

SALUD INTEGRAL



PANORAMA DE LOS PROBLEMAS PRIORITARIOS EN SALUD



EDICIONES
COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA

Nancy Griselda Pérez Briones
Dafne Astrid Gómez Melasio
Pedro Enrique Trujillo Hernández
(coordinadores)

Salud integral:
panorama de los problemas
prioritarios en salud



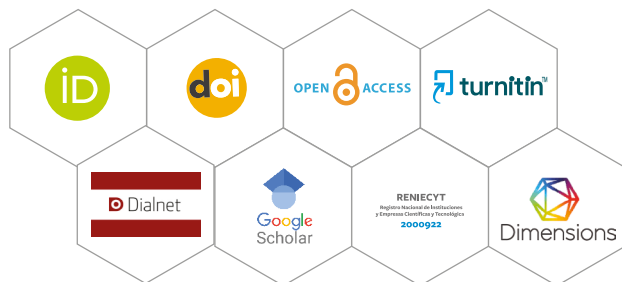
Ediciones Comunicación Científica se especializa en la publicación de conocimiento científico de calidad en español e inglés en soporte de libro impreso y digital en las áreas de humanidades, ciencias sociales y ciencias exactas. Guía su criterio de publicación cumpliendo con las prácticas internacionales: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

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



www.comunicacion-cientifica.com

[DOI.ORG/10.52501/cc.277](https://doi.org/10.52501/cc.277)




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

CC+I
**COLECCIÓN
CIENCIA e
INVESTIGACIÓN**

Salud integral:
panorama de los problemas
prioritarios en salud

Nancy Griselda Pérez Briones
Dafne Astrid Gómez Melasio
Pedro Enrique Trujillo Hernández
(coordinadores)



Salud integral : panorama de los problemas prioritarios en salud / coordinadores Nancy Griselda Pérez Briones, Dafne Astrid Gómez Melasio, Pedro Enrique Trujillo Hernández. – Ciudad de México. Comunicación Científica, 2025. (Colección Ciencia e Investigación).

365 páginas : gráficas ; 23 × 16.5 centímetros

DOI: 10.52501/cc.277

ISBN: 978-607-2628-43-4

1. Salud. 2. Medicina integrativa. I. Pérez Briones, Nancy Griselda, coordinadora. II. Gómez Melasio, Dafne Astrid, coordinadora. III. Trujillo Hernández, Pedro Enrique, coordinador.

LC: R733 S25

DEWEY: 615.5 S25

La titularidad de los derechos patrimoniales y morales de esta obra pertenece a los autores D. R.© Nancy Griselda Pérez Briones, Dafne Astrid Gómez Melasio y Pedro Enrique Trujillo Hernández, 2025. Reservados todos los derechos conforme a la Ley. Su uso se rige por una licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0 Internacional, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Primera edición en Ediciones Comunicación Científica, 2025

Diseño de portada: Francisco Zeledón • Interiores: Guillermo Huerta

Ediciones Comunicación Científica, S. A. de C. V., 2025,
Av. Insurgentes Sur 1602, piso 4, suite 400,
Crédito Constructor, Benito Juárez, 03940, Ciudad de México,
Tel.: (52) 55-5696-6541 • Móvil: (52) 55-4516-2170
info@comunicacion-cientifica.com • www.comunicacion-cientifica.com
f comunicacioncientificapublicaciones ☒ @ ComunidadCient2

ISBN 978-607-2628-43-4

DOI 10.52501/cc.277



Esta obra fue dictaminada mediante el sistema de pares ciegos externos.
El proceso transparentado puede consultarse, así como el libro en acceso abierto,
en <https://doi.org/10.52501/cc.277>

Índice

<i>Prólogo</i>	19
1. Estilos de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes universitarios, Poza Rica, Veracruz <i>Fabiola Cruz-Núñez, Blanca Judith Lavoignet-Acosta, Dora Luz Rodríguez-Cruz, Claudia Hernández-Landaverde, Cynthia Lara- González y Guadalupe Santes-Saavedra.</i>	21
Introducción.	22
Metodología	26
Resultados	28
Conclusiones	31
Referencias.	32
2. Realización de posgrado por el personal de enfermería en instituciones de salud públicas y privadas <i>Juanita de Jesús Francisca Muñoz-Vázquez y José Luis Silva-Cruz</i>	35
Introducción.	36
Metodología	37
Resultados	38
Conclusiones	43
Referencias.	46

