within the European context. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.705>
- García, O. F., Serra, E., Zacaes, J. J., Calafat, A., y García, F. (2019): Alcohol use and abuse and motivations for drinking and non-drinking among Spanish adolescents: Do we know enough when we know parenting style? *Psychology & Health*, 35(6), 645-664. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1675660>
- Grove, S. K. y Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017: Reporte de alcohol*. https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239257/ENCODE_ALCOHOL_2014.pdf
- López-Cisneros, M. A., Telumbre-Terrero, J. Y., Castillo-Arcos, L., Noh-Moo, P.M., y Graniel-Thompson, L. G. (2020). Norma Subjetiva y Consumo de Tabaco y Alcohol en Adolescentes de Preparatoria. *Eureka*, 17(M),75-93.
- Maccoby, E. E., y Martin, J. A. (1983). *Socialization in the context of the family: Parent-child interactions*. New York, NY: Wiley.
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Artamendi, Weidberg, S., Pericot, I., López-Nuñez, C., Fernández-Hermida, J. R., y Secades, R. (2016). Parenting styles and alcohol use among adolescents: A longitudinal Study. *European Journal of Investigation in Health*, 6(1), 27-37. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v6i1.146>
- Moreno, M. A. C., Alonso-Castillo, M. M., Armendáriz-García, N. A., y Oliva, N. N. R. (2019). Estilos parentales y el involucramiento con el consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 215-229.
- Musitu, G., y García, F. (2001). *Estilos de socialización en la adolescencia*. TEA.
- Noh-Moo, P. M., López-Cisneros, M. A., Castillo-Arcos, L. del C., Ramírez-Sánchez, S. C., Ahumada-Cortez, J. G., y Villegas-Pantoja, M. Ángel. (2023a). Marijuana Consumption and Child-to-Parent Violence in Adolescents. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 9(2), 206-214. <https://doi.org/10.28931/riiad.2023.2.09>
- Noh-Moo, P. M., Ahumada-Cortéz, J. G., Villegas-Pantoja, M. A., Valdez-Montero, C., y Castillo-Arcos, L. de C. (2023b). Consumo de drogas legales e ilegales en adolescentes en tiempos de COVID-19. *Horizonte Sanitario*, 22(1), 107-115. <https://revista.horizonte.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/501>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Alcohol*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Prieto-Montoya, J. A., Cardona-Castañeda, L. M., y Vélez-Álvarez, C. (2016). Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8° a 10°. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1345-1356.
- Rodríguez-Puente, L. A., Paulina Navarro-Oliva, E. I., Flores Pérez, C., Villarreal Mata, J.

- L., Botello Mendoza, L. A., Pérez Aguirre, D. M., y Vargas, R. A. C. (2022). Síntomas depresivos, conducta disocial y consumo de alcohol y mariguana en jóvenes universitarios. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 8(2), 32-40. <https://doi.org/10.28931/riiad.2022.2.05>
- Secretaría de Salud (2014). *Reglamento de Ley General de Salud en materia de investigación para la salud*. México. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0
- Spear, L. P. (2018). Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 19(4), 197-214. <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.10>
- Villegas-Pantoja, M. A., Méndez-Ruiz, M. D., y Martínez-Aguilera, P. (2020). Influencia de la crianza parental sobre el consumo perjudicial de alcohol en estudiantes mexicanos de bachillerato. *Eureka*, 17(M), 139-155.
- Zuquette, C. R., Opaleye, E. S., Feijó, M. R., Amato, T. C., Ferri, C. P., y Noto, A. R. (2019). Contributions of parenting styles and parental drunkenness to adolescent drinking. *Revista brasileira de psiquiatria*, 41(6), 511-517. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0041>

5. Uso problemático de pornografía en línea y adicción al *smartphone* en adolescentes de secundaria del norte de Sinaloa

MAYRA MENDOZA-ARMENTA*

MIRNA GRACIELA GUZMÁN-NOLAZCO**

MARIO ENRIQUE GÁMEZ-MEDINA***

CAROLINA VALDEZ-MONTERO****

Resumen

Introducción: La pornografía en línea es cada vez más grave con el uso de las tecnologías, en particular con el uso del *smartphone*. *Objetivo:* Describir el uso problemático de la pornografía en línea y la adicción al *smartphone* en adolescentes de secundaria del norte de Sinaloa. *Método:* Cuantitativo, descriptivo, 406 adolescentes, muestra de 169, muestreo por bola de nieve. *Resultados:* El 25.5% de los adolescentes hombres consumen pornografía ($M=3.70$, $DE=1.72$), y el 4.5% de las mujeres ($M=2.33$, $DE=1.74$). Los adolescentes consultan material sexualmente explícito pese al peligro de causarse daño físico ($M=3.1$, $DE=1.97$) y a poner en peligro una relación o trabajo por consumo de pornografía ($M=2.95$, $DE=1.94$) para escapar de sentimientos de tristeza o aliviar sentimientos negativos ($M=3.18$, $DE=.89$), miran cuando se sienten deprimidos ($M=3.15$, $DE=1.99$), cuando se encuentran en un mal estado de ánimo ($M=3.14$, $DE=1.86$). Con respecto al uso del *smartphone*, refieren que las personas que los rodean les dicen que usan demasiado su teléfono inteligente ($M=4.33$, $DE=1.48$) y lo

* Profesora investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5225-7495>

** Licenciada en Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

*** Profesora investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8470-4782>

**** Profesora investigadora de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4938-3087>

usan por más tiempo del que tienen previsto ($M=4.24$, $DE=1.45$). Los hombres presentan mayores puntajes de uso problemático de pornografía en línea ($M=42.94$) en comparación con las mujeres ($M=28.63$, $U=1998.50$, $p<0.01$). En cuanto a la adicción al *smartphone* no se presentaron diferencias significativas entre hombres ($M=41.20$) y mujeres ($M=39.18$, $U=3041.50$, $p=0.24$). **Conclusiones:** El uso problemático de la pornografía es más prevalente en los hombres, lo que requiere una atención especial enfocada a intervenir desde el respeto y derecho al uso de los medios digitales.

Palabras clave: *pornografía, smartphone, adolescentes, Sinaloa.*

Introducción

La pornografía es considerada un conjunto de material audiovisual donde se representa contenido sexual de forma explícita, con el fin de provocar estímulos sexuales y excitación en la persona que la consume (Burbano y Brito, 2019). La Clasificación Internacional de Enfermedades refiere que el uso desproporcionado de pornografía puede ser considerado un acto compulsivo, mientras que desde el punto de vista neurobiológico y psicoterapéutico lo definen como una ocupación obsesiva con respecto a las fantasías sexuales (IDC, 2019). La pornografía tuvo sus inicios en la Roma imperial desde hace al menos 2 000 años y ha sido motivo de debates en los que algunas posiciones la defienden, pues la muestran como una modalidad de la libertad de expresión, mientras que por otro ha sido criticada por su vinculación a la explotación del cuerpo de las mujeres (Ballester *et al.*, 2019).

Cabe señalar que existen dos tipos de pornografía: la convencional y la nueva pornografía. La primera se basa en imágenes impresas, filmaciones y revistas, tener acceso a ella podría ser difícil, costoso y el consumidor se expone a ella. Mientras que la nueva pornografía o pornografía en línea es distribuida mediante el uso de internet, facilitando el acceso a los consumidores, entre ellos, a los adolescentes (Kor *et al.*, 2014; Ballester *et al.*, 2019). De acuerdo con lo mencionado por Álvarez-Sumba (2021) y Peter y Valkenburg (2016), la exposición a la pornografía puede tener daños a nivel psi-

cológico y conductual, con repercusiones significativas en la salud mental y sexual de los adolescentes.

A nivel mundial, actualmente se estima que 15% del contenido total de la red está compuesto por páginas pornográficas, lo que la vuelve sumamente grande y diversa, y facilita el acceso y la navegación por este tipo de sitios (Sharratt, 2016). El consumo de pornografía es un fenómeno que está en auge debido al crecimiento del acceso a internet y la facilidad que proporciona para encontrar cualquier tipo de contenido sexual (Sánchez-Pazo, 2020). García-Jiménez *et al.* (2018) señalan que los adolescentes son grandes usuarios de internet con prácticas más complejas, entre ellas el consumo de pornografía a edades más tempranas, esto pudiera deberse a que cursan una etapa en la que tienen menos autocontrol en la toma de decisiones, y así se exponen de manera involuntaria a material pornográfico (Gámez-Medina *et al.*, 2020).

Según lo referido por Habidin (2016) el consumo de pornografía es cada vez más grave debido al uso de las tecnologías, en particular por el uso del *smartphone*, lo que ocasiona impactos negativos en la vida sexual de los adolescentes. Barrios-Borjas (2017), menciona que el *smartphone* es una síntesis moderna de computadoras portátiles, que se enfocan en la interacción social, ya sea por texto, voz o video, y que su uso ha crecido de manera constante en la población. Según el informe de la GSMA Intelligence (2017), se disponía en el mundo de más de 8 000 millones de *smartphones*, situación que propició un profundo cambio de cultura en la población, porque este dispositivo se convirtió en un mediador privilegiado para todo tipo de actividades, entre ellas la comunicación, el entretenimiento y la productividad y, por ende, facilitó el acceso a contenido sexual, como la pornografía.

En México existen aproximadamente 86.5 millones de usuarios que se conectan a internet a través de un *smartphone* (INEGI, 2019). Según lo reportado por Ofcom (2016), el tiempo medio semanal en línea se ha duplicado en los adolescentes de 12 a 15 años, generando preocupaciones sobre el acceso a material pornográfico. Dicho lo anterior, el uso de *smartphones* se ha convertido en una necesidad básica especialmente para los adolescentes, pues se ha transformado en su medio para obtener información y para comunicación. Sin embargo, su uso presenta algunas desventajas, entre ellas se en-

cuentra el peligro a ser víctimas de solicitudes sexuales no deseadas, acoso o exposición involuntaria a material sexual como la pornografía, entre otros (Gil *et al.*, 2019). De Sola Gutiérrez *et al.* (2016) señalan que la edad de posesión del primer teléfono inteligente aumenta la probabilidad de un uso problemático en el futuro, lo que afectará cada vez más la vida diaria del adolescente. Asimismo, se ha revelado que la adicción a los *smartphones* tiene efectos negativos sobre la salud mental y sexual (Samaha y Hawi, 2016).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, el presente estudio contribuirá en las acciones propias de la disciplina de enfermería, porque permitirá diseñar campañas de prevención para disminuir los daños psicológicos y conductuales que provocan el uso excesivo de pornografía en línea y la adicción al *smartphone* en adolescentes. Así como también proporcionará herramientas que permitan brindar apoyo a los padres de familia para que ayuden a los adolescentes a hacer conciencia y a moderar el uso del *smartphone* con relación al consumo de contenido sexual en línea, específicamente la pornografía. Es importante señalar que la enfermería ha ido evolucionando en los últimos años en cuanto al desarrollo de intervenciones, lo que la ha facultado para promover la salud y prevenir conductas riesgosas en adolescentes.

Según Fernández-Velasco (2018), la enfermería cuenta con un gran potencial de intervención en la educación afectivo-sexual, lo que permite obtener un acercamiento con los adolescentes y los padres de familia. Por lo anterior, el objetivo del presente estudio es describir el uso problemático de la pornografía en línea y la adicción al *smartphone* en adolescentes.

Método

Tipo de estudio

El presente estudio es un diseño descriptivo de tipo transversal (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). La muestra se calculó con el programa estadístico Netquest, estimado con 95% de nivel de confianza y 5% de error. Los datos fueron recolectados de manera digital mediante la plataforma de formularios Microsoft Forms.

Participantes

La población estuvo conformada por adolescentes de una secundaria pública ubicada en el norte de Sinaloa. El tamaño de la muestra fue de 169 adolescentes de 12 a 17 años. Se utilizó muestreo por conveniencia utilizando la técnica de bola de nieve.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos de medición: Cédula de Datos Socio Demográficos, la Escala de Uso Problemático de Pornografía (PPUS, por sus siglas en inglés) y la Escala de Adicción al *Smartphone*.

La PPUS, desarrollada por Kor *et al.* (2014), es una escala de autoinforme para evaluar el uso problemático de pornografía. La escala consta de 12 ítems y está integrada por 4 subescalas, que son angustia y problemas funcionales, uso excesivo, dificultades de control y uso para escapar/evitar emociones negativas. La subescala angustia y problemas funcionales cuenta con un total de 3 ítems: ¿he puesto en peligro una relación, trabajo u otro debido al uso de pornografía?, ¿he continuado consumiendo pese al peligro de causarme daño físico?, ¿su uso ha causado problemas en relaciones en aspectos importantes de mi vida? La subescala de uso excesivo se constituye de 3 ítems: ¿pienso frecuentemente en pornografía?, ¿paso demasiado tiempo pensando en pornografía?, ¿paso demasiado tiempo planificando mi uso y usando pornografía? Después, la subescala dificultades de control también se compone de 3 ítems: ¿continúo viendo pese a tener la intención de dejar de hacerlo?, ¿he fracasado en mis esfuerzos para reducir o controlar la frecuencia?, ¿siento que soy incapaz de dejar de ver pornografía?

Y la subescala uso para escapar/evitar emociones negativas consta de 3 ítems: ¿he usado pornografía cuando me encontraba en un mal estado de ánimo?, ¿veo cuando me siento deprimido?, ¿uso para escapar de sentimientos de tristeza o aliviar sentimientos negativos? La opción de respuesta para la escala es de tipo Likert de 6 puntos, en donde la respuesta está escrita explícitamente: 1 = nunca cierto, 2 = casi nunca cierto, 3 = a veces cierto, 4 = con frecuencia cierto, 5 = con mucha frecuencia cierto, o 6 = casi siempre

cierto. La puntuación mínima, que es de 12, indica que no hay evidencia de consumo de pornografía de manera autodeclarada. Y la puntuación máxima, que es de 72, indica el puntaje más alto en cada ítem. El coeficiente Alpha de Cronbach para la escala total es de 0.92, mientras la subescala angustia y problemas funcionales oscila un Alpha de Cronbach 0.91, uso excesivo 0.86, dificultades de control 0.75 y uso para escapar/evitar emociones negativas 0.93.

La Escala de Adicción al *Smartphone* creada por Andrade *et al.* (2020) y Kwon *et al.* (2013), es una versión corta para adolescentes. Esta escala está desarrollada para determinar la adicción a los teléfonos inteligentes, y está conformada por 10 ítems con opciones de respuesta tipo Likert. El instrumento permite facilitar la detección de la adicción a los teléfonos inteligentes en los adolescentes que se consideran mayormente vulnerables. Aquí un ejemplo de pregunta y opción de respuesta: ¿No podría soportar no tener un teléfono inteligente? 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = débilmente en desacuerdo, 4 = débilmente de acuerdo, 5 = de acuerdo, 6 = totalmente de acuerdo. La puntuación mínima es de 10, e indica que no hay evidencia de adicción al *smartphone*, y la puntuación máxima es de 60, y se considera una adicción a los teléfonos inteligentes. El coeficiente del alpha de Cronbach para la escala es de 0.91.

Procedimiento

Los estudiantes fueron invitados a participar en el estudio mediante un enlace que se les envió vía WhatsApp. Este enlace fue enviado por el equipo de investigación, al (a la) director(a) y a los docentes de la institución educativa para que estuvieran enterados del estudio. Una vez que los adolescentes aceptaban participar se les hacía llegar el asentimiento informado con el objetivo de que el padre, madre o tutor diera la aprobación para que el adolescente formara parte del estudio. Se les proporcionó el consentimiento informado a los padres o tutores donde indicaron que aceptaban que su hijo formara parte de la investigación. Una vez que los padres o tutor firmaban el consentimiento informado, se le permitía al adolescente el acceso para responder los instrumentos. Los instrumentos fueron aplicados de

manera digital a través de la plataforma de formularios de Microsoft Forms. Se les solicitó a los adolescentes que respondieran de manera honesta, y se hizo hincapié en que los datos se utilizarían sólo con fines de investigación y que se mantendrían en completo anonimato.

1 Análisis de datos

Los datos fueron analizados por el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), donde primeramente se analizó el Alpha de Cronbach para los instrumentos, escala de uso problemático de pornografía y la escala de adicción al *smartphone*. Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, proporciones, desviación estándar, medias y medianas).

1 Consideraciones éticas

El estudio se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), que establece lineamientos y principios generales para llevar a cabo la investigación en seres humanos. Considerando el título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, de acuerdo al art. 13° en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Asimismo, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis, perteneciente a la Universidad Autónoma de Sinaloa. También fue aprobado por los directivos de la institución educativa participante.

Resultados

A continuación, las características psicométricas de los instrumentos, características de los participantes y la estadística descriptiva de las variables de estudio.

Características psicométricas de los instrumentos

En la tabla 5.1 se analiza la confiabilidad de los instrumentos de escala de uso problemático de pornografía en línea y la escala adicción al *smartphone*. Se empleó el coeficiente Alpha de Cronbach para determinar la consistencia interna de los instrumentos, mismos que junto con sus subescalas presentaron coeficientes de confiabilidad aceptables (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Tabla 5.1. *Consistencia interna de los instrumentos*

Escalas/subescalas	No. Reactivos	Alpha de Cronbach
EPPUS	12	0.92
APF	3	0.95
UE	3	0.96
DC	3	0.94
UEEEN	3	0.94
EAS	10	0.91

Nota: EPPUS=Escala de Uso Problemático de Pornografía, APF=Angustia y Problemas Funcionales, UE=Uso Excesivo, DC=Dificultades de Control, UEEEN=Uso para Escapar/Evitar Emociones Negativas, EAS=Escala de Adicción al *Smartphone*.

2 Descripción de los participantes

La muestra se integró por 198 adolescentes de secundaria con una edad de 12 a 17 años, con una media de edad de 13.94 ($DE = 1.30$), 39.1% eran mujeres y 60.9% hombres.

Datos descriptivos de las variables de estudio

2 En la tabla 5.2 se muestran los resultados de acuerdo con la variable de uso problemático de pornografía en línea. Los resultados son así: los adolescentes piensan frecuentemente en pornografía ($M = 3.34$, $DE = 1.84$), usan pornografía para escapar de sentimientos de tristeza o aliviar sentimientos negativos ($M = 3.18$, $DE = 1.89$) y pasan demasiado tiempo pensando en pornografía ($M = 3.18$, $DE = 1.80$).

Tabla 5.2. Estadística descriptiva de uso problemático de pornografía en línea

Ítems	NC		CNC		AC		CFC		CMF		CSC		M	DE
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
1. ¿He usado pornografía cuando me encontraba en un mal estado de ánimo?	51	30.2	24	14.2	18	10.7	22	13	29	17.2	25	14.8	3.17	1.86
2. ¿Veo cuando me siento deprimido?	51	36.1	18	10.7	13	7.7	18	10.7	28	16.6	31	18.3	3.15	1.99
3. ¿Uso para escapar de sentimientos de tristeza o aliviar sentimientos negativos?	52	30.8	22	13.0	18	10.7	27	16.0	20	11.8	30	17.8	3.18	1.89
4. ¿Continúo viendo pese a tener la intención de dejar de hacerlo?	58	34.3	14	8.3	24	14.2	29	17.2	21	12.4	23	13.6	3.05	1.83
5. ¿He puesto en peligro una relación, trabajo u otro debido al uso de pornografía?	67	39.6	20	11.8	9	5.3	28	16.6	17	10.1	28	16.6	2.95	1.94
6. ¿He continuado consumiendo pese al peligro de causarme daño físico?	59	34.9	15	8.9	16	9.5	33	19.5	21	12.4	25	14.8	3.10	1.87
7. ¿Uso ha causado problemas en relaciones en aspectos importantes de mi vida?	67	39.6	18	10.7	15	8.9	19	11.2	22	13.0	28	16.6	2.97	1.95
8. ¿He fracasado en mis esfuerzos para reducir o controlar frecuencia?	58	34.3	19	11.2	24	14.2	17	10.1	26	15.4	25	14.8	3.05	1.88
9. ¿Pienso frecuentemente en pornografía?	43	25.4	24	14.2	17	10.1	32	18.9	23	13.6	30	17.8	3.34	1.84
10. ¿Paso demasiado tiempo pensando en pornografía?	49	29.0	20	11.8	21	12.4	34	20.1	20	11.8	25	14.8	3.18	1.80
11. ¿Paso demasiado tiempo planificando mi uso y usando pornografía?	58	34.3	17	10.1	18	10.7	32	18.9	15	8.9	29	17.2	3.09	1.89
12. ¿Siento que soy incapaz de dejar de ver pornografía?	61	36.1	22	13.0	14	8.3	16	9.5	26	15.4	30	17.8	3.08	1.97

Nota: NC = Nunca cierto, CNC = Casi nunca cierto, AC = A veces cierto, CFC = Con frecuencia cierto, CMF = Con mucha frecuencia cierto, CSC = Casi siempre cierto.

Tabla 5.3. Estadística descriptiva a la adicción al smartphone

Ítems	TD		ED		DD		DA		A		TA		M	DE
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
1. Falta de trabajo planificado debido al uso de teléfonos inteligentes.	19	11	30	17	24	14.2	37	21	30	17	29	17	3.68	1.62
2. Tener dificultades para concentrarse en clase, mientras realiza tareas o mientras trabaja debido al uso de teléfonos inteligentes.	12	7.1	24	14	16	9.5	42	24	42	24	33	19	4.04	1.53
3. Sentir dolor en las muñecas o en la nuca mientras usa un teléfono inteligente	17	10	16	9	20	11.8	34	20	40	23	42	24	4.12	1.62
4. No podría soportar no tener un teléfono inteligente.	17	10.1	18	10.7	22	13.0	43	25.4	33	19.5	36	21.3	3.97	1.58
5. Me siento impaciente y preocupado cuando no sostengo mi teléfono inteligente	10	5.9	25	14	23	13.6	42	24.9	37	21	32	18	3.98	1.49
6. Tener mi teléfono inteligente en mi mente incluso cuando no lo estoy usando.	15	8.9	22	13	24	14.2	36	21.3	33	19	39	23	3.98	1.61
7. Nunca dejaré de usar mi teléfono inteligente, incluso cuando mi vida diaria ya se vea muy afectada por él.	17	10.1	25	14	23	13.6	46	27.2	26	15	32	18	3.79	1.61
8. Revisar constantemente mi teléfono inteligente para no perderme las conversaciones entre otras personas en Twitter o Facebook.	13	7.7	18	10	22	13.0	26	15.4	44	26	46	27	4.23	1.59
9. Usar mi teléfono inteligente más tiempo del que tenía previsto.	8	4.7	21	12	15	8.9	40	23.7	48	28	37	21	4.24	1.45
10. Las personas que me rodean me dicen que uso demasiado mi teléfono inteligente	10	5.9	18	10	10	5.9	42	24.9	46	27	43	25	4.33	1.48

Nota: TD= Totalmente en Desacuerdo, ED= En Desacuerdo, DD= Débilmente en Desacuerdo, DA= Débilmente de Acuerdo, A= De Acuerdo, TA= Totalmente de Acuerdo.

En lo que respecta a la adicción al *smartphone* en la tabla 5.3 se presentan algunos resultados: se identificó que los adolescentes refieren que las personas que los rodean les dicen que usan demasiado su teléfono inteligente ($M=4.33$, $DE=1.48$) y usan el teléfono inteligente más tiempo del que tienen previsto ($M=4.24$, $DE=1.45$).

Comparación de las variables

Al comparar las variables de estudio por sexo, se encontró que los hombres presentan diferencias significativas en el uso problemático de la pornografía en línea comparado con las mujeres. Respecto a la adicción al *smartphone* no se encontraron diferencias significativas en relación con el sexo de los adolescentes (tabla 5.4).

Tabla 5.4. Prueba de U de Mann-Whitney para uso problemático de pornografía en línea y adicción al *smartphone* según el sexo

Variables	Sexo	n	M	DE	Mdn	Rango promedio	U	p
EUPPL	Hombre	103	42.94	18.96	47.00	98.60	1998.50	.00
	Mujer	66	28.63	21.33	15.00	63.78		
EAS	Hombre	103	41.20	10.62	42.00	88.47	3041.50	.24
	Mujer	66	39.18	13.71	38.00	79.58		

Nota: EPPUS: Escala de Uso Problemático de Pornografía en Línea, EAS: Escala de Adicción al Smartphone.

Discusión

El presente estudio permitió identificar con la variable de uso problemático de la pornografía en línea que los adolescentes piensan y usan frecuentemente este tipo de contenido sexual. Este resultado concuerda con lo mencionado por Merlyn-Sacoto *et al.* (2020), que señalan que la pornografía es un contenido de fácil acceso, y que incita a los adolescentes a tener una exposición a más temprana edad. Otro de los hallazgos fue que los participantes refirieron que usan pornografía para escapar de sentimientos de tris-

za o aliviar sentimientos negativos. Esto difiere de las conclusiones de Valdez-Montero *et al.* (2019), que indican que los adolescentes visualizan contenido sexual en línea para excitarse y tomar ideas de eso que visualizan en línea. Cabe señalar que según Winder (2016) dedicar demasiado tiempo a las necesidades sexuales repercute en la vida de una persona, puede conllevar al descuido de sus responsabilidades y a la falta de control de las emociones.

Por otra parte, los adolescentes refirieron que pasan demasiado tiempo pensando en pornografía. Este hallazgo concuerda con lo expuesto en el estudio de Carvajal-Espinoza (2020), que menciona que los adolescentes no están conscientes de los problemas psicológicos que puede desarrollar con el uso de la pornografía y, por lo general, no son capaces de pedir ayuda para recibir tratamiento, ya que no suelen reconocer las consecuencias que pudiera desencadenar estar expuestos a este material.

Con respecto al uso del *smartphone*, los adolescentes refirieron sentir dolor en las muñecas o nuca mientras usan su dispositivo. Este hallazgo concuerda con lo referido por San-Martín *et al.* (2020), quienes describen en su estudio que la adicción al *smartphone* provoca una serie de consecuencias, entre las que destacan aquellas relacionadas con la salud, tanto físicas como psicológicas. Otra consecuencia identificada fue que los hombres mayormente consumen pornografía, resultado que concuerda con lo referido por Ballester *et al.* (2019), que refieren que los hombres usan más pornografía en línea, en comparación con las mujeres. En cuanto al uso del *smartphone* no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, este resultado difiere de lo referido por Hidalgo-Fuentes (2021), quien muestra en su estudio que las mujeres presentan puntuaciones mayores en el uso problemático del *smartphone*, esto podría deberse a que ante situaciones sociales, las mujeres sienten mayor ansiedad que los hombres.

Conclusiones

Este estudio demostró que los adolescentes consumen pornografía en línea pese a las consecuencias o problemas que esta conlleva y que su consumo depende de sus sentimientos y emociones. En cuanto a la adicción al *smart-*

phone, los adolescentes presentaron mayormente problemas de salud física como dolor en las muñecas y en la nuca debido al uso frecuente del teléfono. Finalmente, los hombres presentaron mayor uso problemático de la pornografía en línea en comparación con las mujeres.

Referencias

- Álvarez- Sumba, P. A. (2021). *Comportamiento sexual de la población en tiempos de pandemia*. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Católica de la Cuenca, Ecuador. <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/1c3cfbf7-57c0-41c9-8970-3e9da3be249dcd>
- Andrade, A. L. M., Scatena, A., Martins, G. D. G., de Oliveira Pinheiro, B., Becker da Silva, A., Enes, C. C., y Kim, D. J. (2020). Validation of smartphone addiction scale – Short version (SAS-SV) in Brazilian adolescents. *Addictive Behaviors*, 110, 106540. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106540>
- Asociación GSM. (2018). *La economía móvil 2018*. <https://www.gsma.com/mobileeconomy/wp-content/uploads/2018/02/The-Mobile-Economy-Global-2018.pdf>
- Ballester, L., Orte, C., y Pozo, R. (2019). Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales de adolescentes y jóvenes. En C. Orte Socías, L. Ballester Brage y R. Pozo Gordaliza (Coords.), *Vulnerabilidad y resistencia. Experiencias investigadoras en comercio sexual y prostitución* (pp. 249-284). Universitat de les Illes Balears.
- Barrios-Borjas, D. A., Bejar-Ramos, V. A., y Cauchos-Mora, V. S. (2017). Uso excesivo de Smartphones/teléfonos celulares: Phubbing y Nomofobia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(3), 205-206.
- Burbano, M. V. T., y Brito, J. P. S. (2019). La pornografía y su incidencia en el desarrollo psicosexual de adolescentes. *Uniandes Episteme. Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 6(2), 246-260.
- 55 Cambra, U. C., Díaz, V. C., Martínez, L. M., y González, J. I. N. (2020). Smartphone: en comunicación, algo más que una adicción. *Revista Latina de Comunicación Social*, (75), 367-381.
- Carvajal-Espinoza, L. A. (2020). *La publicidad y el consumo de pornografía en adolescentes de 14 a 17 años del sector urbano de la ciudad de Ambato*. Tesis de Licenciatura en Ingeniería en Diseño Gráfico Publicitario. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- 17 Cha, S.-S., y Seo, B.-K. (2018). Smartphone use and smartphone addiction in middle school students in Korea: Prevalence, social networking service, and game use. *Health Psychology Open*, 5(1), 2055102918755046. <https://doi.org/10.1177/2055102918755046>
- Clasificación Internacional de Enfermedades (IDC). (2019). *Sexo y videojuegos ya están en la lista de enfermedades de la OMS*. <https://www.adn40.mx/noticia/salud/notas/2019-05-20-15-25/sexo-y-videojuegos-ya-estan-en-la-lista-de-enfermedades-de>

- la-oms#:~:text=Robert%20Jakob%2C%20jefe%20del%20Grupo,actores%20 cada%20vez%20m%C3%A1s%20j%C3%B3venes
- 29 De-Sola-Gutiérrez, J., Rodríguez-Fonseca, F., y Rubio, G. (2016). Cell-Phone Addiction: A Review. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 175. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00175>
- 35 Hernández-Velasco, V. (2018). *Influencia de Internet en la educación sexual de los adolescentes y el papel de la enfermería*. Trabajo de Grado de Enfermería. Universidad Complutense, Madrid.
- Gómez-Medina, M. E., Ahumada-Cortez, J. G., Valdez-Montero, C., y Caudillo-Ortega, L. (2020). Uso de pornografía y consumo de drogas lícitas en adolescentes. *Ra Ximhai*, 16(3), 149-168.
- García-Jiménez, A., Tur-Viñes, V., y Pastor Ruiz, Y. (2018). Consumo mediático de adolescentes y jóvenes. Noticias, contenidos audiovisuales y medición de audiencias. *Revista ICONO 14*, 16(1), 22-46. <https://doi.org/10.7195/ri14.v16i1.1101>
- Gil-Juliá, B., Castro-Calvo, J., Martínez-Gómez, N., Cervigón-Carrasco, V., y Gil-Llario, M. D. (2019). Reacción emocional ante la exposición involuntaria a cibersexo en adolescentes: factores moduladores. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 4(1), 413-422.
- GSMA. (2017). *The Mobile Economy*. Londres: GSMA Association. <https://www.gsmainelligence.com/research/2017/02/the-mobile-economy-2017/612/>
- 30 Habidin, N., Abdullah, M. Y., y Salleh, M. A. M. (2016). Online pomography on smartphones amongst the teenage juvenile. *Humanities and Social Sciences Review*, 6(1), 355-366.
- 49 Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: ruta cuantitativa, cualitativa, mixta*. México: McGraw Hill Internacional.
- Hidalgo-Fuentes, S. (2021). El papel de la autoestima y la soledad en el uso problemático del smartphone: diferencias de género. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 33(2), 50-60.
- INEGI. (2019). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH)*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/OtrTemEcon/ENDUTIH_2019.pdf
- Kor, A., Zilcha-Mano, S., Fogel, Y. A., Mikulincer, M., Reid, R. C., y Potenza, M. N. (2014). Psychometric development of the Problematic Pornography Use Scale. *Addictive Behaviors*, 39(5), 861-868. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.027>
- 17 Kwon, M., Kim, D. J., Cho, H., y Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *PLoS ONE*, 8(12), e83558. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083558>
- Merlyn-Sacoto, M. F., Jayo, L., Ortiz, D., y Herrera, R. M. (2020). Consumo de pornografía y su impacto en actitudes y conductas en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 20(2), 59-76.
- Ofcom. (2016). *Alfabetización mediática infantil*. Google Académico. <http://stakeholders.ofcom.org.uk/market-data-research/media-literacy/childrens>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *La influencia del consumo de pornografía en la conducta sexual de la juventud*. <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/>

handle/10498/23518/S%C3%A1nchez%2C%20Pazo%2C%20E.pdf?sequence=1&is

32 Allowed=y

Peter, J., y Valkenburg, P. M. (2016). Adolescents and pornography: A review of 20 years of research. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 509-531.

1 Samaha, M., y Hawi, N. S. (2016). Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance, and satisfaction with life. *Computers in Human Behavior*, 57, 321-325. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.12.045>

Sánchez Pazo, E. (2020). *La influencia del consumo de pornografía en la conducta sexual de la juventud: una revisión sistemática*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de Cadiz, Cadiz. <http://hdl.handle.net/10498/23518>

San-Martín, S., Rodríguez-Torrico, P., y Jiménez Torres, N. H. (2020). La adicción al smartphone en la adolescencia a examen: causas y consecuencias. *Conference proceedings CIVINEDU 2020* (pp. 294-295). España: REDINE. 37

Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT). (2020). *En México hay 80.6 millones de usuarios de internet y 86.5 millones de usuarios de teléfonos celulares: ENDUTIH 2019*. [https://www.gob.mx/sct/prensa/en-mexico-hay-80-6-millones-de-usuarios-](https://www.gob.mx/sct/prensa/en-mexico-hay-80-6-millones-de-usuarios-de-internet-y-86-5-millones-de-usuarios-de-telefonos-celulares-endutih-2019)

3 de-internet-y-86-5-millones-de-usuarios-de-telefonos-celulares-endutih-2019

Secretaría de Salud (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>

Sharratt, F. W. A. (2016). *Uso excesivo de pornografía por Internet*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Miguel Hernández, España. 23

Valdez-Montero, C., Benavides-Torres, R. A., Onofre-Rodríguez, D. J., Castillo-Arcos, L., y Gámez-Medina, M. E. (2019). Coercive and problematic use of online sexual material and sexual behavior among university students in northern Mexico. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 25(4), 367-379.

2 Winder, B. (2016). The management of hypersexuality in men. *Trends in Urology & Men's Health*, 7(5), 9-12.



6. Estigma perpetrado y experimentado por estudiantes del área de la salud en la atención a personas que viven con VIH/sida

ALICIA ÁLVAREZ AGUIRRE*
LUBIA DEL CARMEN CASTILLO ARCOS**
YOLANDA BAÑUELOS BARRERA***
JOSÉ ALBERTO SANTIAGO JIMÉNEZ****

Resumen

Introducción: El estigma y la discriminación en los entornos de atención a la salud en estas personas siguen manifestándose de manera distinta, puede consistir en la negativa a proporcionar servicios y proporcionar servicios de calidad inferior. *Objetivo:* Analizar el estigma perpetrado y experimentado por estudiantes del área de la salud en la atención a personas que viven con VIH/sida. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo transversal descriptivo, con una muestra de 160 participantes de 20 a 30 años. Se utilizó una cedula de datos y la cedula estigma del VIH/sida-Enfermera (HASI-N). *Resultados:* Predominó el género femenino (65.6%). En relación con la subescala de estigma perpetrado sobresale que el 18.2% señala que una o dos veces como estudiante proporciona atención de menor calidad a un paciente con VIH/sida. El 4.3% considera que por lo general como estudiante mantiene la distancia al hablar con un paciente con VIH/sida. En el estigma

¹¹ * Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo en el Departamento de Enfermería Clínica, División de Ciencias de la Salud e Ingeniería, Universidad de Guanajuato. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5538-7634>

¹⁹ ** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo de la Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4368-4735>

³ *** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería, Universidad Juárez del Estado de Durango, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1745-612>

⁴⁵ **** Pasante de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México.

experimentado se destaca que 3.7% de los jóvenes considera que por lo general, el personal de salud es señalado debido a los servicios que ofrece. El 12.5% de los participantes considera que varias veces las personas hacen comentarios negativos sobre el personal involucrado en la atención de pacientes con VIH/sida. *Conclusión:* Es de responsabilidad tanto de enfermeras, médicos y todo trabajador de salud brindar atención de calidad sin discriminación alguna con relación a las personas con VIH/sida.

Palabras claves: *estigma, VIH, personal de salud.*

Introducción

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial que ha cobrado la vida de casi 33 millones de personas. Al cierre del 2021, 38.4 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, para 2022, 1.5 millones de personas contrajeron la infección (OMS, 2022). Vivir con VIH, no implica sólo aspectos físicos, también tiene un aspecto social relacionado con la desigualdad, la discriminación, el estigma y la marginación (CNDH, 2020).

El VIH/sida desde sus orígenes ha tenido una connotación negativa, ya que delimitar el riesgo en poblaciones específicas tiene como resultado el estigma que propicia un efecto generalmente silencioso, pero dañino en la epidemia del VIH/sida y, por consiguiente, la discriminación hacia las personas que viven con el virus. Se puede decir que esta actitud proviene del miedo hacia un virus que es transmisible, incurable y potencialmente mortal, es por eso que se representa como una gran problemática. Asimismo, está el prejuicio contra los grupos que fueron más fuertemente golpeados por el estigma durante las primeras etapas de la epidemia, como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las trabajadoras sexuales y usuarios de drogas. El estigma y la discriminación en relación con el VIH/sida sigue vigente hasta nuestros tiempos (OMS, 2018).

Goffman (1963) define el estigma como una marca, una señal, un atributo profundamente deshonroso y desacreditador que la percepción normal

que se tiene de una persona, para convertirla en alguien con marca o manchado, expone la idea de que la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y en el conjunto de atributos o características que son percibidas como propias de ese grupo de sujetos que son estigmatizados. Para Martínez (2015), la discriminación consiste en un comportamiento de hostilidad violenta, física o moral, directa o indirecta hacia una persona o grupos de personas, tan sólo por ser miembro o parte de un grupo determinado.

En este sentido, la oms (2016) considera que el estigma y la discriminación en los entornos de atención a la salud siguen manifestándose de manera distinta, puede consistir en la negativa a proporcionar servicios, en prestar servicios de calidad inferior y en faltar al respeto. La discriminación puede afectar tanto a personas que se considera que corren el riesgo de contraer el VIH como a personas que viven con el VIH.

La misma organización considera que los trabajadores del área de la salud deben de tener la formación adecuada sobre el fenómeno del VIH y estar debidamente empoderados para proporcionar una atención de calidad. El interés de realizar este estudio en estudiantes del área de ciencias de la salud es que, ellos representan un número importante en la atención de la salud de la población, ya que desde los primeros ciclos académicos están presentes en la atención directa de pacientes, y muchas veces sin tener aún las habilidades y las herramientas necesarias.

También es importante reconocer que el estigma asociado a la enfermedad puede significar un estigma puesto sobre el que atiende a personas portadoras, por ello, Acosta *et al.* (2011) observaron que todos los grupos sentían responsabilidad profesional para atender pacientes con VIH; sin embargo, esta percepción fue menor en los estudiantes de clínica final ($p=0.013$). En relación a la bioseguridad se encontró que menos de la tercera parte no atendería a todos sus pacientes como si fueran portadores del virus, sin embargo, los estudiantes de clínica inicial mencionaron con más frecuencia que sí los atenderían como portadores de VIH.

En este sentido, Alcalá *et al.* (2008) investigaron que durante las prácticas clínicas, la mayoría de los estudiantes de enfermería evadían rotar por los servicios donde se encontraban dichas personas infectadas alegando sentirse “incapaces de realizar los procedimientos”, manifestaron “quiero

cambiar de pabellón, ya no soporto estar acá”. El presente estudio tiene como objetivo analizar el estigma perpetrado y experimentado por estudiantes del área de la salud en la atención de personas que viven con VIH/sida.

Método

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio de enfoque cuantitativo de tipo transversal descriptivo (Burns y Grove, 2012) en una institución de Educación Superior en Ciudad del Carmen, Campeche, México. La población estuvo conformada por estudiantes adscritos a los programas educativos de la Licenciatura en Enfermería y la Licenciatura en Medicina, con edades entre los 20 y los 30 años. Se realizó un muestreo por conveniencia, quedando una muestra de 160 participantes.

Instrumentos

Para la obtención de la información se utilizó una Cédula de Datos Personales que incluyó características sociodemográficas como: edad, género, estado civil, lugar de origen, etc. Así como datos relacionados con los servicios donde ha realizado prácticas clínicas y si se ha realizado la prueba de VIH/sida en algún momento.

Para evaluar el estigma se utilizó el instrumento de estigma del VIH/sida-Enfermera (HASI-N) (Rosenburg *et al.*, 2012), que consta de dos subescalas que miden dos aspectos diferentes del estigma del VIH: el perpetrado y el experimentado. La puntuación va de 0 a 57 puntos, a mayor puntuación mayor es el estigma. Por subescala el estigma perpetrado oscila entre 0 y 30, y el experimentado entre 0 y 27 puntos. La primera subescala incluye las categorías de: (a) Descuido (ítems 1, 6 y 9), (b) Contagio de miedo (ítems 3 y 8), (c) Evitar (ítems 10), (d) Negación (ítems 4, 5 y 7) y (e) Abuso verbal (ítem 2). La segunda subescala incluye las categorías: (a) Etiquetado (ítems

14, 15 y 16), (b) Chismes (ítems 11, 12, 13 y 19) y (c) Temor al contagio (ítems 17 y 18).

El análisis psicométrico del HASI-N es fuerte y ha reportado un Alpha de Cronbach por subescala de 0.89 y 0.91, respectivamente. Por lo tanto, se argumenta que el instrumento tiene validez de contenido basada en el trabajo conceptual de los grupos focales y el análisis factorial, en el presente estudio reportó una confiabilidad de 0.86 de manera general.

1

Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos, se solicitó la autorización de las comisiones de Ética e Investigación de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma del Carmen, de la Facultad de Ciencias de la Salud (UNACAR) y se procedió a invitar a los estudiantes del área de salud para llevar a cabo la investigación. Luego de haber obtenido su aceptación, se procedió a explicarles los objetivos del estudio y se les entregaron tanto el consentimiento informado como los instrumentos de medición, y se les invitó a que fuesen sinceros en todo momento. También se les recordó que sus respuestas eran confidenciales y que toda la información recolectada sería resguardada para uso exclusivo del responsable de la investigación, al finalizar se les agradeció su participación.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto por la Ley General de Salud **41** Materia de Investigación para la salud (ssa, 1987), título II, Capítulo I. Se respetó la dignidad de los sujetos mediante un trato respetuoso y profesional, y la protección de sus derechos humanos. DE igual manera se tomaron en cuenta los principios científicos y éticos, además se contó con el consentimiento informado por escrito los participantes.

Análisis de datos

13

Los datos fueron procesados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23 para Windows. Se hizo uso de la estadística descriptiva para obtener frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y variabilidad, también se determinó la confiabilidad del instrumento a través del Alfa de Cronbach.

Resultados

En relación con las características sociodemográficas de los participantes, se destaca que predominó el género femenino (65.6%), el estado civil de soltero (92.5%) y 53.7% indicó ser originario del municipio.

Tabla 6.1. Características sociodemográficas de participantes

Variable	f	%
Género		
Hombre	55	34.4
Mujer	105	65.6
Estado civil		
Soltero	148	92.5
Casado	3	1.8
Divorciado	1	0.6
Unión libre	8	5.1
Programa educativo		
Enfermería	80	50.0
Medicina	80	50.0
Lugar de origen		
Local	86	53.7
Foráneo	74	46.3

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 160.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6.2. Prueba rápida de VIH/sida

¿Te has realizado la prueba rápida de VIH/Sida alguna vez?	f	%
Sí	129	80.6
No	31	19.3

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje.

En la tabla 6.2 se observa que 80.6% de los estudiantes sí se ha realizado alguna vez la prueba rápida de VIH/sida.

Estigma perpetrado

En relación con la subescala de estigma perpetrado sobresale que 18.2% señala que una o dos veces como estudiante proporciona atención de menor calidad a un paciente con VIH/sida con relación a la atención de otros. El 4.3% considera que por lo general como estudiante mantiene la distancia al hablar con un paciente con VIH/sida. Y 98.8% puntualizó que nunca como estudiante grita o regaña a un paciente con VIH/sida (tabla 6.3).

Tabla 6.3. Frecuencias y proporciones de los indicadores de estigma perpetrado

Categorías	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	Por lo general
	%	%	%	%
Descuido				
Como estudiante proporciono atención de menor calidad a un paciente con VIH/sida en relación con la atención de otros.	75.0	18.2	4.3	2.5
Como estudiante no valoro el estado de salud de mi paciente con VIH/sida en la unidad o sala.	90.6	5.1	3.7	0.6
Como estudiante dejé a un paciente con VIH/sida por un largo tiempo en una cama sucia.	98.2	1.8	0	0
Miedo al contagio				
Como estudiante mantengo la distancia al hablar con un paciente con VIH/sida.	66.2	23.9	5.6	4.3
Como estudiante hice que un paciente con VIH/sida hiciera las cosas por sí mismo para evitar tocarlo.	82.6	15.0	0.6	1.8
Evitar				
Como estudiante hice esperar a pacientes con VIH/sida para su atención en urgencias.	93.2	6.8	0	0
Negación				
Como estudiante ignoro el dolor físico de un paciente con VIH/sida.	90.0	8.2	1.2	0.6
Como estudiante me niego a alimentar a un paciente con VIH/sida.	93.1	4.3	1.8	0.8
Como estudiante hice esperar a un paciente de VIH/sida hasta el final para su atención.	91.8	7.6	0.6	0
Abuso verbal				
Como estudiante grito o regaña a un paciente con VIH/sida.	98.8	1.2	0	0

Nota: $n = 160$, % = porcentaje.

Fuente: Elaboración propia.

Estigma experimentado

Por lo que respecta al estigma experimentado se destaca que 3.7% de los jóvenes considera que, por lo general, el personal de salud es señalado (estigmatizado) debido a los servicios que ofrece a pacientes con VIH/sida y también que, por lo general, algunas personas opinan que el personal de salud que atiende a pacientes con VIH/sida son positivos, porque ellos también son VIH positivos (3.7%). El 12.5% de los participantes considera que varias veces las personas hacen comentarios negativos sobre el personal de salud involucrado en la atención de VIH/sida (tabla 6.4).

Tabla 6.4. Frecuencias y proporciones de los indicadores de estigma experimentado

Categorías	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	Por lo general
Etiquetado	%	%	%	%
Las personas opinan que el personal de salud que trabajan en la atención domiciliar es VIH positivas.	81.2	12.5	3.7	2.5
Hay personas que insultan al personal de salud por cuidar pacientes con VIH/sida.	63.7	28.1	6.8	1.2
El personal de salud es señalado (estigmatizado) debido a los servicios que ofrece a pacientes con VIH/sida.	51.8	32.5	11.8	3.7
Chismes				
Algunas personas opinan que el personal de salud que atienden a pacientes con VIH/sida son 0+, porque ellos también son VIH positivos.	70.6	21.2	4.3	3.7
Algunas personas opinan que solo el personal de salud que tiene sida puede trabajar con pacientes con VIH/sida	81.2	12.5	3.7	2.5
Algunas personas mencionan que el personal de salud que atienden a pacientes con VIH/Sida propaga la enfermedad	76.2	15.0	6.8	1.8
Las personas hacen comentarios negativos sobre el personal de salud involucradas en la atención de VIH/sida.	46.2	32.5	12.5	8.7
Temor				
El/la cónyuge del personal de salud que cuidan pacientes de VIH/sida temen que la pareja trajera el virus del trabajo y lo/la contagiaría.	70.6	21.2	4.3	3.7
La gente dice que el personal de salud es infectado por cuidar a las personas con VIH/Sida.	81.2	12.5	3.7	2.5

Nota: $n = 160$, % = porcentaje.

Fuente: Elaboración propia.

Se realizaron diferencias de medias por género y programa educativo, donde se muestra que el estigma perpetrado y experimentado es mayor en

los hombres y en los alumnos pertenecientes al programa educativo de enfermería (tabla 6.5).

Tabla 6.5. Diferencia de medias del estigma por género y programa educativo

Variables	n	\bar{X}	Mdn	DE	Valor	
					Min	Max
Perpetrado						
<i>Género</i>						
Hombres	55	1.9	1.0	5.1	0	10
Mujeres	105	1.4	1.0	2.18	0	14
<i>Programa Educativo</i>						
Enfermería	80	1.7	1.0	2.3	0	14
Medicina	80	1.4	0	2.2	0	9
Experimentado						
<i>Género</i>						
Hombres	55	6.5	6.0	5.1	0	20
Mujeres	105	6.2	4.0	6.4	0	28
<i>Programa Educativo</i>						
Enfermería	80	7.0	6.0	6.3	0	28
Medicina	80	5.6	4.0	5.6	0	22

Nota: n = muestra, \bar{X} = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, Min = valor mínimo, Max = valor máximo.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El VIH/sida representa un grave problema de salud debido a las carencias educativas, la capacidad del sector salud para enfrentar la pandemia y la falta de implementación en medios efectivos de comunicación para prevenir la enfermedad, por lo que el número de contagios no disminuye de forma significativa. Aunado a lo anterior, la persona infectada puede ser estigmatizada y discriminada por su condición de salud. A continuación, se discuten los principales resultados de acuerdo con el objetivo planteado. En los resultados se observa que predominó el género femenino, lo que puede indicar que las mujeres son más participativas en las actividades relacionadas con la salud, como lo muestran otros estudios (Álvarez *et al.*, 2019; Baytner-Zamir *et al.*, 2014; Tomás y Aradilla, 2003), que indican que las mujeres participaron más activamente en su estudio.

Por otra parte, en relación con la prueba de VIH, un alto porcentaje de los alumnos se la ha realizado, contrario al estudio realizado a cabo por Tamayo-Zuluaga *et al.* (2015), quienes mencionan que un porcentaje significativo no se ha realizado la prueba rápida de VIH. Esto muestra el poco interés de algunos profesionales de la salud en participar en la detección de la infección, por miedo a saber que son portadores del VIH.

Asimismo, se pudo identificar el estigma perpetrado por estudiantes del área de Ciencias de la Salud en la atención a personas que viven con VIH/sida; 18.2% señala que una o dos veces como estudiante proporciona atención de menor calidad a un paciente con VIH/sida en comparación con la atención que da a otros, lo que concuerda con el estudio de Tamayo-Zuluaga *et al.* (2014), donde evidenciaron que un alto porcentaje de los estudiantes da un trato diferencial a las personas con VIH/sida consideran necesario crear hospitales exclusivos para estos pacientes. Además de que la atención que proporcionan se convierte en un riesgo a infectarse. Asimismo, Baytner-Zamir *et al.* (2014) y Chew y Cheong (2013) refieren que los estudiantes de medicina más avanzados tienen actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con VIH, a pesar de poseer un adecuado nivel de conocimiento sobre esta infección. Así se revela la falta de información necesaria que aún prevalece para combatir el estigma en este grupo de población.

También se analizó el miedo al contagio. Se encontró que 4.3% de los estudiantes del área de Ciencias de la Salud mantiene cierta distancia al hablar con un paciente con VIH/sida por miedo al contagio. Aunque el porcentaje es bajo, llama la atención que algunos estudiantes tengan conocimientos erróneos sobre los mecanismos de transmisión. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Baytner-Zamir *et al.* (2014) refieren que la mayoría de los estudiantes de medicina poseen un alto nivel de conocimiento, sin embargo, relacionan el VIH con la vergüenza y el miedo, y durante toda su formación académica no muestran un cambio de actitud. Es importante reforzar los conocimientos necesarios para disminuir el estigma perpetrado en los estudiantes en formación, ya que al ejercer la profesión en el futuro pueden tener actitudes de estigmatización y miedo, que les impida proporcionar atención de calidad a las personas con VIH/sida.

Por otra parte, Merino (2004) y Li *et al.* (2007) mencionan que gran

parte del estrés que presenta el personal se debe al miedo a contagiarse y le impide interactuar con los pacientes portadores de VIH. Por su parte, Gañezak (2007) evidenció que el personal de enfermería tenía miedo al contagio de esta enfermedad durante su actividad laboral y que 98% de médicos y enfermeras había sufrido al menos una lesión percutánea, provocándoles miedo a la hora de atender a estos pacientes. Andrewin y Chien (2008) y Vorasane *et al.* (2017), indican que las actitudes estigmatizantes —incluida la discriminación en el trabajo, el miedo al sida y los prejuicios— fueron mayores en los trabajadores de la salud con menos experiencia y conocimiento en el tratamiento de pacientes con VIH/sida.

El estigma experimentado por estudiantes del área de las Ciencias de la Salud en la atención a personas que viven con VIH/sida según lo expuesto fue relativamente bajo, si consideramos su asociación con el manejo y las experiencias que tuvieron. El resultado es favorable al tener presente que el estigma tanto de parte de los estudiantes como del personal de salud tiene grandes implicaciones para que las personas con VIH acudan oportunamente a los servicios de salud, reciban tratamiento de forma oportuna y asistan a sus programas de seguimiento y control de la infección.

Es así como los resultados muestran que 3.7% de los jóvenes considera que, por lo general, el personal de salud es señalado (estigmatizado) debido a los servicios que ofrece a pacientes con VIH/sida y también que frecuentemente algunas personas opinan que el personal de salud que a pacientes con VIH/sida son positivos, porque ellos también son VIH positivos. El 12.5% de los participantes considera que varias veces las personas hacen comentarios negativos sobre el personal de salud involucradas en la atención a personas con VIH/sida. Estos resultados concuerdan con el estudio llevado a cabo por Baytner-Zamir *et al.* (2014), quienes mencionan que un porcentaje bajo de los estudiantes refieren que los alumnos portadores de VIH no deberían continuar estudiando medicina y los médicos no deberían ejercer si son positivos.