3. Calidad de los registros clínicos de enfermería en una institución pública	
<i>Andrea Alejandra Rosales-Castillo, María Ascención Tello-García, José Luis Nuncio-Domínguez, Martha Virginia Jasso-Oyervides y Reyna Alicia Arriaga-Bueno</i>	47
Introducción.	48
Metodología	50
Resultados	51
Conclusiones	55
Referencias.	56
4. Modelo innovador: “liderazgo de la enfermera gestora para la gestión del cuidado”	
<i>Lourdes Patricia Ortega-Pipper, Bernardina Leticia Moriel-Corral, Eliazar González-Carrillo, Norma Pizarro, Haydeé Parra-Acosta y Carmen Olivia Lara-Pizarro</i>	57
Introducción.	58
Metodología	59
Resultados	60
Percepción de relaciones laborales	61
Percepción sobre su experiencia como gestora	62
Conocimientos sobre gestión del cuidado	63
Estilos de liderazgo	64
Esquema del modelo	66
Conclusiones	67
Referencias.	67
5. Trabajo en equipo, estrategia que reduce la ansiedad en estudiantes universitarios	
<i>Diana Montserrat Sánchez-González, María Teresa Rivera- Morales y Edgar Humberto Macías-Escobedo</i>	69
Introducción.	70
Metodología	71
Instrumento	72
Procedimiento	72

Análisis	73
Resultados	73
Conclusiones	75
Referencias.	76
6. Estudio bibliográfico de experiencias de estudiantes de enfermería durante las prácticas hospitalarias	
<i>Vanesa Jiménez-Arroyo</i>	79
Introducción.	80
Desarrollo	82
Resultados	82
Conclusiones	88
Referencias.	89
7. Habilidades del pensamiento crítico en alumnos universitarios	
<i>María Elena V. Escalona-Franco, Rosa Martha Flores-Estrada, María del Rocío Flores-Estrada y Virginia Salazar-Díaz</i>	93
Introducción.	94
Desarrollo	96
Metodología	98
Resultados	101
Conclusiones	102
Referencias.	102
8. Percepción de calidad del cuidado y factores psicosociales en estudiantes de enfermería	
<i>Mónica Montserrat Gallardo-Rebollar, Karina Isabel Casco-Gallardo, Nancy Griselda Pérez-Briones, Anahí Ruiz-Lara, Sheila Adriana Mendoza-Mojica y José Antonio Guerrero-Solano</i>	105
Introducción.	106
Metodología	108
Resultados	110
Correlación de Spearman	112
Discusión	112
Conclusiones	114

Referencias.	114
9. Apoyo social y estrés durante la pandemia	
COVID-19 en estudiantes de enfermería	
<i>Perla María Trejo-Ortíz, Roxana Araujo-Espino, Alejandro Calderón-Ibarra, Laura Berenice Zorrilla-Martínez, Ana Gabriela Flores-Romo, Fabiana Esther Mollinedo-Montaño</i>	
	117
Introducción.	118
Metodología	120
Resultados	121
Conclusiones	123
Referencias.	124
10. Sentido de vida en personas adultas mayores	
<i>Vianey Méndez-Salazar, Miriam González-Valencia, María de los Ángeles Carpio-Rodríguez, Livia Quiroz-Benhumea, Gabriela Cervantes-Espinoza y Marlen Fabela-Mixuxi</i>	
	127
Introducción.	128
Metodología	129
Resultados	130
Análisis por categorías	131
Vacío existencial	133
Satisfacción	135
Conclusiones	136
Referencias.	137
11. Implementación del modelo Calgary	
en una familia de Chihuahua, México	
<i>Jesús Abraham Valles-Guillén, Yadira Mejía-Mejía, Karla Pamela Moriel-Galarza, y Eglantina Micaela Ángeles-García</i>	
	139
Introducción.	140
Método.	141
Resultados	142
Valoración del desenvolvimiento de la familia	144
Valoración del funcionamiento familiar	146