El 12.5% de los participantes considera que varias veces las personas hacen comentarios negativos sobre el personal de salud involucrado en la atención de VIH/sida, lo que coincide Infante *et al.* (2006) que mencionan que los prestadores de salud se sienten discriminados, ya que en algunos casos el profesional debe mostrar sus resultados de VIH negativo para no

ser rechazado por sus compañeros, además, señalan que un porcentaje significativo indica que los odontólogos y cirujanos positivos a VIH no deben ejercer su profesión.

Asimismo, se muestra que el estigma perpetrado y experimentado es mayor en los hombres y en los alumnos pertenecientes al programa educativo de enfermería. Tal como refiere Alcalá (2008), que menciona que ser hombre y estar cursando preclínica, ambos son factores que se asocian a la actitud negativa de los estudiantes al atender a personas con VIH. Esta actitud muestra el compromiso que debe tener el profesional de la salud que forma recursos humanos para orientarlos y educarlos cabalmente en este sensible tema.

Conclusiones

La mayoría de los estudiantes asumieron estar solteros, otros se encontraban en una relación. Asimismo, refieren haber recibido capacitación sobre VIH/sida en el último año. Se puede esperar que los estudiantes posean un conocimiento preciso de la enfermedad y estén en contacto con personas que tengan el virus y/o la enfermedad. También representan un grupo de miembros de la comunidad que corren un riesgo inusualmente alto de transmisión y transporte ocupacional.

Es la responsabilidad tanto de enfermeras, médicos y de todo trabajador de salud brindar atención de calidad, sin discriminación alguna a las personas con VIH/sida. Sin embargo aun así el personal de salud realiza ciertas acciones que conllevan a un estigma social hacia las personas seropositivas ejemplos de ellos podemos citar marcación de expedientes, exageración de las medidas de seguridad, retraso en la atención o falta de ella a las personas hospitalizadas, violación de la confidencialidad, entre otros.

De igual manera, los artículos mencionados en esta investigación ponen en evidencia la discriminación y rechazo que sufren las personas que padecen esta enfermedad. Esta situación es un obstáculo para la prevención, así como para como la realización o superación personal, por esta razón, se entiende que estas personas suelen buscar ayuda en grupos donde esperan encontrar soluciones y alcanzar una vida mejor.

Actualmente, hablar de VIH/sida sigue siendo un tabú algo terrible para la sociedad, incluso hay algunos que consideran esta enfermedad como un castigo de Dios, por esta razón el personal de salud que diariamente atiende a estas personas debe ver el estigma, reconocer la consecuencia de discriminar y, por lo tanto, hacerse consiente de la desigualdad que se deriva. Este es, sin duda, el más grande reto a superar en la pandemia causada por el VIH. Aparte de esta problemática, se debe poner cierto interés a las personas más vulnerables, ya que son las más propensas a sufrir problemas, alteraciones mentales y emocionales que afecten directamente su salud y puedan atentar en contra de su persona como una reacción al rechazo de la población y del personal de enfermería.

El estudio llevó a cabo un análisis de confiabilidad por medio del Alfa de Cronbrach de los instrumentos. Estos factores hacen que los estudiantes sean específicamente un índice interesante para monitorear el nivel de estigma en una comunidad. También podría adaptarse para un aplicarse a trabajadores de la salud general.

Referencias

- Acosta de Velásquez, B. L., Pérez-Then, E., Museses Marín, H. F., Pinzón Gómez, E. M., y Shor-Posner, G. (2011). Actitud de los estudiantes en tres facultades de odontología en Santiago de Cali, Colombia, frente a pacientes con VIH. *Acta bioethica*, 17(2), 265-271.
- Andrewin, A., y Chien, L. Y. (2008). Stigmatization of patients with HIV/AIDS among doctors and nurses in Belize. *AIDS Patient Care STDS*, 22(11), 897-906. <https://doi.org/10.1089/apc.2007.0219>
- Alcalá Robles, S., De la Rosa Flórez, L., Hernández Hurtado, E., Lara Arroyo, A., Rincón Correa, D., y Gómez Bustamante, E. (2008). *Factores asociados a la actitud ante el VIH/SIDA en estudiantes de enfermería en una Universidad de Cartagena, Colombia*. Tesis de Enfermería. Universidad de Cartagena, Colombia. <https://repositorio.uni-cartagena.edu.co/handle/11227/3228>
- Alcalá, A. (2008). Conductas y Actitudes del Personal de Enfermería en el Cuidado de Pacientes HIV/sida: Acercamiento a la Realidad Social. *Enfermería docente*, (88), 23 (3), 88-92.
- Aguilera Aguilera, A. (2008). Conductas y Actitudes del Personal de Enfermería en el Cuidado de Pacientes HIV/sida: Acercamiento a la Realidad Social. *Enfermería docente*, (88), 31-35. <https://www.index-f.com/edocente/88pdf/883135.pdf>

- Álvarez-Cabrera, J., Müller-Alfonzo, A., y Vergara-Jara, V. (2015). Conducta sexual y nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *CIMEL*, 20(2), 44-50. <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD40047.pdf>
- Baytner-Zamir, R., Lorber, M., y Hermoni, D. (2014). Assessment of the knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS among pre-clinical medical students in Israel. *BMC Research Notes*, 7(168). <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-168>
- Burns, N., y Grove, S. K. (2012). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Barcelona: Elsevier Health Sciences.
- Chew, B. H., Cheong, A. T. (2013). Assessing HIV/AIDS Knowledge and Stigmatizing Attitudes among Medical Students in Universiti Putra Malaysia. *Medical Journal of Malaysia*, 68(1), 24-29.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2020). *Programa Especial de Sexualidad, Salud y VIH*. <https://www.cndh.org.mx/programa/36/programa-especial-de-sexualidad-salud-y-vih>
- Ganczak, M. (2007). Stigma and Discrimination for HIV/AIDS in the Health Sector: A Polish Perspective. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(1), 57-66.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 141-150. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200007&lng=es&tlng=es
- Li, L., Wu, Z., Zhao, Y., Lin, C., Detels, R., y Wu, S. (2007). Using case vignettes to measure HIV-related stigma among health professionals in China. *International Journal of Epidemiology*, 36(1), 178-184. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl256>
- Martínez Hidalgo, M. N. (2015). *Evaluación del estigma hacia los adolescentes con problemas de salud mental*. Tesis de Doctorado en Ciencias de la Salud. Universidad de Murcia, España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128392>
- Merino, A. (2004). Actitudes y Conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA. *Nure Investigación*, (6), 1-6.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *VIH/Sida. VIH-México*. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Infección por VIH. Datos y Cifras*. <https://www.who.intesnews-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Centro de Prensa. Objetivo: cero discriminaciones en la atención de salud*. <https://www.who.int/mediacentre/commentaries/zero-discrimination-day/es/>
- Rosenburg, N., Talianferro, y D., Ercole, P. (2012). HIV-related stigma among nursing students in Cameroon. *Journal of the Association Nurses in AIDS Care*, 23(2), 170-176. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2011.09.003>
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

- Tamayo-Zuluaga, B., Macías-Gil, Y., Cabrera-Orrego, R., Henao-Pelaéz, J. N., y Cardona-Arias, J. A. (2015). Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 13(1), 9-23. <https://doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.01>
- Tomás Sábado, J., y Aradilla Herrera, A. (2003). Actitud ante el sida en estudiantes de enfermería: ¿Cuál es el papel de la formación académica? *Educación Médica*, 6(2), 31-36. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132003000200004&lng=es&tlng=es
- Vorasane, S., Jimba, M., Kikuchi, K., Yasuoka, J., Nanishi, K., Durham, J., y Sychareun, V. (2017). An investigation of stigmatizing attitudes towards people living with HIV/AIDS by doctors and nurses in Vientiane, Lao PDR. *BMC Health Services Research*, 17(125). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2068-8>



Segunda parte
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



7. Cuidados a la mujer y al recién nacido: experiencia desde la partería tradicional en el sureste de México

MARÍA DEL ROSARIO JAIMEZ-VIVAS*

LUCELY MAAS-GÓNGORA**

SAÚL MAY-UITZ***

Resumen

Introducción: En México, la partería tradicional es un componente importante de la medicina tradicional indígena, con un paradigma tradicional integral de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se continúa ejerciendo principalmente en las comunidades alejadas. Conocer las creencias, costumbres y actividades realizadas antes, durante y después del embarazo, así como los cuidados proporcionados al recién nacido, permitirá identificar las necesidades formativas de parteras, con amplio espectro, pero con orientación técnica que favorezca la salud de la mujer embarazada. *Objetivo:* establecer las prácticas de cuidado para la atención de la salud materna y neonatal desde la experiencia de una partera tradicional en el municipio de Calakmul, Campeche, México. *Método:* Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo. Para la obtención de los datos, se desarrollaron entrevistas a profundidad, concluidas las entrevistas, se transcribieron de manera textual en Word, para el análisis y la interpretación de la información se realizó un análisis de contenido. *Resultados:* Se obtuvieron cuatro categorías de análisis; cuidados durante el embarazo, cuidados del

³ * Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID <https://orcid.org/0009-0000-1338-4339>

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesor investigador de tiempo completo, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8081-9830>

*** Doctor en Ciencia de Enfermería. Profesor de tiempo completo en la Carrera Enseñanza Superior, Universidad Autónoma de Yucatán, México. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8988-9683>

parto, cuidados del puerperio y cuidados al recién nacido. *Conclusiones:* Se considera que las parteras han sido parte fundamental en los cuidados a la mujer y al recién nacido, principalmente para las personas que viven en áreas rurales.

Palabras clave: *cuidados tradicionales, partería, embarazo.*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) informa que, para el año 2020, aproximadamente 283 000 mujeres murieron durante o después del embarazo o del parto, sobre todo en países de ingresos bajos. Dentro de las causas principales de estos decesos se encuentran las hemorragias, las infecciones, la hipertensión arterial, las complicaciones en el parto y los abortos. Existe una diferencia marcada entre las diferentes regiones, por ejemplo, en la mayoría de los países de ingresos altos, en el 99% de los nacimientos participa personal médico capacitado, mientras que en los países de ingresos medios, 74%, y en los países de ingresos bajos, sólo en 68% de los nacimientos (OMS, 2023).

América Latina mostró un incremento en la mortalidad materna de 15% entre 2016 y 2020. Alrededor de 8 400 mujeres mueren cada año en la región a causa de complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio, y se considera que 9 de cada 10 de estas muertes se pudieron evitar. Se considera que alrededor de 16 mujeres pierden la vida diariamente por causas relacionadas a estas mismas complicaciones (OPS, 2023). Según datos del Instituto de Salud para el Bienestar (2022), para el año 2020 en México hubo 27.7 defunciones estimadas por cada 100 000 nacimientos, y las principales causas fueron hemorragias y enfermedad hipertensiva. En 2022, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2022) informó que 82.5% de mujeres recibió atención prenatal, indicó que para el año 2021 se registraron 23 000 muertes fetales. Las principales causas de muerte fetal fueron las afectaciones al feto por factores maternos y por complicaciones tanto del embarazo como del trabajo de parto y del parto mismo con hasta 46%.

Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible prioritario, pero inconcluso, es mejorar la salud materna y neonatal. La Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes (2016-2030) (OMS, 2015) también destaca la importancia de la salud y el bienestar de cada mujer, niño y adolescente, incluido el acceso a intervenciones esenciales con personal de la salud capacitado y eficaz (Nove *et al.*, 2021)

Es importante reconocer que el alcance de los servicios de salud no es igual en todos los países, que como se muestra en los datos anteriores, los países de ingresos medios y bajos enfrentan un desafío en la atención de la salud materna y neonatal, en este sentido Nove *et al.* (2021) expone que con intervenciones prestadas por parteras se podrían evitar dos terceras partes de las muertes maternas y neonatales, lo que permitiría salvar 4.3 millones de vidas cada año, hasta 2035. Coincide con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021) que sostiene que la incorporación de las parteras al sistema de salud contribuye a mejorar la atención integral de este grupo y a reducir los costos en el mismo sistema de salud.

En México, la partería tradicional es un componente importante de la medicina tradicional indígena, con un paradigma tradicional integral de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se continúa ejerciendo principalmente en comunidades alejadas. Las parteras poseen un gran número de prácticas y conocimientos heredados de sus antepasados y de los métodos de relación con la naturaleza para el cuidado de la salud. Este modelo de atención tradicional cuenta con algunas debilidades, pero también con múltiples aportes y es fundamental reconocerlo y aportar nuevas formas para prestar una atención de calidad y eficaz (Secretaría de Salud, s. f).

Sesia y Berrio (2023) indican que la partería tradicional tiene una presencia muy importante en México, mencionan que 26 entidades federativas cuentan con registro de parteras y en 2020 había 15 835 parteras(os) tradicionales en el país, de los cuales, 91% permanece activa y tiene un promedio de 29 años de servicio. Se puede decir que, en general, se trata de personas de edad avanzada (de 50 a 70 años) con una larga trayectoria y muchos años de experiencia, con saberes transmitidos de generación en generación o por otras personas cercanas a la familia.

La Norma Oficial Mexicana 007 (SSA, 2016), define a la partera técnica

como “[...] la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico” y a la partera tradicional como

[...] la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

Las parteras tradicionales son cercanas a las comunidades, y aquellas que ejercen en sus pueblos originarios son valoradas y tienen un enorme impacto en la decisión de la mujer de buscar o no atención especializada durante el embarazo y el parto.

En este sentido, la OMS (1993) expone que

[...] la sabiduría de las parteras implica no sólo conocimientos sobre la fisiología y atención del parto, sino también el conocimiento y poder terapéutico del espíritu, dentro de su legado de creencias; esto atribuye a las parteras reconocimiento social y autoridad sobre la vida en el proceso del nacimiento.

La cultura maya, como otras, es rica en tradiciones y costumbres que expresan la importancia de la supervivencia del grupo humano, mas cuando se trata de etapas o seres vulnerables, para los mayas el parto constituye un riesgo de muerte. El presente estudio tiene como contexto el municipio de Calakmul, en una de sus localidades, es el de menor población del estado de Campeche, con una dinámica social y económica eminentemente rural, debido a estas características, persisten importantes retos especialmente en las localidades pequeñas. Aunque está anclada en la selva maya, más de la mitad de la población que habita en este municipio proviene de al menos 25 entidades federativas, por lo que presenta una diversidad cultural (Araujo-Monroy, 2014).

En este contexto rural, generalmente se encuentran mujeres de bajos recursos, bajos niveles educativos, poco acceso a los servicios de salud, etc., y si a esto se le suma la condición de embarazo, entonces aumenta la vulne-

rabilidad e inequidad. Este panorama conlleva importantes factores de riesgo para la salud de la mujer y de la persona recién nacida. En muchas ocasiones, por preferencia o por ser la única posibilidad, se acercan a las parteras, principalmente en comunidades de difícil acceso o por usos y costumbres, ya que estas son cercanas a su cultura.

En este sentido, conocer las creencias, costumbres y actividades realizadas antes, durante y después del embarazo, así como los cuidados proporcionados al recién nacido, permitirá identificar las necesidades formativas de parteras con amplio espectro, pero con orientación técnica que favorezca la salud de la mujer embarazada. En enfermería existen diferentes modelos y teorías que dan sustento a la práctica, como la teoría de la Cultura de los Cuidados que propone un enfoque donde los cuidados de enfermería sean coherentes con la , sin dejar de lado la atención convencional, evidenciada científicamente.

Esta teoría fue propuesta por Madeleine Leninger, ella expone una enfermería transcultural que

[...] va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables, con el tiempo habrá una nueva práctica enfermera que se basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados profesionales e irán dirigidos a individuos familias y comunidades. (Alligood, 2018)

Bajo este marco, el presente estudio tiene como objetivo establecer las prácticas de cuidado para la atención de la salud materna y neonatal desde la experiencia de una partera tradicional en el municipio de Calakmul, Campeche, México.

Método

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo. El paradigma cualitativo permite obtener datos descriptivos en la voz de quien vive la experiencia, es uno de los métodos de investigación descriptiva más puros y potentes para conocer como esas mismas personas el mundo social que las rodea, desde

la conducta humana, lo que como ¹⁴ producto de la definición de su mundo (Hernández-Sampieri, 2017). Se busca capturar tal proceso de interpretación, viendo las cosas desde la perspectiva de las personas, quienes están continuamente interpretándose y definiéndose en diferentes situaciones (Taylor y Bogdan ¹⁴ 1998).

Por lo tanto, la metodología cualitativa permite trabajar la realidad desde una perspectiva humanista, ya que hunde sus raíces en los fundamentos de la fenomenología, el existencialismo y la hermenéutica, para comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de las personas. Para este estudio, se seleccionó a la participante por conveniencia, considerando su habilidad para expresar ideas y opiniones, también se consideró el reconocimiento social que tiene en su comunidad. Se trata de una partera tradicional de la comunidad de Calakmul, que ha adquirido sus conocimientos y habilidades por una enseñanza transmitida de generación en generación. Creció en una familia de parteras y parteros empíricos, por lo que desde temprana edad aprendió esta práctica, para el momento de la entrevista tenía 64 años, y es madre y abuela. Es conocida en la región y las personas la requieren como partera de la comunidad.

Para la obtención de los datos, se desarrollaron entrevistas en profundidad, una inicial donde se explicó el objetivo del estudio, sus características y se realizaron preguntas de tipo sociodemográfico. En esta misma sesión se acordó una segunda entrevista, la cual tuvo una duración de 1 hr 40 min. Se diseñó una hoja de información general a manera de control, también se llevó una bitácora de anotaciones de campo para anotar cada aspecto relevante, comentario, actitud que tuviera durante la conversación, con el fin de no perder ningún detalle y se pudieran analizar los datos de una forma más clara. Se partió de la pregunta ¿cuáles son los cuidados e intervenciones que les realiza tanto a la madre en trabajo de parto como a su bebé? El estudio se estableció conforme a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987).

Una vez ¹² concluidas las entrevistas, fueron transcritas de manera textual en Word, para el análisis y la interpretación de la información se realizó un análisis de contenido, que consistió en descubrir los núcleos de sentido que componen las entrevistas y cuya presencia significan algo para el objeto analítico (Álvarez-Gayou, 2003).

Resultados

Luego de llevar a cabo la transcripción y el análisis de las entrevistas y, considerando que la búsqueda se orientaba a identificar los cuidados tradicionales que realiza la partera, los resultados que se describen identifican las formulaciones que más se aproximan, integran y describen dichas prácticas de cuidado, y a continuación se describen las más relevantes.

Tabla 7.1. Códigos para la categoría cuidados durante el embarazo

"Las empiezo a tallar desde que tienen un retraso y así valoro si existe ya un embarazo."	"una vez confirmado el embarazo les explico la importancia de llevar un control desde el primer trimestre."	"Aunque va a acudir conmigo y ya certifiqué que está embarazada, también la turno al hospital para su consulta, aunque ellas me tienen confianza."
"le doy su masajito al bebé, ya no es a la mamá, sino al bebe (durante el embarazo)."	"las mido varias veces (con una cinta métrica porque muchas veces están inflamadas, y no es que el bebé esté grande."	"Las oriento para su control e ingesta de vitaminas y ácido fólico, así como laboratorios."
"Desde el primer momento que yo las toco me gusta hablar con el bebé, darle confianza a la madre y al bebe, que escuche mi voz."	"Yo les enseño a ellas paso a paso cómo se deben de levantar de la cama: son tres posiciones, de lado, de en medio y del otro lado."	"las interrogo y les saco su fecha probable de parto."
"cuando mido voy a sentir su tiempo de gestación a ver si está del tiempo que debe de tener el bebé."	"recomiendo a las mujeres cuidarse de no andar levantando cosas pesadas o movimientos inadecuados."	"si presentan alguna infección urinaria les doy un remedio casero, con hierbas."

Categoría Cuidados en el embarazo

La categoría Cuidados durante el embarazo se sustenta en los conocimientos empíricos de las parteras, pero con el sustento que adquieren a partir de cursos que las instituciones de salud que les otorga para actualizar su práctica y asegurar que den una atención más adecuada a la mujer. Se pueden observar sus conocimientos empíricos cuando menciona "Desde el primer momento que yo las toco me gusta hablar con el bebé, darle confianza a la madre y al bebe, que escuche mi voz", y los conocimientos que ha adquirido aquí "Las oriento para su control e ingesta de vitaminas y ácido fólico, así

como laboratorios”. En esta categoría se identifica que la entrevistada da relevancia al contacto que realiza con la mujer embarazada, ya que tanto las maniobras manuales para diagnosticar el embarazo, como los masajes al vientre para “acomodar al bebe” forman parte del cuidado en las visitas.

Tabla 7.2. *Códigos para la categoría cuidados del parto*

“Tengo un equipo adecuado para atender el parto.”	“ya en el parto me lavo las manos, me amarro un paño en la cabeza y me pongo un delantal.”	“en un caso difícil... tuve que valirme para sacar la cabeza del bebé, metí mis dedos para agarrar sus brazos y jalarlo.”
“me fijo que esté el agua en la candela y que todo esté limpio.”	“durante el trabajo de parto voy orientando a la mujer cómo debe de respirar y pujar.”	“agarro las pinzas, pinzo con las dos, corto cordón y ligo.”
“ya tenía listos mis pañitos, limpios, ya los tenía preparados.”	“les brindo confianza en que todo saldrá bien, que será un parto sin problemas.”	“posteriormente viene la placenta, reviso esté completa y rapidito sale sin problema.”
“para valorar, meto mis dedos, toco si está libre, siento circular de cordón, entonces libro uno y luego otro”.	“acomodo a la mujer en un lugar cómodo y seguro para recibir a su bebé.”	

Categoría Cuidados del parto

El parto es el periodo de mayor riesgo para la salud, tanto de la madre como para el recién nacido. En la categoría Cuidados del parto generalmente se ve que el bebé es atendido en el domicilio de la partera, ya que ahí tiene un espacio preparado para ello, se da gran importancia al acompañamiento, a la orientación y a la indicación de acudir al médico después del parto para su valoración y la planificación familiar. Al ser un proceso natural, la mayor parte de los partos atendidos transcurren sin problemas, cuando se presentan dificultades, utilizan la experiencia para intervenir, sin embargo, estas acciones no están libres de riesgos. Algunos discursos que acompañan esta categoría son: “[...] les brindo confianza en que todo saldrá bien, que será un parto sin problemas” y “[...] en un caso difícil... tuve que valirme para sacar la cabeza del bebé, metí mis dedos para agarrar sus brazos y jalarlo”.

Categoría Cuidados del puerperio

El periodo puerperal se caracteriza por grandes cambios en el cuerpo de la mujer y existen cuidados principalmente para prevenir los riesgos potenciales de esta etapa, para el caso de este estudio la categoría Cuidados del puerperio muestra acciones orientadas sobre todo al puerperio inmediato y, posterior a ello, la recomendación de la partera es acudir al médico para valorar si hay algún riesgo y atender los cuidados en el puerperio tardío. Los códigos destacados son: “Les digo que tienen que estar pendientes, que no se les formen bolas en los pechos” y “todo el tiempo les doy la indicación de que después de aliviarte hay que ir con el médico para que te cheque”.

Tabla 7.3. Códigos para la categoría cuidados del puerperio

“todo el tiempo les doy la indicación de que después de aliviarte hay que ir con el médico para que la cheque”	“les digo que tienen que estar pendientes de que no se les formen bolas en los pechos”	“ya que estén en casa, que las mamás se bañen o limpien el pecho para dárselos al bebé”
“después de atenderles el parto lo primero que les digo si van a planificar y les explico”	“las envío con el médico para que también las valore y vea que todo esté en orden”	“también las oriento sobre la importancia del seno materno y la lactancia”

Categoría Cuidados del recién nacido

Un recién nacido saludable, en general, sólo requerirá los cuidados de rutina y la vigilancia de la madre, estas son acciones básicas para evitar riesgos, principalmente en el periodo inmediato posterior al parto. En la entrevista se puede observar que, si surge una eventualidad con la salud del recién nacido, no se dispone de conocimiento, material ni equipo para responder. En la categoría Cuidados del recién nacido la partera expresa los cuidados de rutina y algunas orientaciones generales para la atención del bebé en casa, así lo expresa con “también le limpio su boquita, su carita, todo lo limpié bien” o “les digo la forma correcta del cuidado del cordón”.

Tabla 7.4. Códigos para la categoría cuidados del recién nacido

"Cuando recibo al bebé, lo agarro, lo recibo y tallo para ver cómo está y que reaccione"	"también, le limpio su boquita, su carita, todo lo limpio bien"	"cuando nace un bebé, lo baño y se lo pego al pecho a la mamá"
"les doy palmaditas en la espaldita para darles oxígeno"	"hay que arroparlo bien y valorar sus signos, sobre todo la temperatura"	"masajitos en las ingles para que sus órganos internos del bebé empiecen a trabajar normal"
"les comento que es importante no darle biberón al bebé, es mejor el pecho"	"les digo, hay que darle palmaditas al bebé en la espaldita para sacar su aire"	"no acostarlos boca arriba, semi de lado, para que saque cualquier secreción, boca arriba lo puede ahogar"
"les digo la forma correcta del cuidado del cordón"	"Les recomiendo llevar al bebé a valoración con el pediatra, para evitar complicaciones"	"también les digo de sus vacunas"

Discusión

Para el primer objetivo del estudio se propuso contextualizar a los participantes, se trata de una mujer que adquirió sus conocimientos sobre partería, por transmisión de otras parteras de su familia. Es partera de una comunidad rural, ubicada en Calakmul, donde existe una mezcla de varios grupos de diversos estados, pero que son mayas principalmente. Otros estudios similares también entrevistaron a parteras de comunidades rurales, como los estudios de Salvador-Vázquez *et al.* (2021), quienes tuvieron el objetivo de identificar y comparar los procedimientos de medicina tradicional aplicados a mujeres embarazadas en una comunidad de Puebla. Las prestadoras de este servicio son mujeres, con varios años de experiencia y que viven en esas comunidades. También García *et al.* (2018) señalan que la partería tradicional, en las tres regiones de Colombia, demuestra que la mayoría de las parteras son mujeres, de edades entre 40 y 90 años y que viven en zona rural. Este estudio refiere que la atención tradicional de la gestación, el parto y el puerperio se da en la región rural, por esta razón, en el caso del parto, el ambiente propio del hogar y la partera forman parte de la intimidad. Así se ve que en ambos estudios coinciden las características de las parteras tradicionales y su relación con la comunidad.

Para el segundo objetivo, se identificaron las prácticas de cuidado tradicional para la salud materna, ya que es fundamental que las parteras poseen dicho conocimiento, como muestran los resultados de Salvador-Vázquez

quez *et al.* (2021) que en su estudio mencionan que las parteras utilizan maniobras manuales para estimular las contracciones de las embarazadas y para ayudar en el posicionamiento adecuado del feto, y así evitar complicaciones. Además, aseveran que las parteras usan remedios para combatir los malestares y tés naturales para evitar infecciones y hemorragias durante el puerperio, esto ayuda a traer al mundo a un recién nacido con los cuidados adecuados, y también hacen hincapié en que las parteras han sido parte fundamental para la madre a la hora de tener a su bebé. Tornquist y Lino (2005), así como Córdoba-Villota y Velásquez-Matilla (2023), mencionan que las parteras basan su diagnóstico en la observación directa de la madre —aunque los médicos lo complementan con el uso de equipos especializados o análisis clínicos—, y realizan las intervenciones con la madre de tal manera que mantienen el lazo cultural que les permita realizar el procedimiento completo para favorecer la solución del parto y mejorar el estado de ánimo y la seguridad de la madre.

Como tercer objetivo se planteó identificar las prácticas del cuidado tradicional para la salud neonatal que las parteras en las comunidades realizan para brindar un buen servicio a las personas que, en su momento, acuden a ellas para tener a su recién nacido. Dávila y Díaz (2018) explican que para el pinzamiento del cordón las parteras usan un hilo o lana de oveja, que amarran fuerte a cuatro centímetros del vientre del bebé y lo cortan con una tijera (desinfectada con alcohol, agua hervida o simplemente con un trapo), inmediatamente después del nacimiento bañan al neonato, en un lugar cerrado, lo secan con un trapo limpio, y algunas parteras le ponen talco para que tenga un olor agradable. Los resultados de este estudio difieren en cuanto a este cuidado, pues la partera tiene clara la importancia de mantener la temperatura del recién nacido, así como de contar con el material necesario antes de la atención del parto.

Conclusiones

Se identificaron cuatro categorías que se organizan de acuerdo con los cuidados otorgados, dependiendo de la etapa: embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Los cuidados de la mujer en ese periodo y para el recién nacido son

altamente significativos para la salud de ambos. Se considera que las parteras han sido fundamentales desde el inicio de la existencia de la humanidad y, por lo tanto, para las comunidades. Resultan ser un apoyo para las personas que viven en áreas rurales y no cuentan o no tienen los recursos para trasladarse a un centro profesional de atención a la salud, y con ello disminuir los riesgos de sufrir repercusiones en la salud.

Se concluye que el parto es un proceso natural con un importante significado cultural y social, por lo que resulta crucial que los encargados de su atención presten una asistencia integral, que sea de alta calidad, segura, empática y singular. Esto ayudará a reducir la morbilidad y mortalidad maternas, mientras se retoman las tradiciones, al volverlas seguras. De esta manera se reduce el uso de procedimientos clínicos innecesarios y la madre puede acceder a una atención centrada en sus necesidades, que le permita reincorporarse a su ²⁸ vida familiar, social y profesional.

En este sentido, la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio requiere de un enfoque humanizado, intercultural, seguro, libre de violencia y de medicalización innecesaria, que respete y valore su autonomía y el protagonismo durante el parto, que garantice sus derechos legales y tenga en cuenta las características socioculturales de ellas y de sus familias.

Referencias

- Alfaro Abraham, A. R. (2009). Embarazo y posparto en las mujeres mayas. *Gaceta*, (47), 52-55. https://saladeprensa.uqroo.mx/gaceta/47/pag_52_a55.pdf
- Alligood, M. R., y Tomey, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Paidós.
- Araujo-Monroy, R. (2014). Programa Municipal de desarrollo de gran visión para el municipio de Calakmul. <https://selvamaya.info/wp-content/uploads/2016/06/Programa-Municipal-de-Desarrollo-de-Gran-Visi%C3%B3n-para-el-Municipio-de-Calakmul-Campeche-2013.2040.pdf>
- Córdoba-Villota, E. E., y Velásquez-Mantilla, D. A. (2023). Saberes ancestrales: Las parteras de la medicina tradicional, aprendizajes inmemorables que aún se conservan.

- Techno Review. International Technology, Science and Society Review/Revista Internacional de Tecnología, Ciencia y Sociedad*, 13(3), 1-10.
- Dávila Cossio, B. V., y Díaz Heredia, C. V. (2018). Creencias y costumbres de las madres en el cuidado del neonato del distrito de Zaña, 2017. *Revista Paraninfo Digital*, (28). <http://www.index-f.com/para/n28/e163.php>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021). *La función primordial de las parteras: las mujeres en el centro*. <https://mexico.unfpa.org/es/news/la-funci%C3%B3n-primordial-de-las-parteras-las-mujeres-en-el-centro>
- García, A. J., Navarro, C. C., Varela, Y. P., Ferreira, K. D. B., y Brito, Y. L. F. (2018). La partería tradicional. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 384-393.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2017). *Metodología de la Investigación* (6ª ed). México: McGraw-Hill.
- Instituto de Salud para el Bienestar (2022). *Día Nacional de la Salud Materna y Perinatal*. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-nacional-de-la-salud-materna-y-perinatal-09-de-mayo?idiom=es>
- México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2022, 31 de agosto). *Defunciones fetales registradas en México durante 2021*. [Comunicado de prensa núm. 486/22]. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDF/EDF2021.pdf>
- Nove, A., Friberg, I. K., de Bernis, L., McConville, F., Moran, A. C., Najjemba, M., y Homer, C. S. (2021). Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: A Lives Saved Tool modelling study. *The Lancet Global Health*, 9(1), e24-e32.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*. <https://www.ohchr.org/es/health/global-strategy-womens-childrens-and-adolescents-health-2016-2030>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Mortalidad materna. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe*. <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). *Parteras tradicionales: Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/44108>
- Salvador-Vázquez, I., Pérez-Juan, J., Parra-Torres, N. M., Mendoza-Catalán, G. S. y Almonte-Becerril, M. (2021). Procedimientos realizados por parteras para la atención de embarazos de riesgo en una comunidad indígena de Amixtlán (México). *Index de Enfermería*, 30(3), 193-197. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200009&lng=es&tlng=es
- Secretaría de Gobernación (Segob). (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

- Secretaría de Salud (2016). *Norma Oficial Mexicana 007: Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
- Secretaría de Salud (s. f.). *Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no profesional*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>
- Secretaría de Salud (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Sesia, P. M., y Berrio, L. R. (2023). *Situación actual de la partería indígena en seis estados de México*. Observatorio de mortalidad materna en México. <https://omm.org.mx/blog/situacion-actual-de-la-parteria-indigena-en-seis-estados-de-mexico/>
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1998). *La observación participante. Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tomquist, C. S., y Lino, F. (2005). Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: los cuentos hacen pensar. *Intersecciones en antropología*, (6), 211-217. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-373X2005000100016&lng=es&tlng=es

8. Creencias sobre la vasectomía en hombres mixes del sur de México

EDITH SÁNCHEZ ALONSO*
BIANY KADISHA FERNÁNDEZ-RUIZ**
BERENICE JUAN-MARTÍNEZ***
DAFNE ASTRID GÓMEZ-MELASIO****

Resumen

Introducción: La salud reproductiva es un derecho fundamental que tienen todas las personas, sin embargo, el control de la fecundidad ha sido relegado a las mujeres, dejando a un lado la corresponsabilidad de los hombres. Las creencias erróneas y la falta de conocimiento sobre la vasectomía pueden limitar la capacidad de los hombres a la hora de tomar decisiones para el control de la fertilidad. *Objetivo:* Describir las creencias sobre la vasectomía en hombres mixes de Oaxaca. *Método:* Se realizó un estudio cualitativo, etnográfico, de corte transversal. Se optó por un muestreo a conveniencia. Para la colecta de datos se realizaron entrevistas semiestructuradas y la observación del participante. Se entrevistaron a 10 informantes clave y cinco generales. Se realizó una codificación línea por línea de manera artesanal. *Resultados:* Del análisis emergieron tres categorías: 1. creencias sobre la vasectomía, 2. percepciones de la comunidad, 3. religión y vasectomía y seis subcategorías. *Discusión.* En el estudio se evidenció que las creencias sobre

* Pasante de la Licenciatura en Enfermería. Universidad del Papaloapan, Oaxaca, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6507-3805>

** Pasante de la Licenciatura en Enfermería. Universidad del Papaloapan, Oaxaca, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6507-3924-9706>

*** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo de la Universidad del Papaloapan, Oaxaca, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2780-977X>

**** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería Unidad Saltillo, Universidad Autónoma de Coahuila, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2608-1350>

la vasectomía en la comunidad mixe están muy ligadas a la religión y al significado de ser hombre; es decir, la vasectomía afecta sus masculinidades, ya que consideran que se volverían “débiles”. *Conclusiones:* Se requiere que los profesionales del área de la salud tengan conocimiento sobre cómo la cultura, la religión y el machismo influyen en los hombres en la aceptación que muestren hacia la vasectomía. Estos aspectos se deben tomar en cuenta a la hora de desarrollar políticas y programas relacionados con el control de la fertilidad, para incluir hombres que pertenezcan a ciertas etnias. Estas políticas y programas deben ser pertinentes con la cultura de cada región.

Palabras claves: *creencias, vasectomía, pueblos indígenas.*

Introducción

La salud sexual y reproductiva es un derecho fundamental que tienen las ⁴⁴ personas, sin distinción de etnia, género o condición social o de discapacidad. Las personas tienen derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciado de los hijos que desean tener, así como a recibir información especializada ⁶ los servicios idóneos para ello (OMS, 2023). Dicho derecho no sólo evita ⁶ riesgos para la salud, también permite un control sobre el crecimiento poblacional y alcanzar mejores niveles de desarrollo, por lo tanto, la planificación familiar es considerada una política pública (Hernández-Aguilera y Marván-Garduño, 2015). Tradicionalmente, el control de la fecundidad ha sido relegado a las mujeres, justificando que ellas tienen mejor control de esta, aunado a que la mayoría de los métodos anticonceptivos están diseñados para uso de las mujeres, dejando a un lado la ⁶ responsabilidad de los hombres.

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo, en 1994, se estableció que el control de la ⁶ natalidad debe de ser responsabilidad tanto de hombres como de mujeres, y que la participación del hombre no solo debe incluir el uso de métodos anticonceptivos, sino paternidad y comportamiento sexual responsable. Cuando una pareja ha alcanzado el número de hijos deseado, puede hacer uso de métodos anticonceptivos que se consideran como permanentes, entre ellos,

la obstrucción tubárica bilateral (OTB) o la vasectomía. Al comparar estos, el segundo resulta ser más seguro, menos invasivo y más sencillo de practicar (Hernández-Aguilera y Marván-Garduño, 2015).

Sin embargo, en el caso de América Latina, la esterilización ha sido mucho más focalizada en las mujeres de baja condición social, mujeres indígenas y en zonas rurales (Gaussens, 2020), transgrediendo así su autonomía (Guevara Ruiseñor, 2003) en aras de controlar la sobrepoblación en estos contextos. En los países desarrollados la esterilización femenina es dos tercios más común que la vasectomía, mientras que en los países en desarrollo la vasectomía es 10 veces menos usada que la OTB (Hernández-Aguilera y Marván-Garduño, 2015).

En México, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014), las mujeres en edad fértil (MEF) sexualmente activas que se habían realizado la OTB representaban 44.5%, mientras que sólo 3.1% de los hombres se había practicado la vasectomía. En México, la OTB es 15 veces más común que la vasectomía, haciendo visible la participación menor de los hombres.

Con respecto al estado de Oaxaca, que es uno de los estados con mayor población indígena, el Consejo Nacional de Población (Conapo, 2018) reportó que 15.5% las MEF y que hablaban una lengua indígena, utilizó un método anticonceptivo en la primera relación sexual, lo que habla de un aumento en el uso de métodos de planificación familiar, comparado con 9.1% reportado en la ENADID (2014). Pese a dicho aumento, las cifras continúan siendo bajas en comparación con la población urbana, en la que se reportó 41.2% de uso de métodos anticonceptivos (Conapo, 2018). En el caso de los hombres, sólo 4.6% se había realizado la vasectomía (ENADID, 2014), lo que visibiliza una inequidad de género (Gaussens, 2020). En cuanto a la población indígena, no hay datos puntuales sobre la participación de los hombres que se hayan practicado la vasectomía.

Se considera que la baja escolaridad y la religión (que prohíbe la esterilización), han sido factores condicionantes para la escasa participación de los hombres mexicanos en la planificación familiar (Gutman, 2005), además, de la existencia de ciertas creencias erróneas acerca de la vasectomía; por ejemplo: que les causa cáncer, debilidad física, incapacidad para orinar, cambios en la personalidad, acumulación de semen en el cuerpo con efectos

negativos, pérdida o aumento de peso, pérdida de vello corporal, mutilación, castración, pérdida de la libido y de potencia sexual (Hernández-Aguilera y Marván-Garduño, 2015; Marvan *et al.*, 2017).

Incluso, la vasectomía también se ha asociado con la idea de que afectaría sus “masculinidades” al no satisfacer a sus parejas durante las relaciones sexuales o que nunca más podrían tener relaciones sexuales con una mujer. De modo que las creencias y percepciones erróneas sobre la vasectomía pueden llevar a miedos infundados que afecten la salud reproductiva masculina, limitando su capacidad para tomar decisiones sobre la planificación familiar.

En el caso de algunas comunidades indígenas, la familia extensa sigue representando un elemento importante para la economía, porque está ligado al hecho de que a mayor número de hijos pueden percibirse mayores ingresos monetarios (Sandoval, 2002). Hay poca literatura que aborde las creencias de los hombres de comunidades indígenas, que es todavía más limitada, cuando se habla de cuestiones sexuales o de métodos anticonceptivos, por lo tanto, hay que abordar el problema de la escasa participación de los hombres en el control de la fertilidad, además de la perspectiva de género, desde el enfoque intercultural. Por todo lo anterior, el objetivo del presente estudio fue describir las creencias sobre la vasectomía en hombres mixes de la comunidad de Paso del Águila, en el municipio de San Juan Lalana, Oaxaca, México.

Método

Escenario cultural

El presente estudio se realizó en la comunidad de Paso del Águila, situada en el Municipio de San Juan Lalana en el Estado de Oaxaca. Con respecto a la situación de pobreza (Dirección General de Planeación y Análisis, 2022; Colectivo mixe, 2020), este municipio se considera de alta marginación y con un alto rezago social. Con respecto a la religión, 80% de la población son católicos. El 23.53% de la población habla la lengua mixe.

Diseño

Se optó por un diseño cualitativo, de corte transversal con aproximación etnográfica, debido a que el objetivo del estudio fue describir las creencias sobre la vasectomía en hombres mixes de la comunidad de Paso del Águila, en el municipio de San Juan Lalana, Oaxaca (Gray *et al.*, 2017).

Muestra y muestreo

En el estudio participaron 10 hombres (informantes claves) y cinco mujeres (informantes generales, parejas de los hombres), logrados por el criterio de saturación y redundancia de los datos. Se optó por un muestreo a conveniencia.

Criterios de inclusión y eliminación

Los criterios de inclusión fueron: hombres con edades entre 20 y 50 años, con una vida sexual activa, que hablaran la lengua indígena mixe y que hayan firmado el consentimiento informado. Se eliminaron aquellos hombres que manifestaron no querer continuar con la entrevista.

Marco teórico

Se utilizó como marco teórico la teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger (2002). Esta teoría hace énfasis en conocer y comprender diferentes culturas en relación con las prácticas, creencias y valores de la enfermería y del cuidado de la salud y la enfermedad, para brindar servicios de cuidado de enfermería significativos y eficaces en el contexto de los valores culturales de la salud y la enfermedad de las personas, ya que cada cultura tiene diferentes valores y creencias.

Proceso de recolección y análisis de datos

Para la colecta de datos se realizaron entrevistas semiestructuradas y la observación participante en el periodo de octubre a marzo del 2023. Las observaciones se registraron en una nota de campo. En la entrevista semiestructurada se ocupó una guía que constó de cinco preguntas: ¿usted conoce algún método anticonceptivo masculino?, ¿qué piensa usted que es la vasectomía? ¿qué opinión tiene usted respecto al uso de este método? ¿qué pensaría la comunidad de que un hombre llegara a realizarse la vasectomía? Y ¿le gustaría realizarse este procedimiento? Las entrevistas fueron grabadas en audios y transcritos en su totalidad. El análisis se realizó de manera artesanal y se leyó línea por línea, para un análisis inductivo, hasta llegar a los grandes temas.

Para darle mayor rigor metodológico a los hallazgos de la investigación, se emplearon los siguientes criterios: credibilidad, que se cumplió al regresar al informante en una o más ocasiones para obtener aprobación y confirmar el discurso de algunos de los datos y términos utilizados; saturación de los datos, cuando produjeron redundancia en las entrevistas presentando la misma información o similar y, por ende, no se obtuvieron datos nuevos; confiabilidad al garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes (Noreña *et al.*, 2012).

36

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a los lineamientos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México (2014), para resguardar los aspectos éticos y legales de los participantes. Además, se les proporcionó el consentimiento informado, en el que se les explicó el propósito, beneficios y el riesgo de la investigación. De igual forma, se respetó la libre elección de los participantes con base en el artículo 20 de la ley en referencia y sus nombres fueron sustituidos por códigos (informante clave 1, informante clave 2, etc., informante general 1, informante general 2, etc.) para garantizar el anonimato de los participantes.

Resultados

Se entrevistaron a 15 informantes, de los cuales, 10 informantes claves fueron hombres entre los 20 y los 50 años de edad, casados y algunos en unión libre, de religión católica, cristiana y testigo de Jehová, con la ocupación de campesino, albañil, comerciante e ingeniero agrónomo. Con respecto a la escolaridad de los informantes claves, siete concluyeron sus estudios de nivel básico (secundaria), dos terminaron la educación media superior (bachillerato) y uno de ellos completó el nivel superior. Los cinco informantes generales fueron las esposas o parejas de los informantes claves, con edades promedio de 25 a 36 años, respectivamente, casadas y en unión libre. En cuanto a la ocupación, cuatro son amas de casa y una es comerciante, de religión católica y cristiana; cada informante tenía de uno a dos hijos aproximadamente; respecto a su escolaridad, tres de ellas concluyeron sus estudios de nivel básico (primaria) y sólo dos concluyeron el nivel medio superior (bachillerato).

Del análisis emergieron tres categorías y seis subcategorías conforme a la tabla 8.1.

Tabla 8.1. *Categorías y subcategoría identificadas*

<i>Categorías</i>	<i>Subcategorías</i>
Creencias sobre la vasectomía	Miedo a que me corten los testículos Se pierde la capacidad de eyacular
Percepciones de la comunidad	Dejar de ser hombre Volverse débil
Religión y vasectomía	Mal visto por dios Es un pecado

Fuente: Elaboración propia.

Categoría 1: Creencias sobre la vasectomía

En esta categoría los informantes narraron las creencias que tienen acerca de la vasectomía. Ellos describieron que sienten miedo al pensar que les cortarían los testículos, además creen que perderían la capacidad de eyacu-

lar, por esta razón no desean realizarse este procedimiento. La falta de información acerca del método podría ser la causa de estas creencias.

Subcategoría 1: Miedo a que me corten los testículos

Los informantes hicieron hincapié en que el procedimiento les provoca miedo, también justificaron que la falta de conocimiento sobre el método les provoca rechazo, como se evidencia en las siguientes voces:

Informante clave 1: Yo siento que yo tendría miedo de hacerme eso porque este yo siento que es doloroso.

Informante clave 9: Miedo, porque no lo conozco, o sea, no sé cómo sería el procedimiento por el cual te hagan ese método. O sea, si me van a operar muy buena. ¿Me va a cortar los testículos? No, no sé, no lo sé.

Subcategoría 2: Se pierde la capacidad de eyacular

Esta subcategoría se centra en las creencias de que la vasectomía puede afectar su sexualidad, es decir, perderían la capacidad de eyacular; como lo narra el siguiente informante:

Informante clave 2: igual los miedos más comunes sería la creencia de que ya se va a perder la capacidad de la eyaculación, otro también sería que los hombres piensan, es una práctica dolorosa.

Categoría 2: Percepciones de la comunidad

Esta categoría surge del hecho de que la comunidad de Paso del Águila tiene ciertos imaginarios construidos en la interacción social. Para los habitantes de esta comunidad, un hombre representa “fuerza”, que es un atributo del significado de masculinidad, entonces, si un hombre de la localidad se realiza este procedimiento, lo catalogarían como “débil”.

Subcategoría 1: Dejar de ser hombre

Los informantes mencionaron que, si se realizan la vasectomía, no serán considerados hombres en su totalidad, por lo que el pueblo los excluiría. Como lo mencionan los siguientes informantes:

Informante clave 1: *Lo tomaría mal van a decir que no voy a ser hombre o cosas así porque ya ves cómo somos luego nosotros los hombres.*

Informante general 1: *Que ya no quieran ser hombres, que quieran ser ya mujeres, y que ya ve como decía la Biblia, el hombre creó al hombre y a la mujer, y si el hombre ya no quiere ser hombre es porque son cosas del diablo, un hombre viene acá para PROCREAR HIJOS.*

Informante general 4: *Este... que vayan a volverse gay o cosas así, que son las cosas más comunes que piensa este... que piensan los hombres.*

Subcategoría 2: Volverse débil

En esta subcategoría, los informantes reflejan las percepciones negativas que tiene la comunidad sobre la vasectomía, y si algún hombre del pueblo se realizara tal procedimiento, lo nombrarían una persona “débil” en todos los ámbitos, y serían objeto de burla.

Informante clave 1: *Me verían débil, pues ya no sería del todo un hombre al realizarme eso, más que nada se van a andar burlando de mí.*

Informante general 4: *Algunos hombres no, este... no quieren realizarse esta operación por miedo a que su masculinidad se vea este afectada, este, yo siento que, que van a pensar que, entre hombres, a pensar que si se operan, de este... de su parte, pues, les va a haber afectada, tal vez en el acto sexual con la mujer este... que vayan a volverse gay o cosas así, que son las cosas más comunes que piensa... que piensan los hombres.*

Categoría 3: Religión y vasectomía

En esta categoría se entrecruza la religión con las creencias. Los informantes describieron, si se realizan la vasectomía, sería como un pecado ante los ojos de Dios, porque estarían matando su semilla, y creen que Dios hizo al hombre para procrear hijos.

Subcategoría 1: Mal visto por Dios

El informante expresa que la religión católica los bendice al procrear hijos. La mayor parte de la comunidad es católica, por ende, sería un gran insulto a su religión y a su comunidad no procrear hijos o no querer hacerlo nunca. Como lo narran las siguientes voces:

Informante clave 1: Dios hizo a los hombres para procrear hijos, entonces, si yo me hago eso, pues yo siento que ante los ojos de Dios estaría mal, porque voy a matar mi semilla.

Informante clave 6: Nuestro ser, este, es dar, procrear vida, nosotros no como quiera podemos hacernos esa intervención, porque, pues ahora sí como dicen lo que Dios te da, si Dios te dice vas a tener más hijos, vas a tener más hijos porque Dios así lo quiere, porque así ya está escrito, tú no puedes interrumpir eso, porque eso, es de Dios.

Subcategoría 2: Es un pecado

Los informantes consideran un pecado interrumpir la bendición de procrear hijos. Los hombres enfatizaron que deberían tener los hijos que Dios les dé, este es otro de los motivos para no aceptar la vasectomía, como lo narran los siguientes informantes:

Informante clave 1: *Yo siento que sí lo tomaría, así, como un pecado, porque Dios nos hizo al hombre para procrear hijos y no para evitarlo y, pues yo tengo la mentalidad de que voy a tener los hijos que Dios quiera.*

Informante clave 6: *No, pues yo digo que sí, yo digo que la religión sí lo vería como un pecado, como te dije, nosotros tenemos que sentir la descendencia nosotros no podemos quitarnos el hecho de que Dios te da la oportunidad de seguir la descendencia.*

Discusión

Los resultados del presente estudio reflejan de manera general que los informantes sólo tuvieron creencias negativas hacia la vasectomía, en comparación con los informantes del estudio de Appiah *et al.* (2018), quienes sabían que la vasectomía era un método de planificación familiar y describieron en diferentes términos qué es y cómo se conoce en su comunidad el procedimiento, sin embargo, no poseían toda la información correcta. En la investigación realizada por Shongwe *et al.* (2019), algunos de sus informantes expresaron que era la primera vez que escuchaban sobre la vasectomía.

La mayoría de los informantes claves y generales del presente estudio eran católicos, en cuanto al nivel educativo, se encontró un nivel bajo, la mayoría tiene el nivel básico (secundaria). En relación con lo anterior, Leininger (2002) menciona que los aspectos religiosos, económicos, educativos y los valores culturales son factores condicionantes del comportamiento humano en diferentes contextos. Un bajo nivel educativo es un factor determinante que provoca desconocimiento del método anticonceptivo y, por lo tanto, causa que los hombres no lo elijan, a pesar de ser un recurso económico, rápido y confiable (Fernández *et al.*, 2014; Muñoz *et al.*, 2017; Shongwe *et al.*, 2019; Gaussens, 2020). Algunos de los informantes no sabían en qué consistía el procedimiento, lo que ocasionaba que tuvieran miedo e incluso pensaban que les podían quitar los testículos, asociándolo con la mutilación.

Conforme a las ideas de Leininger (2002), la religión se encontró como una categoría en las creencias culturales que tienen los informantes de la comunidad mixe sobre la vasectomía, considerándola un pecado y que es

mal vista por Dios. Otra de las categorías que emergió fue la de las Creencias sobre la vasectomía, donde los hombres mencionaron que perderían la capacidad para eyacular si se practicaban el procedimiento. Resultados similares se identificaron en el estudio de Appiah *et al.* (2018) dentro de la categoría Creencias sobre la vasectomía entre los hombres, resaltando las creencias de que la vasectomía tiene efectos adversos para la salud, que provoca cáncer de próstata e incapacidad para eyacular. En la investigación realizada por Shongwe *et al.* (2019) los participantes expresaron también preocupación por los efectos negativos en su salud sexual, como el miedo a perder la libido.

Lo anterior refleja la necesidad urgente de intervenciones que impartan el conocimiento del procedimiento y empoderen a los hombres en los términos que ellos puedan comprender que sus masculinidades no se verán afectadas si se realizan la cirugía. Sin embargo, es un tema pendiente que tienen los profesionales de la salud, pues para ellos, puede resultar más fácil dirigirse a las mujeres para que asuman el control natal, antes que enfrentar una respuesta negativa de los hombres (Rojas, 2014). Asimismo, la falta de promoción por parte del personal de salud categoriza el rechazo de la vasectomía por parte de la población.

Por otro lado, desde la perspectiva de género, habría que empoderar a las mujeres en los derechos reproductivos, que sean ellas las que elijan y decidan sobre sus cuerpos a fin de equilibrar las relaciones de poder (Guevara Ruiseñor, 2003) en las comunidades indígenas. En cuanto a las percepciones de la comunidad, se encontró que los informantes perciben que si se realizan la vasectomía se vuelven débiles. A diferencia del estudio de Sánchez *et al.* (2021), donde los informantes consideran que un hombre que se realiza la vasectomía es cuidador, piensa en su pareja y disfruta plenamente de sus relaciones sexuales.

Conclusiones

En el estudio se evidenció que las creencias sobre la vasectomía en la comunidad mixe están muy ligadas a la religión y al significado de ser hombre; es decir, la vasectomía afectaría sus masculinidades ya que se volverían

“débiles”. Se identificó que los informantes tienen miedo, porque desconocen en que consiste el procedimiento de la vasectomía, incluso, mencionaron que la falta de conocimiento del método es un factor que condiciona las creencias erróneas, sumado a que el personal de la salud no hace mucho hincapié en estos temas a los hombres. Además, expresaron sentir pena de otras personas vean sus partes íntimas, especialmente si el profesional que los atiende es del género femenino.