Valoración funcional expresiva	147
Plan de cuidado familiar	148
Conclusiones	150
Referencias.	150
 12. Modelo explicativo del dolor musculoesquelético en personal de enfermería, estrategias de afrontamiento y calidad de vida	
<i>Jorge Gabriel Tuz-Colli y Yolanda Flores-Peña</i>	153
Introducción.	154
El modelo de adaptación de Roy	156
Método.	158
Paso 1: identificación de conceptos.	159
Paso 2: clasificación de conceptos de la teoría de rango medio	159
Pasos 3 y 4: identificación, clasificación y organización jerárquica de las proposiciones	161
Paso 5: construcción del diagrama CTE	162
Resultados	163
Conclusiones	164
Referencias.	164
 13. Comportamiento sexual y actitudes hacia la sexualidad en la vejez en adultos jóvenes colombianos	
<i>Daniela Coca-Sosa y Josué Medina-Fernández</i>	167
Introducción.	168
Metodología	171
Resultados	173
Conclusiones	175
Referencias.	175
 14. Relación del sentido de la vida y la catastrofización del dolor en adultos de Quintana Roo	
<i>Azalia Jared Chable-Novelo, Christian Ronaldo Chi-Canche, Josué Arturo Medina-Fernández, Nissa Yaing Torres-Soto y Reina Rosaura Canul-Chi</i>	179

Introducción. 180

Metodología 183

 Diseño 183

 Muestra y muestreo 183

 Instrumentos 183

 Satisfacción con la vida. 184

 Catastrofización del dolor 184

 Consideraciones éticas. 185

 Plan de análisis de datos 185

Resultados 186

Conclusiones 188

Referencias. 189

15. Ropa de trabajo como equipo de protección personal en
profesionales de la salud

Miriam Gómez-Ortega 191

Introducción. 192

Metodología 198

Resultados 199

Conclusiones 200

Referencias. 200

16. Violencia económica por razón de género
en el ámbito laboral de la salud

*Miriam Gómez-Ortega, Genoveva González-González, Karla
Laura González-Peña, Alejandra Garduño-Santos, María de los
Ángeles Monroy-Martínez y Margarita Calderón-Miranda* 201

Introducción. 202

Objetivo 205

Método. 205

Resultados 206

Conclusiones 207

Referencias. 207

17. Influencia del apoyo social familiar y de amigos en la conducta suicida en jóvenes universitarios <i>Mary Cruz Ortiz-Peña, Nancy Griselda Pérez-Briones, José Luis Cerano-Fuentes, Idalia Margarita Herrera-Garibay, Anahí Ruiz- Lara y Andrea Isary Requesnes-Espinoza</i>	209
Introducción.	210
Metodología	212
Resultados	213
Discusión	215
Conclusiones	216
Referencias.	216
18. Vivencias y percepciones de un adulto mayor en situación de abandono: estudio del ambiente familiar negativo <i>Perla Lizeth García-Morales, Isaí Arturo Medina-Fernández, Antonio Vicente Yam-Sosa, Ana Laura Carrillo-Cervantes y Julia Alejandra Candila-Celis</i>	219
Introducción.	220
Metodología	222
Diseño y participantes	222
Procedimiento	223
Análisis de datos	223
Consideraciones éticas	223
Resultados	224
Vivencias durante el abandono	224
Percepción de apoyo	226
Discusión	227
Conclusiones	229
Referencias.	230
19. Conocimiento del uso del condón en adultos jóvenes <i>Dafne Astrid Gómez-Melasio, Nancy Griselda Pérez-Briones, Mireya del Carmen González-Álvarez, Irma Fabiola Covarrubias- Solís y María Guadalupe Ponce-Contreras</i>	233

Introducción.	234
Metodología	236
Resultados	237
Características generales de los participantes	237
Conocimiento del uso del condón	237
Discusión	238
Conclusiones	240
Referencias.	240
20. Estigma anticipado mediador entre el estigma internalizado y el comer emocional	
Adiel Agama-Sarabia y Yolanda Flores-Peña	243
Introducción.	244
Metodología	246
Mediciones	246
Análisis estadístico	247
Resultados	248
Conclusiones	249
Limitaciones, fortalezas y recomendaciones	250
Referencias.	250
21. Asociación de la violencia de pareja con el sobrepeso/obesidad en mujeres estudiantes universitarias	
Geu Mendoza-Catalán, José Alfredo Pimentel-Jaimes, José Luis Higuera-Sainz y Ulises Rieke-Campoy	255
Introducción.	256
Metodología	258
Recolección de datos	258
Cuestionarios	259
Plan de análisis	259
Resultados	260
Discusión	262
Conclusiones	264
Referencias.	264