Por lo tanto, se requiere que los profesionales del área de la salud estén al tanto de cómo la cultura, la religión y el machismo influyen en la aceptación que tienen los hombres hacia la vasectomía. Estos aspectos se deben tomar en cuenta a la hora de desarrollar políticas y programas de control de la fertilidad, para la inclusión de los hombres que pertenecen a ciertas etnias, y deben ser pertinentes con la cultura de cada región. La profesión de enfermería, como pilar del cuidado debe abordar este fenómeno con respeto hacia la diversidad cultural, para atender las necesidades de este grupo vulnerable. También, se sugiere la necesidad de más estudios de investigación sobre el tema y sus factores relacionados, desde una perspectiva de género, de interculturalidad y de derechos humanos, para no caer en violaciones a los derechos reproductivos de los pueblos indígenas.

Referencias

- Appiah, S., Agyen, J. K., Garti, I., y Menlah, A. (2018). Married men and vasectomy: A focused group study in an urban community in Ghana. *SAGE Open Nursing*, 4. <https://doi.org/10.1177/23779608187903>
- Consejo Nacional de Población (Conapo). (2023). *Situación de los derechos sexuales y reproductivos. Oaxaca, 2018*. México: Conapo. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/848605/20_OAXACA_070823.pdf
- Fernández Aragón, S., Ruydiaz Gómez, K., Baza Maestre, G., Berrio Ayala, D., y Rosales Barrios, Y. (2014). Percepción de los hombres ante la aceptación o rechazo de la vasectomía. Cartagena 2013. *Duazary*, 11(1), 22-29.
- Gaussens, P. (2020). Esterilización forzada de hombres indígenas: una faceta inexplorada. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, 6, e639. <https://doi.org/10.24201/reg.v6i1.639>
- 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* (8ª ed.). Elsevier Health Sciences.

- Guevara Ruiseñor, E. S. (2003). Los derechos reproductivos y los hombres. El debate pendiente. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (11), 105-119. <https://doi.org/10.29340/11.1139>
- Gutmann, M. C. (2005). Scoring men: Vasectomies and the totemic illusion of male sexuality in Oaxaca. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 29(1), 79-101. <https://doi.org/10.1007/s11013-005-4624-7>
- Hernández-Aguilera, R. D., y Marván-Garduño, M. L. (2015). Desarrollo de un instrumento para medir creencias y actitudes hacia la vasectomía. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(4), 162-167.
- Hernández, M. F., Cruz Muradás, M. de la C., y Sánchez, M. (2015). Panorama de la salud sexual y reproductiva, 2014. En *La situación demográfica de México 2015* (pp. 43-71). México: Conapo. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2695/1/images/03_panorama.pdf
- Leininger, M. (2002). The Theory of Culture Care and Ethnonursing Research Method. En M. Leininger y M. R. McFarland, *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice* (3ª ed.). Mc Graw-Hill.
- Marván, M. L., Ehrenzweig, Y., y Hernández-Aguilera, D. (2017). Mexican Men's View of Vasectomy. *American Journal of Men's Health*, 11(3), 610-617. <https://doi.org/10.1177/1557988316655743>
- Muñoz Pérez, M. A., López Portillo, A., y Velasco Morales, S. (2017). Conocimientos, actitudes y creencias entorno a la elección de la vasectomía en Ecatepec-México. *Revista Científica Ciencia Médica*, 20(2), 33-39.
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., y Rebolledo Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Planificación familiar/metodos anti-conceptivos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Gallardo Vásquez, J. C. (2021). *¿Niwinääk atëm? Población y lengua mixe en el Censo 2020*. Colmix. <https://colmix.org/wp-content/uploads/2021/05/Censo-20202.pdf>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud* (2014). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Rojas, O. L. (2014). Los hombres mexicanos y el uso de anticoncepción. *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 35(77), 77-95. <https://doi.org/10.28928/ri/772014/atc3/lorenarojaso>
- Sánchez, S., Rivera, D., y Rivillas, J. C. (2021). Percepciones y motivaciones sobre la vasectomía de usuarios/os de redes sociales y hombres vasectomizados. *La Manzana de la Discordia*, 16(1), e20410739. <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v16i1.10739>
- Sandoval Forero, E. A. (2002). Relaciones de Género y Dominación en los Indígenas Mazahuas. *Otras Miradas*, 2(1), 1-14.
- Secretaría de Bienestar (2022). *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social*



2022. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/697424/20_205_OAX_San_Juan_Lalana.pdf

Shongwe, P., Ntuli, B., y Madiba, S. (2019). Assessing the Acceptability of Vasectomy as a Family Planning Option: A Qualitative Study with Men in the Kingdom of Eswatini *Revista International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 16(24), 51-58. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245158>



9. Factores que condicionan el éxito de la lactancia materna

ALBA GUADALUPE HERNÁNDEZ GARCÍA*

SERGIO EVANNY CASTELLANOS ZÁRATE**

PAMELA DE JESÚS JIMÉNEZ VALLEJO***

AJELET SAHAR PINEDA GÁMEZ****

Resumen

15
Introducción: Los establecimientos de atención obstétrica deben tener procedimientos reglamentados para el fomento de la lactancia materna exclusiva. *Objetivo:* Identificar los factores condicionantes del éxito de la lactancia materna. *Método:* Se utilizó un diseño descriptivo detallando las características sociodemográficas de los participantes y los factores condicionantes del éxito de la lactancia materna. Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 23.0. *Resultados:* El 51.4% de las madres lactantes tuvieron resolución del embarazo por cesárea y 48.6% por parto vaginal. El género que más predominó en el grupo de estudio fue masculino con 51.40% y 48.60% del género femenino. El margen de diferencia entre el género masculino y femenino fue de 2.8%. El 42.06% de los lactantes recibió lactancia materna hasta los 6 meses de edad, 43.30% hasta los 12 meses de edad, 24.30% hasta los 24 meses de edad y 9.35% todavía después de los 24 meses de edad; **50**

* Licenciada en Medicina. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6065-2452>

** Licenciado en Medicina. Profesor de HSM de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4940-0432>

*** Médico pasante del servicio social en la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1336-2388>

**** Licenciado en Medicina. Profesor de tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2527-0426>

participantes recibió lactancia materna y 2.80% no la recibió. El 37.38% de las madres de los participantes contaban con experiencia previa en lactancia y 62.62% no. *Conclusiones:* El éxito en la lactancia materna se obtuvo más fácilmente en las madres que tenían experiencia, por lo que se puede considerar que el número de gestas fue determinante en el apego a dar el pecho, siendo favorable en madres primigestas.

Palabras clave: *lactancia, exclusiva, embarazo.*

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), refiere que la lactancia materna (LM) es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Actualmente, a nivel mundial se conoce como una práctica realizada en casi todos los países, sólo se produce en los primeros meses de vida y con un descenso progresivo al desapego.

A nivel global, de acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, por su acrónimo en inglés), en 2016 las tasas de LM al año de vida son de 74%, reduciéndose hasta el 46% a los 2 años. Para todos los intervalos de edad los porcentajes más altos los presentan los países del África subsahariana y del sur de Asia, donde casi 70% de los niños continúa recibiendo LM a los 2 años. En México, la NOM-007-SSA2-2016 señala que la atención al recién nacido implica asistencia inmediata al ser extraído del cuerpo de la madre. Asimismo, indica que los establecimientos de atención obstétrica deben tener procedimientos reglamentados para el fomento de la lactancia materna exclusiva. La duración media de la LM es de 9.8 meses a nivel nacional, con lo que se observa un incremento respecto de 2014 (8.8 meses). En total hay 16 estados que superan la media nacional y en 14, la media es inferior a la nacional de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020).

La leche materna es el único “súper alimento” que por sí solo puede sostener la vida de manera independiente durante los primeros seis meses después del nacimiento, con un increíble amplio rango de funciones. Más allá de

su papel primario de proveer nutrición, la leche materna es el alimento más saludable para los niños. Las fórmulas infantiles artificiales también proveen nutrición para los niños, pero hasta ahí terminan las comparaciones. Cada año, los científicos descubren más beneficios para los niños y las madres, cuya leche materna y lactancia no pueden ser replicadas o sustituidas con similitudes (Lerma, 2011).

Por tal motivo, es importante que el médico y todo el personal de salud estén inmersos en la temática de la LM, en aportar para el mejoramiento continuo y en contribuir a elevar el desarrollo humano y la calidad de vida de los habitantes de nuestra sociedad, a través de la buena práctica de la LM. Es notorio que existe una significativa deficiencia en cuanto al personal para abordar el tema de la LM, tanto de las áreas rurales como en las áreas urbanas, lo que limita las posibilidades de captación temprana para el desarrollo de una LM eficaz (Aguirre, 2018).

Otros autores se centran en el desarrollo de programas de lactancia materna que incluye el desarrollo de material educativo para la familia en la que se encuentra el recién nacido. También proponen la creación de centros de lactancia ubicados en centros hospitalarios del país para suplir la carencia de conocimiento en la población para implementar la LM. Sin embargo, el presente trabajo de investigación busca encontrar los factores condicionantes del éxito de la LM y, con esto, identificar a qué grupos (de acuerdo con los factores encontrados) se les debe brindar más apoyo, por la posibilidad del abandono temprano de la LM (Aguirre, 2018).

Método

En el presente **2** capítulo se describe la metodología del estudio, se presenta el diseño del estudio, población, muestreo, muestra, criterios de exclusión, instrumentos de medición, cédula de datos, procedimiento de recolección de la información, consideraciones éticas y análisis de datos.

Diseño del estudio

En el presente estudio se utilizó un diseño descriptivo. La variable independiente es la lactancia materna y la variable dependiente son los factores condicionantes del éxito de la LM. Descriptivo porque se detallan las características sociodemográficas de los participantes y los factores condicionantes del éxito de la LM.

1

Población, muestreo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por mujeres de 18 a 42 años, en el periodo de lactancia. El muestreo fue a conveniencia y el tamaño de la muestra fue de 107 mujeres en periodo de lactancia en una institución privada.

Criterios de exclusión

- Mujeres en periodo de lactancia en menores de 18 años y mayores de 42 años.
- Mediciones e instrumentos.

Instrumentos de medición

En la realización de este estudio se utilizó un instrumento para la recolección de datos que se describe a continuación:

Lactancia materna. Para medir la variable factores condicionantes del éxito de la LM, se utilizó la cédula sobre la lactancia materna ex profeso. Está integrada por los siguientes factores: género del lactante, fecha de nacimiento, edad de la madre, gestas de la madre, semanas de gestación, tipo de parto, motivo de la cesárea, peso, talla, lactancia materna previa, lactancia materna actual, uso de fórmula, inicio de lactancia materna y duración de la lactancia materna. Entre las opciones de respuesta corresponden: género del lactante (masculino o femenino), fecha de nacimien-

to (dd/mm/aaaa), edad de la madre (años), gestas de la madre (cantidad), semanas de gestación (cantidad), tipo de parto (parto vaginal o cesárea), peso (kilogramos), talla (centímetros), lactancia materna previa (sí o no), lactancia materna actual (sí o no), uso de fórmula (sí o no), inicio de lactancia materna (inmediato o tardío) y duración de la lactancia materna (meses).

Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos, se contó con la autorización de las Comisiones de Ética e Investigación de la Licenciatura en Medicina de la Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR) de la Facultad de Ciencias de la Salud. Posteriormente, se procedió a la revisión de 500 expedientes clínicos al azar, que contenían información del binomio en una institución de salud privada, se aplicó la cédula sobre la lactancia materna ex profeso para la selección de la muestra, y se excluyeron expedientes que no contaban con la información requerida para el estudio, se consideraron como los más relevantes: edad de la madre, gestas de la madre, semanas de gestación, tipo de parto, peso, lactancia materna previa, lactancia materna actual, uso de fórmula, inicio de la LM y duración de la LM.

Consideraciones éticas

En el presente estudio se consideró lo establecido sobre la base de El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987). Se tomó en consideración el título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. De acuerdo, al artículo 13º, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar. Se contó con el dictamen favorable de las Comisiones de Ética e Investigación, y del titular de la institución (artículo 14º, fracciones VII y VIII) de acuerdo con el (artículo 29º) que aclara que en las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aproba-

ción de las autoridades. También ¹ se cumplió con el artículo 16 referente a la protección de la privacidad y la ³⁴ confidencialidad de los participantes.

Análisis estadístico

El estudio utilizó un diseño descriptivo, porque se detallan las características sociodemográficas de los participantes y los factores condicionantes del éxito de la lactancia materna. El estudio se apegó a lo dispuesto al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Para la recolección de datos, se contó con la autorización de las comisiones de Ética e Investigación de la Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR). Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 23. Para analizar los datos, se utilizó la estadística descriptiva para la obtención de las frecuencias absolutas, proporciones y porcentajes para las variables categóricas.

Resultados

Con la información obtenida se encontraron los factores condicionantes del éxito de la lactancia materna (género del lactante, tipo de parto, lactancia previa, gestas de la madre y edad de la madre). Las edades de las madres lactantes que participaron estuvieron entre los 18 y los 42 años (tabla 9.1). Se agruparon cuatro rangos de edades: el más pequeño fue < 20 años, con 1.87% ($n = 2$), el grupo de 20 a 27 años representó 28.97% ($n = 31$), el grupo más representativo fue el de 28 a 35 años, con 53.27% ($n = 57$) y, finalmente, el grupo > de 35 años fue de 15.89% ($n = 17$).

Tabla 9.1. Edad de la madre

Grupo etario	<i>f</i>	%
<20 años	2	1.87
20 a 27 años	31	28.97
28 a 35 años	57	53.27
>35 años	57	15.89

Nota: 107, *f* = frecuencia, % = porcentaje.

El 51.4% ($n = 55$) de las madres lactantes tuvieron resolución del embarazo por cesárea, en comparación con las que tuvieron resolución a través de parto vaginal, con 48.6% ($n = 52$). Se evidenció que la resolución de embarazos por cesárea fue la que más predominó en el grupo de estudio (tabla 9.2).

Tabla 9.2. Tipo de parto

Tipo de parto	<i>f</i>	%
Quirúrgico	55	51.4
Vaginal	52	48.6

Nota: 107, *f* = frecuencia, % = porcentaje.

En la siguiente tabla se muestra el género que predominó en el grupo de estudio. De los 107 participantes, 51.40% ($n = 55$) fue masculino y 48.60% ($n = 52$) fue del género femenino, el margen de diferencia tan sólo representó 2.8%.

Tabla 9.3. Género del lactante

Género del lactante	<i>f</i>	%
Masculino	55	51.4
Femenino	52	48.6

Nota: 107, *f* = frecuencia, % = porcentaje.

La tabla 9.4 muestra la duración de la LM en meses, los lactantes se clasificaron en cuatro grupos. Los datos procesados mostraron que el grupo de 0 a 6 meses representó 42.06% ($n = 45$) del total de la muestra, el grupo de 6 a 12 meses fue de 24.30% ($n = 26$), el de 12 a 24 meses obtuvo una representación de 24.30% ($n = 26$) y el grupo de mayores de 24 meses fue de 9.35% ($n = 10$).

Tabla 9.4. Duración de la lactancia materna

Edad del lactante	<i>f</i>	%
0 a 6 meses	45	42.06
>6 meses a 12 meses	26	24.30
>12 meses a 24 meses	26	24.30
>24 meses	10	9.35

Nota: 107, *f* = frecuencia, % = porcentaje.

De la cantidad de participantes estudiados, se pudieron percibir casos de lactantes que no se alimentaron con LM. En la siguiente tabla se muestra la cantidad de lactantes que recibieron LM en comparación con los que no la recibieron. Del total de 107 participantes, 97.20% ($n=104$) recibió LM y tan sólo 2.80% ($n=3$) no la recibió.

Tabla 9.5. *Recibió lactancia materna*

<i>Se recibió lactancia materna</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	104	97.2
No	4	2.80

Nota: 107, f = frecuencia, % = porcentaje.

Durante la aplicación de la cédula de recolección de datos se pudo notar que algunas madres habían proporcionado lactancia previa con hijos anteriores. Con los datos del estudio, en la tabla 9.6 se expone el número de participantes cuyas madres tuvieron lactancia materna previa y los que no cuentan con este antecedente. Del total de participantes, 37.38% ($n=40$) sus madres tuvieron lactancia previa y, por lo contrario, 62.62% ($n=67$) correspondió a la cantidad de los que no tienen como antecedente lactancia previa.

Tabla 9.6. *Lactancia realizada en hijos anteriores*

<i>Lactancia previa</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	40	37.38
No	67	62.62

Nota: 107, f = frecuencia, % = porcentaje.

Discusión

El primer objetivo fue conocer las características sociodemográficas de las madres, tomando como principal factor la edad. El grupo más representativo por edad fue el de 28 a 35 años, con 53.27%; sin embargo, el rango de edad que se utilizó para el estudio comprende de < 20 años hasta los 35 años, de estatus económico medio.

El presente estudio considera que la edad materna y el estatus socioeco-

nómico son factores que determinan el éxito de la lactancia materna, esto coincide con el estudio de Ramiro *et al.* (2018), quienes hablan sobre las razones principales para finalizar la LM, las cuales fueron: la producción insuficiente de leche y la incorporación al trabajo. El estatus económico medio y alto favorecen el apego a la lactancia materna, en contraste con el estatus económico bajo, donde las madres tienen que incorporarse a la vida laboral en el menor tiempo posible. Esta situación afecta el apego a la LM y es un factor determinante en el éxito de esta.

La producción insuficiente de leche representó un tercio de los motivos para finalizar la LM. Una de las causas más frecuentes es la práctica de una técnica inadecuada de lactancia, que puede resolverse con un apoyo adecuado a la madre. Adicionalmente, esta producción insuficiente de leche podría estar asociada a que el lactante deje de mamar, que es otra razón para la finalización de la LM. Ante una situación así, la formación de la madre podría mejorar la producción de leche y favorecer que el lactante continúe mamando (Ramiro *et al.*, 2018). El presente estudio y el de Ramiro *et al.* (2018) coinciden en gran parte en considerar que la edad y el estatus socioeconómico maternos son factores importantes que van a determinar el apego y éxito en la LM, lo que daría mejores beneficios a la madre y al lactante. Por otro lado, cuando la edad materna es menor de 20 años y el estatus económico es bajo, se observa un mal apego a la LM o un abandono anticipado, sucede así porque muchas de las madres tienen que incorporarse a la vida laboral de manera prematura por no tener trabajos formales que garanticen el derecho a la maternidad. El segundo objetivo específico fue analizar los factores condicionantes del éxito de la lactancia materna, por lo tanto, se analizaron los siguientes factores: edad de la madre, tipo de parto, género del lactante, duración de la lactancia materna, lactancia materna previa.

La OMS (2022) recomienda “[...] mantener como patrón fundamental la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses y luego, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida”. En el caso de nuestro país al igual que otros en América Latina, aún no cumple con esta recomendación, y se demuestra en los resultados presentados. Situación que preocupa, porque sabemos que la leche materna es el alimento ideal para el bebé, ya que lo protege de enfermedades infecciosas, asegura un crecimiento y desarro-

llo óptimos, y potencia su capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar a corto y largo plazo (Unicef, 2022). Llamó la atención que en el grupo de estudio sobresalieron los casos de dos niños que recibieron LM hasta los 7 años. Giraldo *et al.* (2020), reportaron en el estudio que la experiencia de la madre en la LM se consideró un factor de éxito, dado que 90% no tuvo dificultades para pegar el bebé al pecho.

En el presente estudio se expone que los lactantes que tuvieron mejor apego fueron los hijos de madres que no habían practicado la LM previamente. Del total de participantes, 62.62% ($n=67$) correspondió a la cantidad de lactantes que no tenían madres con antecedentes de lactancia previa, Al comparar los resultados, la diferencia es significativa. Ambos estudios difieren en los resultados, por un lado, el estudio que avala el éxito de la LM en madres con lactancia previa, relaciona la experiencia exitosa y las habilidades obtenidas como un aprendizaje estimulante para repetir la práctica en sus próximas hijos; sin embargo, el estudio no externa lo dicho por algunas madres que refieren haber tenido malas experiencias, como pezones agrietados, poco tiempo para dedicar a la lactancia, el cuidado estricto de la dieta y que el bebé se quedara con hambre, entre otros comentarios (no ahondados en este estudio), por lo tanto, estas madres preferían alimentar a sus bebés con fórmulas lácteas. Niño *et al.* (2012), refieren una lactancia exitosa siempre y cuando la experiencia previa haya sido positiva, de lo contrario las madres no desearán intentarlo nuevamente.

Conclusiones

Se encontró dentro de las características sociodemográficas, que la media fue representada por madres jóvenes de 29 años, en un total de 107 participantes con uno o más hijos. Se puede establecer que el género del lactante representa una tendencia favorable en la prevalencia como en la duración de la LM, siendo el género masculino el de mayor predominio. La resolución del embarazo por cesárea es una condicionante para el éxito de la LM en contraste con los estudios relacionados. También se encontró en el estudio que el éxito en la LM se logró más fácilmente en las madres que dieron lactancia previa. Se puede considerar que el número de gestas fue determinan-

te en el apego a la LM, siendo favorable en madres primigestas. En cuanto al tiempo de duración de la LM, la mayor prevalencia obtenida fue hasta los 6 meses.

Referencias

- Aguirre, E. (2018). Trascendencia social de las investigaciones sobre lactancia materna en la Universidad de Costa Rica. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 8(3), 38-46.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2022). *Lactancia materna*. <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2022). *The State of the World's Children 1998, 2004, 2008 and 2014*. <https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children>
- Giraldo, D., López, F., Quirós, A., Agudelo, A., Sierra, S., y Agudelo, D. (2020). Causas del abandono de la lactancia y factores de éxito en la relactación. *Aquichán*, 20(3), e2036.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Censo de población y vivienda. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#:~:text=El%20Censo%20de%20Poblaci%C3%B3n%20y,viviendas%20para%20obtener%20informaci%C3%B3n%2>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2016). *Informe Final ENIM 2015*. <https://www.insp.mx/enim2015/informe-final-enim.html>
- Lerma, P. (2011). *Manejo Clínico y Práctico de la Lactancia Materna en México*. México: Reproducciones Gráficas del Sur.
- Niño, M. R., Silva, E. G., y Atalah, S. E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Chilena de Pediatría*, 83, 161-169.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Alimentación del lactante y del niño pequeño. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Global nutrition targets 2025: Policy brief series. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.2>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Lactancia materna*. https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- Ramiro, M., Ortiz, H., Cañedo-Argüelles, C., Esparza, M., Cortés, O., Terol, M., y Ordoñas, M. (2018). Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría*, 89(1), 32-43. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.09.002>
- Secretaría de Gobernación (Segob). (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la*

persona recién nacida. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.* https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

10. Actitud y conocimiento ante los factores de riesgo de preclamsia en embarazadas

CARMEN MONTEJO ROMERO*

JOSEFA AVENDAÑO CASTILLO**

NOEMÍ CRUZ PACHECO***

Resumen

Introducción: La preclamsia es un trastorno hipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo y el posparto y que tiene repercusiones tanto en la madre como en el feto, generalmente. *Objetivo:* Describir la actitud y el conocimiento ante los factores de riesgo de preclamsia en embarazadas. *Método:* Investigación cuantitativa de diseño transversal descriptivo realizada en 100 mujeres embarazadas que asisten a la consulta externa para su control prenatal en un hospital de la localidad de Ciudad del Carmen, a través de una muestra no probabilística a conveniencia. Se hizo uso de la escala de actitudes ante los signos y síntomas de preclamsia en embarazadas y de la escala de conocimiento de los signos y síntomas de preclamsia en embarazadas. *Resultados:* Los signos y síntomas de preclamsia que predominaron fueron así: 55% presentó dolor de cabeza, 73% sí vieron lucecitas y 61% presentaron zumbido de oídos durante su embarazo. La puntuación sobre los conocimientos fue así: 51% es regular y 48% es bueno. En cuanto

* Maestra en Ciencias de Enfermería. Coordinadora de Enseñanza e Investigación, Colegio de Enfermería en el Perioperatorio de Ciudad del Carmen, A. C., Ciudad del Carmen, Campeche, México.

** Maestra en Administración de Clínicas y Hospitales. Secretaría de Salud del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud en el Estado de Campeche, San Francisco de Campeche, Campeche, México.

*** Maestra en Administración de Hospitales y Servicios de Salud. Coordinadora Estatal de Enseñanza y Servicio Social de Enfermería, Dirección de Innovación y Calidad, San Francisco de Campeche, Campeche, México.

a la actitud, a 20% le resulta indiferente, mientras que para 80% es positiva; por lo tanto, se infiere que la actitud ante factores de riesgo en embarazadas es positiva. *Conclusión:* Es importante que toda embarazada acuda a su control prenatal conforme a la reglamentación establecida, para que el personal de salud la oriente y le brinde la información necesaria respecto al embarazo y a los signos de alarma.

Palabras claves: *actitud, conocimientos, factores de riesgo, preclamsia.*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) reporta que para el 2020 aproximadamente 287 000 mujeres murieron durante o tras el embarazo o parto, prácticamente 95% de todas las muertes maternas se presentan en países de ingresos bajos y medios, esto refleja las desigualdades en el acceso a los servicios de salud de calidad y marca la brecha que existe entre países y regiones. La mayoría de las muertes sucedieron por causas evitables o tratables. El 75% de los decesos maternos fueron provocados por las complicaciones principales, como son las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión arterial durante el embarazo, las complicaciones en el parto y los abortos peligrosos (OMS, 2023).

La preclamsia es un trastorno hipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo y el posparto y tiene repercusiones tanto en la madre como en el feto. Generalmente, esta condición puede ocurrir después de 20 semanas de gestación y hasta seis semanas después del parto, aunque en casos raros puede ocurrir antes de las 20 semanas (OPS, 2019).

En este sentido, ⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2017) define la preclamsia como un trastorno multisistémico, cuyos criterios clínicos no han cambiado en la última década: edad gestacional mayor de 20 semanas, presión arterial mayor de 140/90 mmHg, tira reactiva con 1+ o ⁵ muestra aislada de orina con 30 mg de proteínas en dos muestras de 4 a 6 hr. Varía desde una forma leve a una severa, en la mayoría de las mujeres la progresión a través de este espectro es lenta, y el diagnóstico de preclamsia sin datos de severidad debe ser interpretado como una fase de la enferme-

5
dad. En otros casos, la enfermedad progresa más rápidamente, pues cambia de una forma con datos de severidad en días o semanas. En los casos más graves, la progresión puede ser fulminante, con evolución a eclampsia en cuestión de días o incluso horas (IMSS, 2017).

Este padecimiento puede tener serias complicaciones si evoluciona a una eclampsia o si se manifiesta como un Síndrome de HELLP, también en forma de hemorragias cerebrales, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal y otras dificultades, por lo que se considera una de las cuatro grandes causas de mortalidad materna. En el feto, las repercusiones pueden ser insuficiencia placentaria, que puede desarrollar restricción del crecimiento intrauterino e, incluso, provocar la muerte fetal, generalmente este padecimiento obliga a terminar la gestación antes de tiempo (Ramoneda y Mussons, 2008).