22. Victimización por pares y consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 16 años <i>Gerald Yldergar Puente-Alcalá, Eva Kerena Hernández-Martínez, Edna Idalia Paulina Navarro-Oliva, Alejandra Leija-Mendoza y Dafne Astrid Gómez-Melasio</i>	267
Introducción.	268
Metodología	270
Resultados	272
Consumo de alcohol en adolescentes.	272
Victimización por pares	273
Relación entre consumo de alcohol y victimización por pares.	273
Discusión	273
Conclusiones	275
Referencias.	275
23. Consumo de alcohol y clima laboral en trabajadores de una empresa de manufactura <i>Víctor Manuel Hernández-Martínez, Alejandra Leija-Mendoza, Eva Kerena Hernández-Martínez y Dafne Astrid Gómez-Melasio</i>	279
Introducción.	280
Metodología	282
Diseño de investigación	282
Resultados	283
Conclusiones	286
Referencias.	287
24. Educación a los niños(as) en etapa escolar en condición humana de obesidad: acercamiento a la realidad <i>Karen Janeth Villegas-Balderrama, Norma Pizarro, Eliazar González-Carrillo, Haydeé Parra-Acosta y Bernardina Leticia Moriél-Corra</i>	289
Introducción.	290
Metodología	291

Resultados 293

El cuidado distanciado de su esencia 294

 Atención *vs.* Cuidado 294

 Cuidado basado en un modelo biologicista 295

Exclusión de la familia, parte fundamental. 295

 ¿Y la familia? 295

 La familia, ejemplo a seguir. Perspectiva natural 296

 ¿Quién sustituye la ausencia de figura familiar? La obesidad infantil. 296

Sentimientos. 297

 Comer, un desahogo emocional. 297

Conviviendo con la obesidad 298

 Toma de conciencia de la obesidad infantil 298

 Reacción de la familia 299

Conclusiones 299

Referencias. 300

25. Conductas alimentarias y lactancia materna
en relación con el desarrollo de sobrepeso
y obesidad infantil

Argentina Félix-Juárez, Yolanda Flores-Peña, Geu Mendoza-Catalán, Angélica Sarai Jiménez-Osorio, Diego Estrada-Luna y Julieta Ángel-García. 301

Introducción. 302

Metodología 304

Resultados 306

Conclusiones 309

Referencias. 309

26. Influencias parentales en las conductas
de alimentación del hijo preescolar

Francisco Andrés Cuén-Tánori y Yolanda Flores-Peña. 311

Introducción. 312

Metodología 314

Resultados	315
Conclusiones	319
Referencias.	320
 27. Rol mediador de la crianza consciente en el estrés de la crianza y las prácticas de alimentación	
<i>Montserrat Morales-Alducin y Yolanda Flores-Peña</i>	323
Introducción.	324
Metodología	326
Mediciones antropométricas	328
Estrategia de análisis de datos	328
Resultados	329
Conclusiones	332
Referencias.	332
 28. Apetito de riesgo, apoyo social percibido y estado nutricional en adultos jóvenes	
<i>Jesús Melchor Santos Flores, Alma Rosa Marroquín Escamilla, Izamara Santos Flores, Francisco Javier Soberanes Velarde y Edgar Paolo Rodríguez Vidales</i>	335
Introducción.	336
Metodología	338
Diseño de estudio.	338
Población, muestreo y muestra	338
Mediciones	338
Instrumentos de papel y lápiz	339
Procedimiento de recolección de datos	340
Consideraciones éticas	340
Plan de análisis de datos	340
Resultados	341
Discusión	343
Conclusiones	344
Referencias.	344
 <i>Sobre los autores</i>	347

Prólogo

La salud integral es un concepto que trasciende la ausencia de enfermedad, y que abarca el bienestar físico, mental, emocional y social del individuo. En la actualidad, la salud integral enfrenta numerosos desafíos que afectan a la población mundial. Este libro de investigación se sumerge en el panorama de los problemas prioritarios de salud, abordando las complejidades y las interconexiones entre los diferentes aspectos que influyen en la salud humana integral. Se analiza cómo la pobreza, la desigualdad, la discriminación, el estrés, la falta de acceso a servicios y los determinantes sociales afectan de forma directa e indirecta la salud de las personas, lo que compromete su calidad de vida.

Este libro busca contribuir al diálogo y la reflexión sobre la salud integral, ofreciendo una visión panorámica y multidisciplinaria de los desafíos actuales. Se pretende que sea una herramienta valiosa para investigadores, profesionales de la salud, tomadores de decisiones y cualquier persona interesada en comprender y abordar los problemas de salud desde una perspectiva integral.

A lo largo de estas páginas, se presentan resultados de investigaciones, análisis críticos y propuestas innovadoras para enfrentar los problemas prioritarios de salud. Se busca inspirar a los lectores a pensar de manera crítica y creativa sobre la salud integral, y a trabajar juntos para construir un futuro en el que todas las personas puedan disfrutar de un bienestar pleno y sostenible.

1. Estilos de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes universitarios, Poza Rica, Veracruz

[Learning styles and academic performance in university students, Poza Rica, Veracruz]



DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.01>

Resumen

Los cambios deben darse en las dimensiones de formación docente, perfil del estudiante, metodología de enseñanza, objetivos y contenidos de aprendizaje, estrategias de enseñanza, evaluación educativa y relación entre docente y estudiante. Son múltiples los factores que intervienen en el proceso de enseñanza aprendizaje y en el resultado. En la presente investigación se consideran los estilos de aprendizaje y el rendimiento académico de los

FABIOLA CRUZ-NÚÑEZ*

BLANCA JUDITH LAVOIGNET-ACOSTA**

DORA LUZ RODRÍGUEZ-CRUZ***

CLAUDIA HERNÁNDEZ-LANDAUVERDE****

CYNTHIA LARA-GONZÁLEZ*****

GUADALUPE SANTES-SAAVEDRA*****

-
- * Doctora en Educación. Profesora de tiempo completo, titular C, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0498-7645>
- ** Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Profesora de tiempo completo, titular C, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9501-5392>
- *** Maestra en Administración en Sistemas de Salud. Profesora de asignatura en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8479-9742>
- **** Maestra en Administración en Sistemas de Salud y Maestra en Enfermería. Profesora de asignatura en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9010-9488>
- ***** Maestra en Salud Pública. Profesora de asignatura en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7480-9740>
- ***** Doctora en Educación. Profesora de tiempo completo, titular C, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5237-057>

estudiantes de Enfermería. El objetivo fue identificar los estilos de aprendizaje y el rendimiento académico en estudiantes matrícula S1900 Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan. La investigación fue cuantitativa, prospectiva y transversal, con tipo de estudio descriptivo. La muestra se conformó por 91 estudiantes matrícula S1900. El estudio se realizó en el periodo septiembre-diciembre de 2022. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Respecto a los estilos de aprendizaje activo, sólo el 1% se ubica en nivel bajo, que se corresponde con nivel bajo de rendimiento académico. En el estilo pragmático, se detectó que 51% se ubicaron en nivel alto y muy alto, y sus promedios se ubican entre 8 a 10; en el estilo teórico 32% es moderado, cuyo promedio se refleja entre 8 a 8.9; en el estilo reflexivo 14% presenta nivel entre muy alto y alto, y el rendimiento académico que obtiene se ubica entre 8 a 8.9. Como pudo observarse, los resultados detectados en los estudiantes de matrícula S1900 permiten visualizar el tipo de estilo de aprendizaje que predomina en su formación en el nivel superior y la correspondencia de éste con el rendimiento académico. Por lo tanto, se propone a tutores académicos y docentes-tutores considerar estrategias de enseñanza aprendizaje acordes con el estilo de aprendizaje predominante.

Palabras clave: *activo, teórico, pragmático, reflexivo.*

Introducción

La profesión de enfermería requiere de conocimientos profundos, flexibles y cualificados sobre el contenido de la naturaleza disciplinar, y debe estar compuesta por teorías, modelos y constructos que apoyen su desarrollo. Estos conocimientos se sustentan en la investigación de los fenómenos que se presentan durante el ejercicio, así como del cuidado como objeto de estudio de la profesión (González et al., 2012). Dada la amplia gama de conocimientos que debe poseer el profesional de enfermería en relación con la función que desempeña, es necesario que la formación del estudiante en el aula sea de manera integral para que alcance las competencias que el campo

profesional y disciplinar requiere, y con ello se dé respuesta a las exigencias laborales actuales.