La falta de acceso a una atención médica de calidad es el principal obstáculo para la reducción de las muertes maternas. Para hacer frente a este reto, se requiere que los sistemas de salud sean eficaces y de fácil acceso, sin embargo, en poblaciones marginadas el acceso a los servicios de salud es limitado, ya sea por la distancia, por retrasos en la atención médica o por la falta de insumos en los hospitales (Vargas *et al.*, 2012).

En México, pese a los esfuerzos por ampliar la cobertura de atención de la salud, aún quedan grandes retos, la atención es diferenciada conforme al financiamiento desigual de la población que puede acudir a las diversas instituciones de salud públicas y privadas. Los trabajadores del sector formal y sus familias pueden acceder a los servicios de las instituciones de seguridad social y el resto utiliza servicios públicos fuera de este sistema, a pesar de esta diversidad, existen un gran número de poblaciones lejanas, sin servicio médico o con personal poco capacitado, lo que aumenta el riesgo de que las complicaciones de la salud sean atendidas con retardo y surjan complicaciones asociadas a los padecimientos (Alnuaimi *et al.*, 2020).

Para la disciplina de la enfermería es de gran importancia investigar sobre las problemáticas de salud y enfermedad más comunes en su práctica y aportar las bases científicas para un cuidado adecuado, y contribuir de esta manera a una práctica con altos estándares de calidad y seguridad para el paciente. Como menciona Gómez (2017), la investigación es una necesidad y deber de todo profesional, porque debe reflexionar sobre la

realidad en la que actúa, obtener conocimiento y aplicarlo. En ello radica la utilidad de los estudios sobre investigación en enfermería, necesarios para mejorar los servicios de salud y poder elaborar planes de cuidados de enfermería más sólidos que se basen en evidencia y no en la experiencia intuitiva.

Investigar aspectos de la salud materna y perinatal cobra relevancia con miras a reducir la morbilidad y mortalidad maternas, como parte de los objetivos del desarrollo del milenio para todos los países. Esta temática forma parte de los índices que se deben considerar para la formulación de las políticas en la salud, por esta razón, la presente investigación tiene como propósito proporcionar datos para la toma de decisiones que tienen que ver con la salud, considerando las actitudes y conocimientos de las mujeres embarazadas con preeclamsia, y generar así intervenciones centradas en la atención de las áreas de oportunidad de esta población. *Objetivo:* Describir la actitud y el conocimiento ante los factores de riesgo de preeclamsia en embarazadas.

Método

Diseño de estudio

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, de diseño transversal descriptivo (Castro y Simian, 2018).

Población, muestreo y muestra

La población estuvo constituida por mujeres embarazadas que asisten a la consulta externa para su control prenatal en un hospital de la localidad de Ciudad del Carmen. El muestreo utilizado fue no probabilístico a conveniencia, dada la disponibilidad de los participantes durante un periodo de 3 meses, así quedo una muestra constituida por 100 participantes (Galeano, 2023).

Instrumentos de medición

Se utilizó la cédula de identificación que incluye edad, ocupación, estado civil, escolaridad y religión. Para la variable de interés de Conocimiento, se utilizó la escala de Conocimiento de los signos y síntomas de preclamsia en embarazadas, este instrumento fue modificado, ya que no se trabajó con púerperas, sino con embarazadas. Consta de 9 preguntas, con opción de respuestas que van del (sí) saber, al (no) saber. Y su escala de calificación sería de bueno, con un puntaje de 14 a 16 puntos, regular de 10 a 12 puntos, y malo con < 8 puntos. Lo que indicaría que entre mayor sea el puntaje mayor será el conocimiento (Palacios y Cusihuamán, 2011).

Para la variable actitud, se hizo uso de la escala de las Actitudes ante los signos y síntomas de preclamsia en embarazadas, este instrumento se modificó ya que se trabajaba con púerperas y se adaptó a embarazadas. Consta de 5 preguntas, con una escala de medición que va desde (3) mucho, a (2) regular o (1) poco. Con un puntaje positivo de 15 puntos, indiferente de 8 a 11 puntos y negativo de < 8 puntos, lo que indica que entre más puntaje haga, más actitud tendrá (Palacios y Cusihuamán, 2011).

Procedimiento de recolección de datos

En un primer acercamiento se hizo la evaluación del proyecto por parte del Departamento de Investigación y Posgrado de la UNACAR, después se pidió permiso a la institución de salud donde se realizó el estudio. Se realizó el abordaje de los participantes y se les explicó brevemente el contenido, y los beneficios. Se solicitó un consentimiento informado al sujeto que se estudió y, posteriormente, se aplicaron las escalas correspondientes, al finalizar se agradeció la participación en esta investigación.

Consideraciones éticas

El desarrollo del presente estudio de investigación estuvo apegado a los aspectos éticos y legales de la Declaración de Helsinki (Manzini, 2000) y del

Código de Ética para enfermeros de México (Enfermería, 2001). Cabe señalar que los individuos fueron participantes voluntarios e informados, siempre se respetó el derecho de los participantes en la investigación y se protegió su integridad. Durante toda la investigación, cada individuo recibió información adecuada acerca de los objetivos y beneficios del experimento. También se le informó de su derecho de tomar parte o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

Análisis estadísticos

Los resultados obtenidos se analizaron en la base de datos estadísticos Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Los datos fueron capturados por medio del programa Survey Monkey y exportados al SPSS para análisis. Para analizar los datos se utilizaron estadísticos descriptivos como la frecuencia y los porcentajes.

Resultados

Características sociodemográficas

El grupo de estudio se conformó por 100 mujeres embarazadas, tuvo una media de 22.88 años y una mediana de 23 años. Las amas de casa predominaron en 83%, y 8% fueron estudiantes y empleadas; mientras que sólo 1% fue profesionalista. El estado civil de unión libre fue preponderante en 71%, seguido de casada, con 16% y el estado civil de menor número fue el de divorciadas y separadas con 2%. Prevalcieron las mujeres con secundaria completa en 40%, mientras que 20% tuvieron primaria completa, por otro lado, 16% contestaron que su escolaridad fue de secundaria y bachillerato incompletos y 8% tuvieron bachillerato completo. Por lo que respecta a la religión, 41% es católica, 25% cristiana, por lo tanto, se observó que la mayoría de las embarazadas tienen creencias religiosas; 31% es no creyente y el restante 3% es testigo de Jehová (tabla 10.1).

Tabla 10.1. Datos sociodemográficos de los participantes

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ocupación		
Estudiante	8	8.0
Ama de casa	83	83.0
Empleada	8	8.0
Profesionista	1	1.0
Estado civil		
Soltera	9	9.0
Casada	16	16.0
Divorciada	2	2.0
Separada	2	2.0
Unión Libre	71	71.0
Escolaridad		
Primaria completa	20	20.0
Secundaria completa	40	40.0
Bachillerato completo	8	8.0
Secundaria incompleta	16	16.0
Bachillerato incompleto	16	16.0
Religión de la embarazada		
Católica	41	41.0
Cristiana	25	25.0
Testigo de Jehová	3	3.0
No creyente	31	31.0

Nota: $n = 100$, f = frecuencia, % = porcentaje.

Características ginecobstetricias

El 7% de las entrevistadas estaban en el primer trimestre del embarazo, 19% en el segundo trimestre y 74% en el tercer trimestre cuando acudieron a la consulta ginecobstetricia. Por lo que respecta a los signos y síntomas de preclamsia, 55% dijo que sí presentó dolor de cabeza, 62% respondió que no tenía dolor o ardor en la boca del estómago, 73% de embarazadas reportó que sí vio lucecitas, 61% presentó zumbido de oídos durante su embarazo y 65% indicó que sí padecieron hinchazón de rodillas (tabla 10.2).

Tabla 10.2. *Características ginecobstetricias*

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Periodo de la gestación		
Primer trimestre	7	7.0
Segundotrimestre	19	19.0
Tercer trimestre	74	74.0
Dolor de cabeza		
No	45	45.0
Sí	55	55.0
Dolor ardor en la boca del estómago de la embarazada		
No	62	62.0
Sí	38	38.0
Vio lucecitas (fosfenos)		
No	27	27.0
Sí	73	73.0
Zumbido de oídos (Acufenos)		
No	39	39.0
Sí	61	61.0
Hinchazón de miembros inferiores		
No	35	35.0
Sí	65	65.0

Nota: $n = 100$, f = frecuencia, % = porcentaje.

Conocimientos y actitudes

En función de las puntuaciones de los conocimientos se obtuvo que 51% es regular y 48% es bueno, esto muestra que la mayoría de las embarazadas tiene buen conocimiento de los factores de riesgo de preclamsia (tabla 10.3).

Tabla 10.3. *Nivel de conocimientos*

<i>Nivel de Conocimientos</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Deficiente	1	1.0
Regular	51	51.0
Bueno	48	48.0

Nota: $n = 100$, f = frecuencia, % = porcentaje.

Por lo que respecta a la actitud, 20% fue indiferente y 80% fue positiva; por lo tanto, se infiere que la actitud ante factores de riesgo en embarazadas es positiva (tabla 10.4).

Tabla 10.4. Actitud ante factores de riesgo en el embarazo

Actitud	f	%
Indiferente	20	20.0
Positiva	80	80.0

Nota: $n = 100$, f = frecuencia, % = porcentaje.

Discusión

Este estudio se llevó a cabo con el fin de investigar el objetivo general que fue identificar la actitud y el conocimiento de las mujeres embarazadas ante los factores de riesgo de la preclamsia. Así, participaron de 100 mujeres embarazadas que llegaron citadas de ginecología y obstetricia al hospital de esta localidad. Los hallazgos encontrados muestran que las embarazadas tienen muy poco conocimiento de los factores de riesgo de la preclamsia, por lo que no saben cómo actuar ante sucesos de riesgo que podrían presentar durante su embarazo y que pueden afectar su salud y la del feto.

En cuanto a los datos sociodemográficos, se pudo observar una media de 22.88 años de edad, de donde se infiere que su vida sexual activa empieza a temprana edad. Estudios como el de Hernández (2021), señalan que la población estudiada es un poco mayor (27 años) o el de Vinaccia *et al.* (2006), donde la población es más joven (entre 15 y 20 años), esta información se relaciona con la muestra seleccionada para el estudio y representa un área de oportunidad para que los programas de salud se enfoquen y brinden un abordaje integral a los adolescentes y a los jóvenes en edad reproductiva.

Al considerar que la mayoría de las embarazadas son amas de casa, viven en unión libre y su nivel académico es sólo la secundaria terminada, Guerra *et al.* (2008) determinaron en su estudio los factores que predisponen complicaciones en el embarazo, en mujeres de una localidad de Cuba, ellos identificaron que la escolaridad, la edad y el nivel de conocimientos sobre

las complicaciones, son datos que resultan significativos para aumentar la posibilidad de complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Respecto a los factores de riesgo de la preclamsia, se encontró que las embarazadas tienen conocimientos que se califican de regulares a buenos, y estos datos concuerdan con los que encontraron con García y Montañez-Vargas (2012) donde más de 86% de las no embarazadas y 92% de las embarazadas encuestadas mencionaron conocer los signos de alarma para buscar atención de emergencia.

Al describir la actitud y el conocimiento de los factores de riesgo de la preclamsia, se pudo identificar que las embarazadas sí tenían interés en conocer los signos y síntomas de alarma, por lo que se determinó que entre mayor conocimiento de la preclamsia se tenga, habrá menor riesgo de muerte materna. Estos datos difieren con lo reportado por Luque (2017), que expresa que el conocimiento que tienen las mujeres en edad fértil sobre los trastornos hipertensivos del embarazo no es satisfactorio; sin embargo, casi todas tienen actitudes positivas para conocer qué es la preclamsia y más de la mitad asumen prácticas de autocuidado adecuadas. En los resultados anteriores hay que tener en consideración que, muchas veces, las embarazadas acuden a realizar su primer chequeo alrededor del tercer trimestre, antes de ello, la participación del personal de salud para informar y educarlas es poca o nula.

Conclusiones

Se obtuvieron porcentajes altos en el nivel del conocimiento que se tiene sobre la preclamsia, en comparación con el desconocimiento de este padecimiento, y se consideró que esta instrucción se puede reforzar durante el desarrollo del embarazo, por lo que se cumplió el objetivo general y específico.

Por otro lado, se observó que existe una gran población de mujeres jóvenes embarazadas, lo que da la pauta para implementar acciones sobre la salud sexual y reproductiva, así como de la salud gestacional y de otros temas relacionados con el cuidado de la mujer y del niño. Por las evidencias anteriores, es importante que toda embarazada acuda a sus atenciones pre-

natales conforme a la reglamentación establecida para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, y la atención de la persona recién nacida, para que el personal de salud la oriente y le brinde toda la información necesaria sobre el embarazo y los signos de alarma, como el trastorno hipertensivo del embarazo, una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad materna y fetal. Por esta razón es esencial que se conozcan los signos de alarma y la persona pueda buscar ayuda oportuna.

Referencias

- Alnuaimi, K., Abuidhail, J., y Abuzaid, H. (2020). Los efectos de un programa de educación para la salud sobre la preeclampsia en los conocimientos de las mujeres: Un ensayo controlado aleatorio. *International Nursing Review*, 67(4), 501-511.
- Cararach Ramoneda, V., y Botet Mussons, F. (2008). Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. En *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología* (pp. 139-144). Barcelona: Asociación Española de Pediatría.
- Castro, M., y Simian, D. (2018). La enfermería y la investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 301-310. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.007>
- Enfermería, C. I. (2001). *Código de ética para enfermeros y enfermeras de México*.
- Galeano, B. (2023). Técnicas de estadística descriptiva en tesis de grado de la Licenciatura de Enfermería de una universidad pública, Paraguay, año 2020. *Revista Científica UPAP*, 3(1), 69-79. <https://doi.org/10.54360/rcupap.v3i1.125>
- García-Regalado, J. F., y Montañez-Vargas, M. I. (2012). Signos y síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(6), 651-657.
- Gómez, A. (2017). La investigación en enfermería. *Enfermería Nefrológica*, 20(1), 13.
- Hernández, S. M. (2021). *Conocimiento y actitud sobre signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en gestantes. Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca-2020*. Tesis de Licenciatura en Obstetricia. Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Perú. <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4093>
- Instituto Mexicano del Seguros Social (IMSS). (2017). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención*. México: IMSS. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/020GER.pdf>
- Luque Cupi, I. G. (2017). *Conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de los trastornos hipertensivos en gestantes, Centro Materno Infantil "Ollantay", junio-julio 2017*. Tesis de Licenciatura en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/7139>
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, 6(2), 321-334. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Mortalidad materna*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). *Día de concientización sobre la preeclampsia*. <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
- Palacios, R. C., y Cusihuamán Auccacusi, Y. (2011). *Conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia en puérperas con este síndrome durante la gestación y los resultados perinatales*. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2010. Tesis de Licenciatura en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/1176>
- Ramírez Guerra, J., Delgado Guevara, N., y Infante Cabrera, R. M. (2008). Factores predisponentes y complicaciones maternas-neonatales de la anemia en el embarazo. *MULTIMED*, 12(1). <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1795>
- Vargas, V. M., Acosta, G., y Moreno, M. A. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(6), 471-476. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600013>
- Vinaccia, S., Sánchez, M. V., Bustamante, E. M., Cano, E. J., y Tobón, S. (2006). Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 41-51.

Tercera parte
SALUD MENTAL



11. Significados atribuidos a la pandemia por COVID-19: perspectivas de jóvenes universitarios

MANUEL ANTONIO LÓPEZ-CISNEROS*
JUAN YOVANI TELUMBRE-TERRERO**
CARLOS REYES-SÁNCHEZ***
LESLIE GUADALUPE GRANIEL-THOMPSON****

Resumen

Introducción: La pandemia por COVID-19 provocó una crisis sanitaria a nivel mundial, y afectó significativamente a los jóvenes, quienes debido a las restricciones establecidas por las autoridades gubernamentales, limitaron múltiples actividades de la vida cotidiana. Así generaron diversas alteraciones biopsicosociales propias de su etapa de crecimiento y desarrollo. *Objetivo:* Explorar los significados atribuidos a la pandemia por COVID-19 desde la perspectiva de algunos jóvenes universitarios. *Método:* Enfoque cualitativo, descriptivo, transversal, con un muestreo teórico conformado por 12 jóvenes universitarios. *Resultados:* Emergieron tres categorías con sus respectivas subcategorías que fueron: impacto psicológico (incertidum-

* Doctor en Ciencias de Enfermería. Enfermero Operativo en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Gestor del Programa Educativo de Licenciatura en Enfermería y profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: 0000-0002-9384-5752

** Doctor en Salud Mental. Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: 0000-0002-8695-7924

*** Doctor en Enfermería. Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Enfermería Nuevo Laredo de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. ORCID: 000-0001-8915-4644

**** Maestra en Ciencias de Enfermería. Enfermera Operativa en el Hospital General Zona con Medicina Familiar No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Profesora de Hora Semana Mes en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: 0000-0001-8647-6576

bre y salud mental), impacto familiar (dinámica familiar) e impacto social (duelo y cambio social). *Conclusiones:* Es importante implementar estrategias educativas y de salud que contribuyan a la disminución y erradicación de trastornos biológicos, psicológicos y sociales desencadenados por el confinamiento debido al COVID-19.

Palabras clave: *significado, juventud, COVID-19.*

Introducción

La pandemia por COVID-19 se estableció como la mayor crisis sanitaria de las últimas generaciones a nivel mundial (Cowie y Mayers, 2020), durante la cual se desencadenaron una serie de trastornos biológicos, psicológicos y sociales en la población en general, especialmente en el grupo etario constituido por los jóvenes, quienes tuvieron que enfrentarse a una serie de situaciones particulares que condicionaron los procesos de enseñanza y aprendizaje en el entorno universitario, la pertenencia a iguales, el establecimiento de comunicación asertiva, la convivencia armónica con familiares y, principalmente, el establecimiento de relaciones afectivas, impactando significativamente en la capacidad de relación social, a partir del confinamiento y las medidas preventivas establecidas por las instituciones gubernamentales (González-Jaimes *et al.*, 2020).

Estos cambios repentinos provocaron en gran magnitud la pérdida de la interacción social en los jóvenes, originando sensaciones, sentimientos y emociones vinculados al estrés, la ansiedad, la angustia, el temor, la desesperación, la tristeza, la soledad, la preocupación y la incertidumbre, entre otros, debido a la propia emergencia de salud repentina, condicionada por el COVID-19 (Silva, 2020).

Por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el COVID-19 como pandemia, convirtiéndolo en un tema prioritario y relevante para la sociedad científica, donde se redoblaron esfuerzos para tener un acercamiento real al virus y a todas sus características relacionadas con las principales manifestaciones clínicas, tratamientos y complicaciones; sin embargo, a pesar de las múltiples investigaciones científicas efectuadas en

torno a este fenómeno, existen pocas aproximaciones que documenten el significado atribuido a este virus desde un enfoque cualitativo.

Una de las corrientes filosóficas que favorecen un abordaje para indagar los significados es el Interaccionismo Simbólico propuesto por Herbert Blumer desde hace varias décadas. Es considerado como una corriente de la sociología que establece la importancia de comprender y representar los procesos de creación y atribución de significados atribuidos a las situaciones vividas durante la pandemia de COVID-19. Esta corriente filosófica considera las personas que intervienen, los escenarios establecidos y las situaciones específicas desarrolladas en momentos cruciales de cada persona (Blumer, 1969; Zarate *et al.*, 2006). Por ello, el propósito del presente estudio se dirigió a explorar el significado atribuido a la pandemia por COVID-19 desde la perspectiva de 12 jóvenes universitarios.

Método

El presente estudio fue no experimental, transversal con diseño cualitativo, se utilizó la corriente filosófica del Interaccionismo Simbólico para indagar la comprensión del significado que los jóvenes universitarios atribuyen a la pandemia por COVID-19 a través de la **interacción continua** y la comparación de contrastes, implementando como **fuentes de datos el grupo focal, donde se realizaron construcciones sociales a través de ideas, posturas, símbolos e imágenes colectivas** (Glaser y Strauss, 1967).

La población de interés estuvo constituida por jóvenes de 20 a 23 años, estudiantes de una universidad pública ubicada en el estado de Campeche, México. El muestreo fue teórico debido a que se recogieron, codificaron y analizaron los datos hasta lograr la saturación de conceptos. La muestra se conformó por jóvenes universitarios que participaron voluntariamente en el grupo focal constituido por 12 estudiantes. Se realizó un grupo focal con dos sesiones que permitieron la saturación de conceptos, esto fue el criterio determinante para que el investigador decidiera no continuar buscando mayor información relacionada con alguna de las categorías emergentes, puesto que las narraciones relacionadas con los conceptos se repitieron de forma sistemática, sin aportar información nueva o relevante (Glaser y

Strauss, 1967). Para recolectar la información se desarrolló una guía de preguntas cualitativas enfocadas a las temáticas que contribuyeron a indagar el significado atribuido mediante la discusión focal y una conclusión general.

El estudio contó con la aprobación de la Comisión de Investigación de la institución educativa donde se llevó a cabo el estudio, así como el consentimiento informado de los jóvenes participantes. En primer término se invitó a los jóvenes a participar de forma voluntaria, se les dio a conocer el objetivo general, los procedimientos y el tiempo de recolección de datos, se entregó el consentimiento informado impreso, previo a las sesiones del grupo focal se dio la bienvenida a los participantes, se realizó una breve presentación para conocer a cada uno de ellos, se procuró que estuvieran cómodos y sin distractores, se solicitó la autorización pertinente para utilizar algunos dispositivos de audio y grabar las sesiones, se hizo hincapié en que no se evidenciarían los nombres de los participantes ni los datos particulares para proteger en todo momento la identidad personal. El presente estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987).

El análisis de la información se llevó a cabo por medio de la revisión del contenido, línea por línea de los textos derivados de las narraciones de los grupos focales, se efectuó codificación axial y selectiva hasta definir las categorías centrales del estudio.

Resultados

Los resultados obtenidos en las sesiones efectuadas con el grupo focal permitieron identificar tres categorías emergentes con sus respectivas subcategorías, y quedaron de la siguiente manera: Categoría I: Impacto Psicológico con la subcategoría de incertidumbre y salud mental, la Categoría II: Impacto Familiar con la subcategoría de dinámica familiar y por último la Categoría III: Impacto Social con la subcategoría de duelo y cambio social.

La tabla 11.1 presenta la Categoría I: Impacto Social, definida como el conjunto de actitudes y conductas (comportamientos, sentimientos, pensamientos, emociones), condicionadas por una situación específica que involucra una amenaza, un daño o una pérdida trascendental en un periodo de

tiempo determinado y se vincula con la subcategoría de Incertidumbre que se relaciona con la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán.

Tabla 11.1. *Impacto Psicológico e incertidumbre de los jóvenes universitarios ante la pandemia de COVID-19*

Categoría	Subcategoría	Códigos vivos
<p>Impacto Social: Conjunto de actitudes y conductas condicionadas por una situación específica que involucra una amenaza, daño o pérdida trascendental en un periodo de tiempo determinado.</p>	<p>Incertidumbre: Incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán.</p>	<p><i>Al principio era "divertido" típicas palabras de todos, usualmente pensamos que eran como vacaciones y estaba bien, pero entre más avanzaba los meses y veíamos como empeoraba todo, entonces ya no era igual...</i></p>
		<p><i>Primero consideré que todo esto sería "bueno" pues implicaba quedarse en casa, serían como vacaciones, sin embargo, después de un tiempo tenía miedo de saber que iba a pasar, causándome incertidumbre y miedo...</i></p> <p><i>Vaya que nos pegó duro, porque prácticamente de la noche a la mañana cambio toda mi vida, la de mi familia y amigos, era algo incierto, no sabíamos que iba a pasar...</i></p> <p><i>Todo esto empezó a generarme una preocupación intensa, principalmente porque venía el examen de nuevo ingreso a la universidad y yo no sabía que iba a hacer, pues no me dejarían ir a presentarlo...</i></p> <p><i>Siempre experimente miedo desde que empezó la pandemia, ya que no sabía que iba a pasar el día de mañana conmigo y mi familia si nos infectábamos...</i></p> <p><i>Me angustiaba el hecho de pensar que no vería a mi novia, a mis amigos ya no se podía cotorear si no ahora estar nada más encerrado en casa...</i></p> <p><i>Me preocupaban mis clases, como íbamos a pasar el curso si no asistíamos como nos evaluarían me sentía impotente y angustiado...</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 11.2 plasma la categoría Impacto Social, definida como el conjunto de actitudes y conductas (comportamientos, sentimientos, pensamientos, emociones), condicionadas por una situación específica que involucra una amenaza, daño o pérdida trascendental en un periodo de tiempo determinado y se relaciona con la subcategoría de Salud Mental considerada como un estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno sociocultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés.

Tabla 11.2. *Impacto Psicológico y Salud Mental de los jóvenes universitarios ante la pandemia de COVID-19*

Categoría	Subcategoría	Códigos vivos
Impacto Social: Conjunto de actitudes y conductas condicionadas por una situación específica que involucra una amenaza, daño o pérdida trascendental en un periodo de tiempo determinado.	Salud Mental: Estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno sociocultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés.	<i>La cuarentena hizo que mi estado mental se afectará mucho, me aislé de mis amistades, mi humor cambio y también mi personalidad, todo en un mismo año...</i>
		<i>Durante el confinamiento experimenté demasiado estrés, ansiedad, temor, tristeza...</i>
		<i>La mente a veces es muy traicionera hacia que cayeras en un estado de tristeza debido a tanto encierro...</i>
		<i>Para mí la pandemia fue una gran caja de cambios y sentimientos encontrados...</i>
		<i>La pandemia fue un cambio de emociones, principalmente de nostalgia y confusión...</i>
		<i>Por momentos pensaba que me volvería loco por tanto encierro, realmente la salud mental estaba deteriorada en toda mi familia...</i>
		<i>En días quedamos limitados de la convivencia hasta pienso que jamás nada será igual...</i>
		<i>Siento como que algo se perdió, me genera estrés que vuelva a haber un brote de COVID, no se creó ya nada es igual...</i>

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 11.3 se puede observar la categoría de Impacto Familiar, considerada como una serie de procesos familiares que modifican la estructura

y la dinámica, alterando las jerarquías, los roles y los estilos de relación, provocando vacíos en las funciones familiares, que generan un desequilibrio en el entorno familiar. Esta categoría se enlaza con la subcategoría de Dinámica Familiar la cual es interpretada como la interacción establecida entre todos los integrantes del núcleo familiar, mediada por normas, reglas, límites, jerarquías y roles, que regulan la convivencia y permite la convivencia armónica a través de la aceptación, la adaptación y la comunicación asertiva.

Tabla 11.3. *Impacto Familiar y Dinámica Familiar de los jóvenes universitarios ante la pandemia de COVID-19*

<i>Categoría</i>	<i>Subcategoría</i>	<i>Códigos vivos</i>
Impacto Familiar , que se considera como una serie de procesos familiares que modifican la estructura y dinámica, alterando las jerarquías, roles y estilos de relación, provocando vacíos en las funciones familiares, que generan un desequilibrio en el entorno familiar	Dinámica Familiar que es interpretada como la interacción establecida entre todos los integrantes del núcleo familiar, mediada por normas, reglas, límites, jerarquías y roles, que regulan la convivencia y permite la convivencia armónica a través de la aceptación, adaptación y la comunicación asertiva.	<i>Por mala suerte me pego ese virus a mi familia, a mis padres y a mí, a cada uno de nosotros nos pegó de una diferente manera...</i>
		<i>En mi familia pasó de todo, una crisis de emociones en mi mamá queriéndose ir de la casa dejando a mi papá porque ya no lo aguantaba...</i>
		<i>Con este confinamiento toda nuestra familia ha logrado tener la confianza que no teníamos, nos llevamos mucho mejor que antes, claro con algunos problemas, pero todo bien...</i>
		<i>Dentro de mi familia éramos muy distanciados por las actividades que cada uno realizaba, no había mucha comunicación, al estar juntos hemos reforzado la confianza y convivencia entre cada uno de los otros...</i>

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 11.4 permite evidenciar la categoría de Impacto Social, que se refiere a todos aquellos efectos o consecuencias que ocurren en el contexto personal o social que modifican actitudes, conductas, costumbres y contextos derivados de una acción, evento, decisión ¹² suceso. Esta categoría se enlaza con la subcategoría de Duelo que es **la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe.**

Tabla 11.4. *Impacto Social y Duelo de los jóvenes universitarios ante la pandemia de COVID-19*

Categoría	Subcategoría	Códigos vivos
<p>Impacto Social, se refiere a todos aquellos efectos o consecuencias que ocurren en el contexto personal o social que modifican actitudes, conductas, costumbres y contextos derivados de una acción, evento, decisión o suceso</p>	<p>Duelo que es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe.</p>	<p><i>El COVID-19 afecto a muchísimas familias principalmente con pérdidas de familiares, amigos compañeros o conocidos...</i></p> <p><i>Es súper triste para todos aquellos compañeros de la universidad que perdieron a su mamá o papá, ellos se ven tristes siempre...</i></p> <p><i>Una pandemia nos llegó a quitar personas cercanas a nosotros...</i></p> <p><i>Para mí ha sido complicado pues mi papa falleció y él era el sustento de nosotros, realmente nunca lo vamos a superar...</i></p> <p><i>Durante toda la pandemia nunca pensé que nos afectaría con la pérdida de algún integrante de la familia, pero nos quitó a mi abuelita...</i></p> <p><i>Mi tía ya cumplió dos años que partió de este mundo precisamente por el virus ese...</i></p> <p><i>Conozco una familia que literal quedo desintegrada pues se murió la mamá y el papá y sus dos hijos se quedaron solos y se los llevaron sus tíos a vivir a otra ciudad...</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 11.5 establece la categoría de Impacto Social, que se refiere a todos aquellos efectos o consecuencias que ocurren en el contexto personal o social que modifican actitudes, conductas, costumbres y contextos derivados de una acción, evento, decisión o suceso. Esta categoría se enlaza con la subcategoría de Cambio Social considerado como un proceso a través del cual una comunidad cambia sus costumbres, legislación, cultura etc., condicionada por diversos motivos internos o externos, y es un factor que afecta directamente la conformación de una comunidad.

Tabla 11.5. *Impacto Social y Cambio Social de los jóvenes universitarios ante la pandemia de COVID-19*

Categoría	Subcategoría	Códigos vivos
<p>Impacto Social, se refiere a todos aquellos efectos o consecuencias que ocurren en el contexto personal o social que modifican actitudes, conductas, costumbres y contextos derivados de una acción, evento, decisión o suceso.</p>	<p>Cambio Social considerado como un proceso a través del cual, una comunidad cambia sus costumbres, legislación, cultura etc., condicionada por diversos motivos internos o externos, siendo un factor que afecta directamente la conformación de una comunidad.</p>	<p><i>Hoy en día extraño mucho como era nuestra vida de antes, extrañar cosas comunes: ir al parque, ir al cine con amigos, ir a comer a lugares con la familia, ir a la escuela y estar conviviendo con tus amigos y maestros...</i></p> <p><i>El Covid afecto nuestro ámbito escolar, laboral y económico, ya no podemos salir a comprar, convivir con los compañeros del salón de clases, ni nada de nada...</i></p> <p><i>Al parecer ira mejorando todo poco a poco, ya de repente salimos a la plaza y convivimos, pero entre pocas personas...</i></p> <p><i>Antes saliendo de clases nos echábamos nuestra reta de futbol, ahora ya ni siquiera nos vemos para nada...</i></p> <p><i>En la facultad celebrábamos tradiciones como día de muertos, navidad, ya todo eso se perdió...</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Respecto a la Categoría I: Impacto Psicológico, podemos señalar que Ferrer (2020), menciona que es importante destacar que ante la situación del COVID 19 las personas deben de permanecer aislados para evitar que se siga propagando la enfermedad generando en ellos desesperación, pérdida de libertad, aburrimiento, insomnio, poca concentración e indecisión, irritabilidad, ira, ansiedad, angustia, de no tener contacto físico con familiares, amigos, no poder desarrollar una rutina de vida normal, todo ello puede traer consigo efectos dramáticos sino son bien canalizados.

En la subcategoría Incertidumbre sobresalen algunos códigos vivos como:

Primero consideré que todo esto sería “bueno”, pues implicaba quedarse en casa, serían como vacaciones, sin embargo, después de un tiempo tenía mie-

do de saber qué iba a pasar, causándome incertidumbre y miedo [...] Vaya que nos pegó duro, porque prácticamente de la noche a la mañana cambió toda mi vida, la de mi familia y amigos, era algo incierto, no sabíamos qué iba a pasar [...] Todo esto empezó a generarme una preocupación intensa, principalmente porque venía el examen de nuevo ingreso a la universidad y yo no sabía que iba a hacer, pues no me dejarían ir a presentarlo [...] Siempre experimenté miedo desde que empezó la pandemia, ya que no sabía qué iba a pasar el día de mañana conmigo y mi familia si nos infectábamos [...] Me angustiaba el hecho de pensar que no vería a mi novia, a mis amigos, ya no se podía cotorrear, sino ahora estar nada más encerrado en casa [...] Me preocupaban mis clases, cómo íbamos a pasar el curso si no asistíamos, cómo nos evaluarían, me sentía impotente y angustiado.

16 Todos los códigos concuerdan con Valdés-Ávila (2020), al señalar que el mundo está experimentando la mayor incertidumbre ante un fenómeno inesperado, para algunas personas representa miedo, para otras personas es una mentira, una guerra biológica, muchas opiniones existen acerca de la nueva rama del coronavirus, lo que sí es cierto es que el ser humano lucha por sobrevivir ante un mundo desconocido, no sólo para la mente, sino también para el sistema inmunológico, y la formación de los genes es un elemento importante para ser analizado, aparte, surgen cambios en diferentes áreas de la vida cotidiana.

En la subcategoría Salud Mental, se destacan narraciones como:

La cuarentena hizo que mi estado mental se afectara mucho, me aislé de mis amistades, mi humor cambió y también mi personalidad, todo en un mismo año [...] Durante el confinamiento experimenté demasiado estrés, ansiedad, temor, tristeza [...] La mente a veces es muy traicionera, hacía que cayeras en un estado de tristeza debido a tanto encierro [...] Para mí la pandemia fue una gran caja de cambios y sentimientos encontrados [...] La pandemia fue un cambio de emociones, principalmente de nostalgia y confusión [...] Por momentos pensaba que me volvería loco por tanto encierro, realmente la salud mental estaba deteriorada en toda mi familia [...] En días quedamos limitados de la convivencia, hasta pienso que jamás nada será igual [...] Siento

como que algo se perdió, me genera estrés que vuelva a haber un brote de COVID, no sé, creo ya nada es igual [...]

Estas narraciones son similares a lo reportado por Caballero-Domínguez y Campo-Arias (2020), quienes destacan que las reacciones psicológicas ante una pandemia suelen ser agudas; sin embargo, es posible observar secuelas emocionales a largo plazo. Estas reacciones dependen de ciertas características individuales, como la intolerancia a la incertidumbre, la vulnerabilidad percibida a la enfermedad o la propensión a la ansiedad. Asimismo, la preocupación exagerada por la salud se presenta en diferentes niveles de intensidad, con significaciones e interpretaciones, generalmente, erróneas y catastróficas de las sensaciones corporales, habitualmente ignoradas. Además, el temor por el contagio, la desinformación, la distorsión o el exceso de información pueden causar preocupaciones confusión, ira o frustración.

Bajo esta misma línea, Rodríguez-Quiroga *et al.* (2020) señalan que ante la presencia de una nueva enfermedad emergente, las noticias sobre el número de muertos, la aceleración del número de casos nuevos y la atención expansiva de los medios de comunicación pueden aumentar los temores, las frustraciones, la impotencia y la ansiedad de la gente por la situación. De este modo, se han descrito diferentes alteraciones psicológicas, entre las cuales las más comunes son: preocupaciones, ansiedad, alteraciones del estado de ánimo, falta de sueño y creencias hipocondríacas. Los sentimientos generalizados de desesperanza, incertidumbre y miedo tienden a estar muy presentes en la sociedad, como resultado de que la vida tal y como la conocemos cambia.

En consonancia con la segunda Categoría II: Impacto Familiar, se puede establecer que derivado de la pandemia muchos progenitores tuvieron que quedarse en casa trabajando telemáticamente (como fórmula para poder mantener sus trabajos) o tras haber perdido sus empleos, y a la vez tenían que cuidar de sus hijos, con el consiguiente estrés en esta situación sobrevenida de convivencia familiar (Brooks *et al.*, 2020).

En este, en la subcategoría Dinámica Familiar sobresalen expresiones como:

Por mala suerte me pegó ese virus a mi familia, a mis padres y a mí, a cada uno de nosotros nos pegó de una diferente manera [...] En mi familia pasó de todo, una crisis de emociones en mi mamá, queriéndose ir de la casa, dejando a mi papá, porque ya no lo aguantaba [...] Con este confinamiento toda nuestra familia ha logrado tener la confianza que no teníamos, nos llevamos mucho mejor que antes, claro, con algunos problemas, pero todo bien [...] Dentro de mi familia éramos muy distanciados por las actividades que cada uno realizaba, no había mucha comunicación, al estar juntos hemos reforzado la confianza y convivencia entre cada uno de los otros [...] En confinamiento he tenido que convivir más con mi familia, ayudar más en las labores del hogar, aprender a cocinar y otras cosas [...]

En este sentido, Trejo *et al.* (2020) mencionan que las familias ante acontecimientos de alto estrés pueden experimentar resiliencia y crecimiento postraumático, y es frecuente que aquellas con relaciones familiares positivas se adapten adecuadamente a estas situaciones perturbadoras. Del mismo modo, el papel de la regulación extrínseca, es decir, la que se da en el vínculo relacional con otros (co-regulación) para la adaptación en la adolescencia y jóvenes.

Así también una de las disposiciones que resultó crucial para el control del nuevo coronavirus, al igual que en otros países, fue el distanciamiento físico, con el correspondiente aislamiento dentro de las viviendas. En esta etapa, la familia fue decisiva como contexto donde se desarrollaron la mayoría de las relaciones interpersonales. La convivencia se desarrolló en condiciones atípicas y ello se reflejó en el funcionamiento familiar, el cual manifestó características peculiares y diversas por responder a una situación de crisis (Vergara *et al.*, 2020).

En relación con la Categoría III: Impacto Social, Mora (2021) puntualiza que el afrontamiento de los duelos en esta pandemia depende en gran parte de la personalidad y de lo establecido a nivel personal, ya que a nivel colectivo depende de cuán dispuestos estemos a compartir nuestros dolores y experiencias, expresándolos en forma comunitaria. También depende de las experiencias previas de afrontamiento y de la resiliencia desarrollada frente a la adversidad en lo personal y en lo social.

En la subcategoría Duelo, emergieron hablas como:

El COVID-19 afectó a muchísimas familias, principalmente con pérdidas de familiares, amigos compañeros o conocidos [...] Es súper triste para todos aquellos compañeros de la universidad que perdieron a su mamá o papá, ellos se ven tristes siempre [...] Una pandemia nos llegó a quitar personas cercanas a nosotros [...] Para mí ha sido complicado, pues mi papá falleció y él era el sustento de nosotros, realmente nunca lo vamos a superar [...] Durante toda la pandemia nunca pensé que nos afectaría con la pérdida de algún integrante de la familia, pero nos quitó a mi abuelita [...] Mi tía ya cumplió dos años que partió de este mundo, precisamente por el virus ese [...] Conozco una familia que, literal, quedó desintegrada, pues se murió la mamá y el papá y sus dos hijos se quedaron solos y se los llevaron sus tíos a vivir a otra ciudad [...]

Estas hablas concuerdan con lo estipulado por Ceberio (2021), que señala que el fallecimiento de un ser querido es uno de los acontecimientos más estresantes de la vida: la pérdida es seguida de un periodo de luto y de aflicción, y el tránsito de duelo puede durar unos meses, o en casos patológicos no terminar nunca. En este sentido, no existen patrones de tiempo y el duelo dependerá de una multiplicidad de factores, desde la posibilidad de expresar las emociones, del haber logrado despedirse de la persona y haber cerrado el vínculo, de la aceptación de la muerte y del nivel de negación sobre la muerte, entre otros.

Referente a la subcategoría Cambio Social, se destacan expresiones como:

Hoy en día extraño mucho cómo era nuestra vida de antes, extrañar cosas comunes: ir al parque, ir al cine con amigos, ir a comer a lugares con la familia, ir a la escuela y estar conviviendo con tus amigos y maestros [...] El COVID afectó nuestro ámbito escolar, laboral y económico, ya no podemos salir a comprar, convivir con los compañeros del salón de clases, ni nada de nada [...] Al parecer, irá mejorando todo poco a poco, ya de repente salimos a la plaza y convivimos, pero entre pocas personas [...] Antes, saliendo de clases nos echábamos nuestra reta de fútbol, ahora ya ni siquiera nos vemos para nada [...] En la facultad celebrábamos tradiciones como día de muertos, Navidad, ya todo eso se perdió [...].

Esto concuerda con Díaz *et al.* (2020) al señalar que ¹ la situación de pandemia generada por el COVID-19 es, sin duda alguna, el evento más extremo al que ha tenido que enfrentarse la sociedad en lo que va del siglo, tanto por su extensión, que ha afectado a cientos de millones de personas, como por su duración de meses y su previsible continuidad y consecuencias. La situación de excepcionalidad derivada ha abarcado todos los ámbitos de nuestro funcionamiento como sociedad: el relacional, el sanitario, el económico, el educativo, entre otros.

Conclusiones

Los resultados de la presente investigación permitieron conocer los significados atribuidos por los jóvenes universitarios a la pandemia por COVID-19, donde se destaca que las medidas implementadas ante la pandemia por las autoridades sanitarias nacionales e internacionales permitieron mitigar los efectos de esta; sin embargo, trajo consigo cambios psicológicos importantes en las personas. Esto ha llevado a experimentar estados emocionales importantes en los jóvenes, con un impacto considerable en la salud mental de los sujetos.

También se pudo constatar que el periodo de confinamiento tuvo un impacto sustancial en la dinámica familiar, donde los integrantes de la familia tenían que convivir por más tiempo, ocasionando problemas familiares y alteraciones en la forma de convivencia. Asimismo, se visualizó el impacto social, donde la pandemia y las medidas de restricción ocasionaron cierre de lugares y pérdidas de empleos, esto tiene un efecto directo en las familias y, por ende, en la sociedad.

Es necesario que las instituciones gubernamentales, con el equipo multidisciplinario de salud, establezcan programas educativos que impacten en la reducción de alteraciones o en la limitación de alteraciones biopsicosociales de los jóvenes universitarios, condicionadas por la pandemia de COVID-19.

Referencias

- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Caballero-Domínguez, C. C., y Campo-Arias, A. (2020). Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary*, 17(3), 1-3. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3467>
- Ceberio, M. R. (2021). COVID-19: la muerte en soledad-aislamiento, miedo al contagio y duelo en pandemia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 19(2), 248-268.
- Cowie, H., y Myers, C.-A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and well-being of children and young people. *Children & Society*, 35(1), 62-74. <https://doi.org/10.1111/chso.12430>
- Glaser, B., y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for Qualitative research*. Chicago: Aldine.
- González-Jaimes, N. L., Tejeda-Alcántara A. A., Espinosa-Méndez, C. M., y Ontiveros-Hernández, Z. O. (2020). Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia de COVID-19. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.756>
- Lozano-Díaz, A., Fernández-Prados, J. S., Figueroa Canosa, V., y Martínez Martínez, A. M. (2020). Impactos del confinamiento por el COVID-19 entre universitarios: Satisfacción Vital, Resiliencia y Capital Social Online. *RISE*, 9(1), 79-104.
- Mora Guevara, E. (2021). Los duelos del COVID-19: Acompañamiento Pastoral desde la Teología Práctica. *Teología Práctica Latinoamericana*, 1(1), 61-80. <https://revistas.ubl.ac.cr/index.php/tpl/article/view/164>
- Piña Ferrer, L. (2020). El COVID 19: Impacto psicológico en los seres humanos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 4(7), 188-199.
- Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Álvarez de Mon, M. A., y Quintero, J. (2020). Update on COVID-19 and mental health. *Medicine*, 13(23), 1285-1296. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Silva Junior, F. J. G. D., Sales, J. C. E. S., Monteiro, C. F. S., Costa, A. P. C., Campos, L. R. B., Miranda, P. I. G., Monteiro, T. A. S., Lima, R. A. G., y Lopes-Junior, L. C. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health of young people and adults: A systematic review protocol of observational studies. *BMJ Open*, 10(7), e039426. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039426>
- Trejo, L. L., Moreno, S. V., Zegarra, S. P., Marín, M. P., y Castilla, I. M. (2020). Ajuste familiar

- durante la pandemia de la COVID-19: un estudio de díadas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 66-72. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2035>
- Valdés-Avila, I. M. (2020). Incertidumbre con el COVID-19 y los campos morfogenéticos. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 4(2), 133-140. <https://doi.org/10.36314/cunori.v4i2.137>
- Vera Vergara, V., Pérez León, M., López Bauta, A., Martínez Debs, L., y Quintosa Puebla, Y. (2020). Funcionamiento Familiar Durante La Pandemia: Experiencias desde el Psicogrupos Adultos vs COVID-19. *Revista Cubana de Psicología*, 2(2).
- Zárate, C., Ceballos, M. E., Contardo, M. V., y Florenzano, R. (2006). Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(3), 205-214.

12. Nivel de estrés percibido en población adulta de Ciudad del Carmen, Campeche, México

DENISE LIZETTE DE LA CRUZ JIMÉNEZ*

ARMANDO PAVÓN BENÍTEZ**

BLANCA ESTELA SÁNCHEZ JAIMES***

JUAN YOVANI TELUMBRE-TERRERO****

Resumen

1 *Introducción:* El estrés percibido es el resultado de la relación entre el individuo, el medio ambiente y la evaluación de la percepción individual de una amenaza que pone en peligro su bienestar. *Objetivo:* Determinar el nivel de estrés percibido en la población adulta de 20 a 50 años en Ciudad del Carmen, Campeche. *Método:* Investigación cuantitativa transversal descriptiva realizada en 110 adultos de 20 a 50 años que decidieron participar en el estudio de manera voluntaria. Se utilizó una Cédula de Datos Sociodemográfico y la Escala de Estrés Percibido, el estudio se apegó a los aspectos éticos. *Resultados:* El 25.5% nunca se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida, 40% casi nunca ha sentido que las dificultades se acumulen tanto que no pueda superarlas, manera conjunta, predomina un estrés bajo (63.6%), seguido del estrés con el 20%. *Conclusiones:* Los hallazgos muestran la magnitud del problema y el impacto en la salud de las personas, lo que requiere el diseño de intervenciones interdisciplinarias y multidisciplinarias en salud.

3 * Maestra en Ciencias de Enfermería. Técnico de Laboratorio, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9955-1411>

** Maestro en Administración de los Servicios de Enfermería. Profesor de tiempo completo de la Universidad Linda Vista, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

*** Doctora en Educación. Unidad Académica de Enfermería No. 1, Universidad Autónoma de Guerrero, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7939-0193>

**** Doctor en Salud Mental. Profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Carmen, México. ORCID: 0000-0002-8695-7924

Palabra clave: *estrés percibido, adulto, salud mental.*

Introducción

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) —a través del Informe Mundial sobre Salud Mental— menciona que el estrés es el componente de la salud que representa un desafío para el sistema de salud, además de ser un punto de interés de diversas investigaciones en el mundo, derivado principalmente de los efectos de la pandemia (Ruiz-Frutos y Gómez-Salgado, 2021). Cabe señalar que este acontecimiento mundial surgió a finales de 2019 en China, pero en marzo de 2020 fue declarado un problema de salud pública mundial que desafió a la sociedad, alteró la vida de las personas, la economía y constituyó un reto para el sistema de salud, que tuvo que transformar su sistema de operación y, a la vez, responder con el tiempo encima a las diversas situaciones (Zambrano *et al.*, 2020).

Así también, los efectos de la pandemia pusieron en evidencia la fragilidad de los sistemas de salud que intentaron satisfacer las necesidades de salud mental, o bien de los trastornos mentales que aparecieron a causa del COVID-19 o ya preexistentes, con los recursos disponibles hasta ese momento, de acuerdo a los lineamientos internacionales y nacionales estipulados por los organismos correspondientes (OMS, 2022).

Se debe considerar que hoy en día los trastornos mentales representan la principal causa de discapacidad en toda la población y son responsables de 1 de cada 6 años vividos con discapacidad, según estimaciones mundiales. Las proyecciones muestran que las personas con trastornos mentales graves mueren entre 10 y 20 años antes que la población general, cuyas muertes, en su mayoría, se deben a enfermedades físicas prevenibles (Unicef, 2021).

Por lo que respecta a América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) ha identificado que los trastornos de salud mental representan un problema de salud para toda la población, además de ser un factor determinante para la adquisición o desarrollo de otras enfermedades, para el incremento de la tasa de lesiones no intencionales e intencionales (Granda-Oblitas *et al.*, 2021), y siendo así, un reto para la economía del país, porque implica un gasto público en la atención de la salud mental en toda

la región, donde apenas se cuenta con 2% del presupuesto para la salud, y más de 60% de este dinero se destina a los hospitales psiquiátricos, mas no a la prevención de las enfermedades mentales (Huarcaya-Victoria, 2020).

En consonancia con lo anterior, es necesario puntualizar que el confinamiento experimentado por COVID-19 tuvo implicaciones en la salud de las personas, principalmente en la esfera psicológica y que, en ocasiones, fueron minimizadas o relacionadas con otros trastornos como la ansiedad, la depresión y el estrés (Pedrozo-Pupo *et al.*, 2020), pero que limitaron la vida de las personas, además de manifestarse con síntomas físicos que pudieron ser asociados con otros problemas. Ante este contexto, podemos señalar que el estrés o la percepción hacia el estrés constituye una respuesta adaptativa física y psicológica ante las demandas y amenazas del entorno donde el sujeto se desarrolla. Esta adaptación considera aspectos individuales, familiares, sociales y culturales, lo que hace que cada persona lo experimente de diversas maneras y que haga uso de estrategias de afrontamiento que le permitan llevar los síntomas (Arias *et al.*, 2009). Es así como el estrés percibido es una particularidad del estrés, que se caracteriza por el grado en que las situaciones de la vida diaria se perciben como impredecibles e incontrolables en algún momento y, por tanto, se valoran como estresantes y limitantes en la vida de las personas, en todos sus roles (Güilgüiruca-Retamal *et al.*, 2015).

También concibe que los estímulos del entorno no son los estresantes, sino que en realidad desencadenan una respuesta de estrés según la persona que los percibe, por lo tanto, debe comprenderse qué situaciones iguales no generarían la misma reacción en otros individuos, ya que, debido a sus experiencias previas, no les dan el mismo significado (Cozzo y Reich, 2016). Por lo tanto, el estrés es un tema abordado en ciertas investigaciones desde un enfoque psicológico, fisiológico y laboral, debido a las condiciones ambientales, sociales, personales y económicas actuales, en las que se hacen presentes diferentes eventos que pueden considerarse estresantes (Ruiz y Pérez, 2022).

Es así que el estrés percibido es el resultado de la relación entre el individuo, el medio ambiente y la evaluación de la percepción individual de una amenaza que pone en peligro su bienestar e integridad como persona. Se ha observado que no sólo hay sobreactivación biológica del organismo, sino que también es resultado de los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que

se ejecutan para dominar, tolerar o reducir sus aspectos negativos, es decir, aquellos que las personas experimentan como desagradables o amenazantes (Ortiz *et al.*, 2019). Ante este contexto, surge la presente pregunta de investigación: ¿cuál es el nivel de estrés percibido en población adulta de 20 a 50 años en Ciudad del Carmen, Campeche? Se espera que los resultados permitan conocer la magnitud del fenómeno de interés y, a la vez, ser el punto de partida para futuras investigaciones que no solo identifiquen la sintomatología, sino que puedan ofrecer apoyo psicológico para mitigar los aspectos relacionados al estrés, a través de un equipo multidisciplinario.

Método

El desarrollo del presente trabajo fue bajo un enfoque de la investigación cuantitativa, dado que permite recolectar y analizar datos números, para así establecer estimaciones puntuales como promedios, predicciones y comprobación de la relación de variables, que permitan la generalización al grueso de la población. Se utilizó un diseño transversal, descriptivo, dado que se realizó una sola medición en tiempo y se describió el fenómeno tal y como ocurre de manera natural, sin manipulación de las variables (Burns *et al.*, 2012).

La población considerada fue una población finita, conformada por personas adultas de 20 a 50 años, que decidieron participar en el estudio de manera voluntaria, durante un periodo determinado. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia (Polit *et al.*, 2000), dado la facilidad de acceso y disponibilidad de las personas para formar parte de la investigación, así quedó una muestra final de 110 sujetos.

Para la obtención de la información, se diseñó un cuestionario que incorporaba datos personales y sociodemográficos de los participantes, como edad, sexo, estado civil y ocupación. Para la variable de interés, se utilizó la Escala de Estrés Percibido, versión en español, que ha sido aprovechada ampliamente. También ha sido utilizada por Remor (2006) quien ha reportado una confiabilidad aceptable. La escala evalúa la percepción del estrés y cómo el conjunto de afirmaciones pudieran considerarse estresantes para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. La escala está

integrada por una serie de afirmaciones que experimentaron los sujetos durante el último mes, así como las posibles implicaciones que pudiera tener en la persona.

La escala de respuesta es tipo Likert, con cinco opciones de respuesta que van desde nunca hasta siempre. Las puntuaciones se asignan de 0 a 4, no obstante, para las preguntas 4, 5, 7 y 8 las puntuaciones se invierten (Campo-Arias *et al.*, 2014). Para una interpretación más precisa se suma cada una de las calificaciones y se obtiene un puntaje final, lo que indica que a mayor puntuación, mayor estrés es percibido. Para una interpretación de forma categórica, las puntuaciones de 1 a 10 indican sin percepción del estrés; de 11 a 20, baja percepción del estrés; de 21 a 30, percepción del estrés, y de 31 a 40, alta percepción del estrés (González-Ramírez *et al.*, 2013).

Dado el abordaje de la población, la recolección de datos se realizó de manera virtual, para esto se diseñó el formulario en el programa Microsoft Forms, y fue distribuido por las redes sociales, para que los participantes pudieran contestarlo en el momento en se sintieran cómodos y seguros. Además, se hizo hincapié en la confidencialidad de los datos. El formulario mostraba una breve descripción de los fines de la investigación, así como las instrucciones para participar y enviar las respuestas. Una vez leída esta parte se les presentaba una pregunta dicotómica, donde el sujeto decidía o no participar en la investigación. En caso afirmativo iniciaba con el llenado de las escalas y, al finalizar, tenía la opción de descargar un tríptico con estrategias para minimizar los efectos del estrés.

Para cuidar la integridad de la persona, la investigación tomó como referente lo señalado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987), que establece los criterios que toda investigación con seres humanos debe cubrir, haciendo hincapié en la confidencialidad, el riesgo y los beneficios. Así también, se consideró la norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los aspectos que deben cumplirse en la ejecución de proyectos con seres humanos, velando por la integridad de los sujetos y por los aspectos éticos y legales de las investigaciones que involucren a seres humanos.

Cabe señalar que la captura, el análisis y la interpretación de los datos se llevó a cabo a través del SPSS versión 23, se usó la estadística descriptiva, a través de medidas de tendencia central y de variabilidad, así como fre-

cuencias y proporciones para los datos números y categóricos de la investigación.

Tabla 12.1. Frecuencias y proporciones de la Escala de Estrés Percibido Adultos

¹ En el último mes	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
Con qué frecuencia ha...	%	%	%	%	%
Estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente	20.9	29.1	34.5	11.8	3.6
Sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida	25.5	35.5	22.7	14.5	1.8
Sentido nervioso o estresado	16.4	15.5	39.1	20.0	9.1
Manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida	6.4	6.4	30.0	37.3	20.0
Estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales	10.0	12.7	25.5	35.5	16.4
Ha sentido que las cosas le van bien	6.4	9.1	32.7	40.9	10.9
Ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer	6.4	10.9	34.5	35.5	12.7
Sentido que tenía todo bajo control	7.3	10.9	40.0	34.5	7.3
Estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control	13.6	28.2	39.1	10.9	8.2
Sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas	20.0	40.0	3.6	14.5	1.8

Nota: %=porcentaje, $n=110$.

Resultados

Datos personales

En la investigación participaron 110 sujetos con edad comprendida entre 20 y 30 años de Ciudad del Carmen, Campeche, con una media de 28.73 años ($DE=8.08$), predominó el sexo femenino con 74.5% y el masculino con 25.5%. Se destaca que 73.6% es soltero, 15.5% casado y 5.5% vive en unión libre. En relación con la formación académica se destaca que 72.9% cuenta con licenciatura y 23.6% con bachillerato. En cuanto a su ocupación, 55.5% trabaja fuera de casa y 22.7% es ama de casa.

Estrés percibido

Con relación al estrés, se destaca que 25.5% nunca se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida, 40% casi nunca ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no pueda superarlas, 40% de vez en cuando ha sentido que tenía todo bajo control, 40.9% a menudo ha sentido que las cosas le van bien y 20% muy a menudo ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida (tabla 12.1).

En la tabla 12.2 se observa que la media más alta fue para el ítem de no poder afrontar las cosas que tenía que hacer ($\bar{x}=2.37$, $DE=1.04$), seguida de sentirse nervioso y estresados ($\bar{x}=1.90$, $DE=1.17$).

Tabla 12.2. Medidas de tendencia central de la Escala de Estrés Percibido en Adultos

Variables	\bar{x}	Mdn	DE	Valor	
				Min	Max
1. Afectado inesperadamente	1.48	1.50	1.06	0	4
2. Incapaz de controlar las cosas	1.32	1.00	1.06	0	4
3. Nervioso o estresado	1.90	2.0	1.17	0	4
4. Manejar problemas	1.65	1.00	1.19	0	4
5. Control de dificultades	1.42	1.00	1.07	0	4
6. Las cosas le van bien	1.59	1.00	1.01	0	4
7. No podía afrontar	2.37	2.00	1.04	0	4
8. Todo bajo control	1.76	2.00	.999	0	4
9. Enfadado	1.72	2.00	1.09	0	4
10. Dificultades se acumulan	1.38	1.00	1.02	0	4

Nota: \bar{x} = Media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, min = valor mínimo, max = valor máximo.

La tabla 12.3 nos muestra que en la población en estudio predomina un estrés bajo(63.6%), seguido de una percepción del estrés con 20%.

Tabla 12.3. Nivel de estrés Percibido en población adulta

Nivel de estrés	%
Sin percepción al estrés	14.6
Baja percepción	63.6
Percepción al estrés	20.0
Alta percepción	1.8

Nota: % = porcentaje, $n = 110$.

Discusión

Conforme a los resultados de la investigación, se destaca que 74.5% corresponde a mujeres, lo que concuerda con las estadísticas reportadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) en su informe anual sobre crecimiento poblacional, donde señala que históricamente la población mexicana se caracteriza por un predominio de las mujeres en comparación con los hombres, pero que en los últimos años se ha acentuado un poco más, derivado de la transición epidemiológica y demográfica que se está viviendo. Bajo este mismo tenor se ha identificado que los estados con mayor predominio son Hidalgo, Puebla, Veracruz, Guerrero, Tlaxcala, Oaxaca, Ciudad de México y Morelos, donde se estima que existen 109 mujeres por cada 100 hombres.

No obstante, se deben considerar los cambios sociales a los que transitan los estados como consecuencia de la migración de las personas a otras partes de México y del mundo, pero se ha identificado que el número de mujeres tiene aspectos positivos en la economía del país. Por ejemplo, con su participación ha aumentado la fuerza de trabajo, produciendo un crecimiento económico más rápido. También las mujeres han alcanzado lugares y posiciones que no habían logrado antes, lo que ha permitido un desarrollo personal y profesional, con implicaciones en el desarrollo del país (ONU, 2015).

Asimismo, es importante mencionar que 72.9% posee un grado de licenciatura, lo que concuerda con lo estipulado, y es similar a lo que señala la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2019), cuando destaca que un título de educación superior permite que las personas puedan obtener buenos resultados y posicionarse de manera adecuada en el mercado laboral, si se compara esta situación con lo que sucede en los niveles más bajos, se ve claramente que la educación superior favorece que las personas gocen de una estabilidad económica y laboral.

Esto permite que sean profesionales más proactivos, que disfruten de su trabajo y que puedan alcanzar niveles más altos, con mayor retribución económica y mejores prestaciones laborales. Además logran entablar relaciones internacionales a través de la vinculación social y laboral en su lugar

de trabajo (Gómez Collado, 2017). Es por ello que la educación superior beneficia a todas las personas en los distintos campos de la ciencia, la tecnología, la docencia, la investigación y la cultura; es decir, a todos los sectores sociales, y en conjunto ayudan a desarrollar e impulsar el progreso integral del estado y la nación (Sibrian, 2018).

En relación con el estrés percibido, se destaca no poder afrontar las cosas que tenía que hacer, sentirse nervioso y estresado, lo que concuerda con los hallazgos de Molina-Rodríguez *et al.* (2018), en España, donde identificaron que la presencia de síntomas del estrés pudieran representar un factor de riesgo para la aparición de problemas cognitivos. Esto debe considerarse al momento de abordar la salud mental de las poblaciones, ya que en algunas ocasiones las manifestaciones del estrés suelen considerarse como algo normal; no obstante pudiera repercutir en cierta sintomatología física que pudiera condicionar la estabilidad física, biológica y social de la persona (Garcés-Prettel *et al.*, 2021).

En México, Cozzo y Reich (2016) muestran que los sujetos en el estudio manifestaron sentirse nerviosos o estresados, y sentirse preocupados por tareas que tenían que realizar; sin embargo, no lograron identificar la causa raíz y esa sintomatología estuvo presente por varias semanas y meses. Estas variaciones pudieran estar vinculadas a la propia percepción del estrés que tienen estos sujetos; es decir, cuando el cuerpo se manifiesta como una forma de enfrentar las demandas externas que pudiera tener la persona en el ámbito individual, laboral y social (Ortegón *et al.*, 2022). Ante este panorama es que resulta interesante el tamizaje del estrés en los diferentes sectores de la población para tener una estimación y poder intervenir a la brevedad posible (Cabada y Jiménez-Terrazas, 2011).

En lo concerniente al nivel de estrés percibido, predomina un estrés bajo, seguido de la percepción del estrés, lo que difiere con Yáñez (2021), en Guayaquil Ecuador y con lo reportado en España por Ruiz *et al.* (2020), quienes estiman que cerca de 13% de los participantes presenta una alta percepción del estrés, lo que pudiera desencadenar un conjunto de problemas emocionales, como miedo, angustia, nerviosismo, ansiedad y desesperación en la población. Una consecuencia es acentuar la problemática y, por ende, las implicaciones individuales y familiares.

Por otro lado, se ha identificado que el desarrollo e implementación de

medidas de prevención o contención emocional resulta, una muy buena estrategia de afrontamiento, que permite a las personas superar de manera adecuada y pertinente las diversas circunstancias que se les presentan día con día. Además, la oportunidad de canalizar los sentimientos y las emociones de una manera positiva, permitiendo la estabilidad emocional (Pedrozo-Pupo *et al.*, 2020).

Ahora bien, resulta interesante que desde la parte epistemológica de la percepción del estrés, es entendido como un proceso de índole psicosocial donde no sólo hay que tener en cuenta la respuesta física del organismo, sino también las diversas características ambientales y sociales donde el sujeto se desarrolla, las cuales pueden denominarse variables moduladoras (Ceballos-Vásquez *et al.*, 2019) del estrés, y que analizarlas resulta de gran interés para poder brindar una atención integral al sujeto y considerar todos y cada uno de los factores de riesgo o de protección que pudieran estar presentes, y que son determinantes para el bienestar de la persona (Vallejo-Martín *et al.*, 2018).

Bajo esta concepción, el estrés entonces suele ser concebido como un conjunto de respuestas físicas que el individuo presenta en relación con elementos ambientales que resultan amenazantes o desafiantes para su vida, donde el estresor y el ambiente cobran un punto de interés en función de la experiencia vivida por cada una de las personas (Téllez *et al.*, 2022). Por otra parte, la propia percepción del estrés suele ser también un área de oportunidad que permite a la persona adaptarse hacia sus nuevos logros y metas, y alcanzar así una mayor satisfacción laboral y personal, sin embargo, no todos ven el lado positivo, entonces lo somatizan a través de síntomas físicos como cefalea, dolor muscular, dolor articular y cambios en los estados de ánimo (Pedrozo-Pupo *et al.*, 2020).

Conclusiones

De acuerdo con los resultados de la investigación, se puede identificar que predominan las mujeres, los participantes cuentan con niveles profesionales adecuados que les permiten ocupar y aspirar a puestos profesionales, con una mayor remuneración económica. Así también, pode-

mos señalar que es un grupo relativamente joven aproximadamente 30 años, y que poco más de 55% se dedica a actividades remuneradas. Lo cual constituye una población económicamente activa, que contribuye al crecimiento y al desarrollo de la sociedad, a través de la estabilidad laboral y económica que puedan tener.

En cuanto al estrés percibido, se pudo identificar que muy a menudo los participantes manejan con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida, 25.5% en la escala de nunca se siente incapaz de controlar las cosas importantes de su vida. De la escala sobresale la presencia de no poder afrontar las cosas de la vida, nerviosismo, enfado y aspectos relacionados con el manejo de los problemas. Ahora bien, de acuerdo con el nivel de estrés percibido, poco más de la mitad de los participantes tienen baja percepción del estrés; sin embargo, 1.8% tiene alta percepción del estrés.

Estos resultados son importantes por dos aspectos fundamentales, el primero relacionado con la magnitud del problema, porque da claridad sobre su impacto en la salud de las personas y cómo se ve limitada esta problemática. El segundo aspecto es que estos resultados representan un punto de partida para futuras investigaciones encaminadas a identificar la percepción del estrés en este grupo poblacional, y es una base para el diseño de intervenciones interdisciplinarias y multidisciplinarias en salud, para que puedan abordar de manera integral este fenómeno y, por ende, mejorar la calidad y el estilo de vida de las personas a través de una adecuada salud mental.

Referencias

- Brito Ortíz, J. F., Nava Gómez, M. E., y Juárez García, A. (2019). Escala de estrés percibido en estudiantes de odontología, enfermería y psicología: validez de constructo. Stress Perceived Scale in Odontology, Nursing and Psychology Students: Construct Validity. *Revista ConCiencia EPG*, 4(2), 42-54. <https://doi.org/10.32654/CONCIENCIA EPG.4-2.4>
- Campo-Arias, A., Bustos-Leiton, G. J., y Romero-Chaparro, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*, 9(3), 271-280.
- Cabada, M. L. de la, y Jiménez Terrazas, P. (2011). Un estudio comparativo del estrés

- percibido en estudiantes de ciencias administrativas y biológicas en tiempos de violencia. *Contaduría y Administración*, (233), 105-125.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., y Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 407-413. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735>
- Cantero Téllez, R., Romero Galisteo, R., y Rodríguez Bailón, M. (2022). Factores personales y docentes relacionados con el estrés percibido por docentes universitarios frente al COVID-19. *Innoeduca. International Journal of Technology and Educational Innovation*, 8(1), 102-110. <https://doi.org/10.24310/innoeduca.2022.v8i1.11920>
- Ceballos-Vásquez, P., Solorza-Aburto, J., Marín-Rozas, N., Segura-Arriagada, F., Gómez-Aguilera, N., Moraga, J., y Andolhe, R. (2019). Estrés percibido en trabajadores de atención primaria. *Ciencia y Enfermería*, 25. <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/1109>
- Cozzo, G., y Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(1), 1-15.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2021). *Los efectos nocivos de la COVID-19 sobre la salud mental de los niños, niñas y jóvenes son solo la punta del iceberg*. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/efectos-nocivos-covid19-salud-mental-ninos-ninas-jovenes-punta-iceberg>
- Gómez Collado, M. E. (2017). Panorama del sistema educativo mexicano desde la perspectiva de las políticas públicas. *Innovación Educativa*, 17(74), 143-163.
- González-Ramírez, M. T., Rodríguez-Ayán, M. N., y Hernández, L. R. (2013). The Perceived Stress Scale (PSS): Normative data and factor structure for a large-scale sample in Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E47. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.35>
- Grove, S. K., Gray, J., y Burns, N. (2012). *Investigación en Enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. España: Elsevier.
- Güilgüiruca Retamal, M., Meza Godoy, K., Góngora Cabrera, R., y Moya Cañas, C. (2015). Factores de riesgo psicosocial y estrés percibido en trabajadores de una empresa eléctrica en Chile. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 61(238), 57-67.
- Gutiérrez Ruiz, K., y Negrín Pérez, I. (2022). Estrés percibido durante el aislamiento social por COVID-19 y su impacto cognitivo en jóvenes universitarios. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 52(2).
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.372.5419>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). *Mujeres y hombres en México 2020*. México: INEGI/Inmujeres. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/mujeresyhombresenmexico2020_101353.pdf
- Molina-Rodríguez, S., Pellicer-Porcar, O., y Mirete-Fructuoso, M. (2018). Estrés percibido y quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes: papel mediador de las fun-

- ciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 67(3), 84-90. <https://doi.org/10.33588/rn.6703.2017466>
- Naranjo Zambrano, M. J., Morales Naranjo, I. A., y Ron Amores, R. E. (2020). Efectos de la pandemia en la familia y en la sociedad ecuatoriana. *Res Non Verba*, 10(2), 115-135.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD). (2019). *Higher Education in Mexico: Labour Market Relevance and Outcomes*. París: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264309432-en>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Hechos y cifras: Empoderamiento económico*. ONU Mujeres. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/economic-empowerment/facts-and-figures>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022a, 16 de junio). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. [Resumen informativo]. <https://www.who.int/Es/Publications/l/Item/9789240050860>
- Organización Mundial De La Salud (OMS). (2022b, 17 de junio). La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Salud Mental*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Ortegón, T. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Capira, A., Cerra, D., y Bernal, S. (2022). Apoyo social, resiliencia, estrés percibido, estrés postraumático, ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en líderes comunitarios víctimas del conflicto armado en los Montes de María, Sucre, Colombia. *Revista Eleuthera*, 24(1), 158-178. <https://doi.org/10.17151/elev.2022.24.1.8>
- Pedrozo-Pupo, J. C., Pedrozo-Cortés, M. J., y Campo-Arias, A. (2020). Estrés percibido relacionado con la epidemia de COVID-19 en Colombia: una encuesta en línea. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090520>
- Polit-O'Hara, D., y Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos*. México: McGraw-Hill.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the perceived stress scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I, y Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21-22), 4321-4330. <https://doi.org/10.1111/jocn.15469>
- Ruiz-Frutos, C., y Gómez-Salgado, J. (2021). Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población trabajadora. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(1), 6-11. <https://dx.doi.org/10.12961/apr.2021.24.01.01>
- Santoya Montes, Y., Garcés Prettel, M., Vázquez Miraz, P., y Geney Castro, E. (2021). Influencia de la comunicación familiar en el estrés percibido durante la pandemia de COVID-19. *Salud Uninorte*, 37(3), 569-582. <https://doi.org/10.14482/sun.37.3.616.981>

- Secretaría de Salud (SS). (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Secretaría de Salud (SS). (2012). *NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. México: Segob. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0
- Solís Sibrian, G. (2018). Estructura del sistema educativo mexicano. *Vida Científica Boletín Científico de la Escuela Preparatoria No. 4*, 6(11). <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa4/article/view/2799>
- Vallejo-Martín, M., Aja Valle, J., y Plaza Angulo, J. J. (2018). Estrés percibido en estudiantes universitarios: influencia del *burnout* y del *engagement* académico. *IJERI: International Journal of Educational Research and Innovation*, (9), 220-236.
- Velasco 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.
- Granda-Oblitas, A., Quiroz-Gil, G. X., y Runzer-Colmenares, F. M. (2021). Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: una revisión de la literatura. *Acta Médica Peruana*, 38(4), 305-312. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2021.384.2225>

Experiencia de investigación en ciencias de la salud: Aportaciones al conocimiento científico

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

ÍNDICE DE SIMILITUD

FUENTES PRIMARIAS

1	eprints.uanl.mx Internet	735 palabras — 1%
2	repositorio.uas.edu.mx Internet	430 palabras — 1%
3	psicoeureka.com.py Internet	230 palabras — < 1%
4	www.researchgate.net Internet	134 palabras — < 1%
5	catalogoinsp.mx Internet	121 palabras — < 1%
6	R.D. Hernández-Aguilera, M.L. Marván-Garduño. "Desarrollo de un instrumento para medir creencias y actitudes hacia la vasectomía", <i>Perinatología y Reproducción Humana</i> , 2015 Crossref	115 palabras — < 1%
7	Montserrat Lozano-Serrano, José Alberto García-Seco, Fernando García-Seco, María Concepción Lozano-Hernández et al. "Valoración de la satisfacción y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 en tratamiento con infusión subcutánea continua de insulina comparado con multidosis de insulina", <i>Enfermería Clínica</i> , 2013 Crossref	104 palabras — < 1%

-
- 8 A. Rodríguez-Quiroga, C. Buiza, M.A. Álvarez de Mon, J. Quintero. "COVID-19 y salud mental", Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 2020
Crossref 98 palabras — < 1%
-
- 9 www.spiujat.mx
Internet 95 palabras — < 1%
-
- 10 María D. Ramiro González, Honorato Ortiz Marrón, Celina Arana Cañedo-Argüelles, María Jesús Esparza Olcina et al. "Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN", Anales de Pediatría, 2017
Crossref 94 palabras — < 1%
-
- 11 revistas.ujat.mx
Internet 88 palabras — < 1%
-
- 12 cathi.uacj.mx
Internet 87 palabras — < 1%
-
- 13 www.scielo.org.mx
Internet 86 palabras — < 1%
-
- 14 Gonzalez Ortiz, Angel Rafel. "La Inclusion Social Desde La Perspectiva de Los Padres de Jovenes Adultos Con Discapacidad Intelectual.", Universidad del Turabo (Puerto Rico), 2019
ProQuest 80 palabras — < 1%
-
- 15 www.inegi.org.mx
Internet 76 palabras — < 1%
-
- 16 Claudia Villela. "Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI", Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI, 2020
Crossref 74 palabras — < 1%

-
- 17 Kutluay, Engin. "Akıllı Telefon Bağımlılığıyla İlişkili Faktörlerin Lise Öğrencilerinin Akademik Başarıları Üzerindeki Etkilerini Açıklayan Bir Model Önerisi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2023
ProQuest 71 palabras — < 1%
-
- 18 www.intranet.cij.gob.mx
Internet 71 palabras — < 1%
-
- 19 hdl.handle.net
Internet 52 palabras — < 1%
-
- 20 Arencibia Almeida, Ana del Carmen. "El consumo de alcohol en la población canaria y su relación con los problemas de salud cardiovascular", Universidad de La Laguna (Canary Islands, Spain), 2022
ProQuest 51 palabras — < 1%
-
- 21 [dSPACE.esPOCH.edu.ec](http://dspace.esPOCH.edu.ec)
Internet 47 palabras — < 1%
-
- 22 minerva.usc.es
Internet 44 palabras — < 1%
-
- 23 Mayra Mendoza-Armenta, Carolina Valdez-Montero, Mario Enrique Gámez-Medina, Jesica Guadalupe Ahumada-Cortez et al. "Inhibitory Control, Use of Online Sexual Material and Sexual Compulsivity in High School Adolescents from Northern Mexico", Sexual Health & Compulsivity, 2024
Crossref 43 palabras — < 1%
-
- 24 Serim, Yasin. "Üniversite Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2024
ProQuest 40 palabras — < 1%
-
- 25 C.L. Espino-Porras, M.C. De Luna-López, L. Flores-Padilla, E.J. Ramírez-Echavarría, M.I. 35 palabras — < 1%

Brito-Cerino, L.J. Gómez-Jurado. "Factores de riesgo psicosocial y su asociación con el ausentismo laboral", Enfermería Universitaria, 2020

Crossref

26 repositorio.ugto.mx 34 palabras — < 1%

Internet

27 www.uaeh.edu.mx 33 palabras — < 1%

Internet

28 "Recuperación transformadora de los territorios con equidad y sostenibilidad V. 28 palabras — < 1%

Innovación, turismo y perspectiva de género en el desarrollo regional", Universidad Nacional Autónoma de México, 2021

Crossref

29 Taylor, Lauren B.. "Social Media's Mental Health Problem: A Multi-Method Examination of Social Media Mental Health Content and Its Impact on Vulnerable Adolescents", University of California, Davis, 2023 28 palabras — < 1%

ProQuest

30 Shuyi, Sarah Elizabeth Chua. "Connected but Not Gaming - A Study on Parental Control, Child Self-Control and Smartphone Use.", National University of Singapore (Singapore), 2021 27 palabras — < 1%

ProQuest

31 repositorio.xoc.uam.mx 26 palabras — < 1%

Internet

32 Monteiro, Susana Alexandra Plácido. "Discrepância entre a intimidade e a pornografia e a sua associação com a qualidade da relação e desejo de comportamentos extradiádicos", Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal), 2023 25 palabras — < 1%

ProQuest

33 Yuma Yoaly Pérez-Bautista, Silvia Susana Robles-Montijo, Marcela Alejandra Tiburcio-Sainz, Carmen Yolanda Guevara-Benítez. "ProTGTism: Diseño y evaluación de una aplicación para la educación sexual de jóvenes sordos mexicanos", Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, 2020

Crossref

25 palabras — < 1%

34 www.psicoeureka.com.py

Internet

25 palabras — < 1%

35 Arturo Hidalgo Berutich, María Barbosa Cortes, Esther Cárdenas Feria, Margarita Carrillo Rufete et al. "Influence of Preventive Sex Education Programmes in Compulsory Secondary Education Students: a Descriptive Observational Study", Research Square Platform LLC, 2022

Crossref Posted Content

24 palabras — < 1%

36 entorno.udlap.mx

Internet

23 palabras — < 1%

37 José de Jesús Orozco Henríquez, José Ramón Narro Robles, Joaquín Rodrigo Narro Lobo, Jesús Peña Palacios et al. "Derechos humanos", Universidad Nacional Autónoma de México, 2023

Crossref

22 palabras — < 1%

38 Sitton, Nelson. "Health Disparities among Hispanic Americans with Type 2 Diabetes.", Walden University, 2018

ProQuest

21 palabras — < 1%

39 argumentos.xoc.uam.mx

Internet

21 palabras — < 1%

40 www.scribd.com

Internet

21 palabras — < 1%

41	doaj.org Internet	20 palabras — < 1%
42	www.investigacionyposgrado.uadec.mx Internet	20 palabras — < 1%
43	1library.co Internet	19 palabras — < 1%
44	Reyes Gutierrez, Lilian Tlizali. "¿Y donde esta la mama? Representaciones sociales de genero: un analisis de los discursos en torno a la regulacion de la gestacion por sustitucion mercantil en Mexico", El Colegio de Mexico, 2022 ProQuest	19 palabras — < 1%
45	www.scielo.org.co Internet	18 palabras — < 1%
46	Garcia Cervantes, Rossell Higa Salinas, Yoshi Villanueva Benites, Robert Enrique Welsh, Gustavo. "Medicion de la Felicidad en una Empresa de Consultoria en Proyectos de Ingenieria.", Pontificia Universidad Catolica del Peru - CENTRUM Catolica (Peru), 2020 ProQuest	17 palabras — < 1%
47	cronica.diputados.gob.mx Internet	17 palabras — < 1%
48	www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx Internet	17 palabras — < 1%
49	"Miedo a enfermarse y su influencia en el consumo de alcohol durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en Chile", Pontificia Universidad Catolica de Chile, 2009 Crossref Posted Content	16 palabras — < 1%

50	dspace.umh.es Internet	16 palabras — < 1%
51	idoc.pub Internet	16 palabras — < 1%
52	ojs.psicoeureka.com.py Internet	16 palabras — < 1%
53	repositorio.unan.edu.ni Internet	16 palabras — < 1%
54	Ortiz Fontanez, Kelyvette. "Mortalidad Asociada a Enfermedades De Salud Mental En Puerto Rico: 2015 a 2018.", University of Puerto Rico Medical Sciences (Puerto Rico), 2020 ProQuest	15 palabras — < 1%
55	Williamson, Sharanda. "A Predictive Study of Excessive Smartphone Use and Aggression in Adults", Capella University, 2023 ProQuest	15 palabras — < 1%
56	libros.cidepro.org Internet	15 palabras — < 1%

EXCLUIR CITAS

ACTIVADO

EXCLUIR FUENTES

DESACTIVADO

EXCLUIR BIBLIOGRAFÍA

ACTIVADO

EXCLUIR COINCIDENCIAS < 15 PALABRAS