Para que el estudiante de enfermería logre aprender el cuidado y la disciplina profesional, es responsabilidad del docente guiar al estudiante para que le sea posible descubrir su presencia y complejidad, tornándose en una ayuda para la apertura de los pensamientos en la búsqueda de soluciones a los problemas profesionales, al crear sus propios saberes y prácticas (Tejada et al., 2019). Es así como el docente debe centrar la atención en la forma en que el estudiante adquiere los conocimientos, habilidades y actitudes y, con base en ello, realice la adecuación de estrategias de enseñanza en beneficio del aprendizaje del educando.

La práctica docente precisa ser crítica e implica que el profesor piense rectamente, abarcando el movimiento dinámico y dialéctico entre el hacer y pensar sobre el hacer o, en otras palabras, el movimiento continuo de la reflexión sobre el cotidiano enseñar-aprender (Freire, 2006). Por tanto, el papel del profesor se entiende como un agente de transformación que contribuye positivamente a que el educando busque protagonizar su propia formación con el soporte necesario del educador.

La reflexión de la práctica implica que el docente analice las estrategias de enseñanza, si están acorde con los estilos de aprendizaje en el estudiante, por lo cual resulta de suma importancia conocer la forma en la que el estudiante aprende. Como lo menciona Coloni et al. (2016) los cambios deben darse en las dimensiones de formación docente, el perfil del estudiante, la metodología de enseñanza, los objetivos y contenidos de aprendizaje, las estrategias de enseñanza, la evaluación educativa y la relación entre docente y estudiante. Como puede observarse, son múltiples los factores que intervienen en el proceso enseñanza-aprendizaje, así como en su resultado, sin embargo, para efectos de la presente investigación, se centra la atención en los estilos de aprendizaje y el rendimiento académico de los estudiantes de enfermería, dada la importancia que representan.

La noción de estilos de aprendizaje (o estilos cognitivos para muchos autores) tiene sus antecedentes etimológicos en el campo de la psicología. Como concepto empezó a ser utilizado en la bibliografía especializada en la década de 1950 por los llamados psicólogos cognitivistas. De todos, fueron Witkin et al. (1954) de los primeros investigadores que se interesaron

por la problemática de los estilos cognitivos en tanto expresión de las formas particulares de los individuos de percibir y procesar la información.

Witkin et al. (1954) y autores como Holzman y Klein (1954) pronto encontraron eco entre los pedagogos, principalmente en países como Estados Unidos, donde ya para esta época venía generándose un amplio movimiento de reformas curriculares que clamaban por transformaciones cualitativas, renovación de las metodologías tradicionales y rescate del alumno como polo activo del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Para Claxton y Ralston (1978), el estilo de aprendizaje es una forma consciente de responder y utilizar los estímulos en un contexto de aprendizaje. Por su parte, Schmeck (1982) define el estilo de aprendizaje simplemente como el estilo cognitivo que un individuo manifiesta cuando se enfrenta a una tarea de aprendizaje y refleja las estrategias preferidas, habituales y naturales del estudiante para aprender, de ahí que pueda ser ubicado en algún lugar entre la personalidad y las estrategias de aprendizaje, por no ser tan específico, como estas últimas, ni tan general como la primera.

En este sentido, Herrera y Zapata (2012) y Loria et al. (2007) mencionan que el estudio de los estilos de aprendizaje, desde el punto de vista educativo, permite conocer las tendencias de cómo los estudiantes se desempeñan en el aula. Teniendo en cuenta dicha aproximación, se desprende que el adaptar los métodos de enseñanza a los estilos de aprendizaje preferidos de los estudiantes (en la medida de lo posible) puede traer consigo una mayor satisfacción y una mejoría en los resultados académicos, específicamente en estudiantes de enfermería, en los cuales se torna indispensable la formación integral, como ya se mencionó anteriormente.

Son los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que sirven como indicadores relativamente estables de cómo los estudiantes perciben interacciones y responden a sus ambientes de aprendizaje; es decir, tiene que ver con la forma en que estructuran los contenidos, forman y utilizan los conceptos, interpretan la información, resuelven los problemas y seleccionan medios de representación (teórico, pragmático, activo o reflexivo). Es ahí donde el tutor académico o el profesor tutor juegan un papel importante, ya que al conocer el estilo de aprendizaje en el estudiante pueden aprovechar dicha

información a su favor y utilizar estrategias de enseñanza acorde a los estilos de aprendizaje del estudiante.

Por lo anteriormente descrito se formula la siguiente interrogante: ¿cómo son los estilos de aprendizaje y el rendimiento académico en estudiantes de la matrícula S1900 de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana en el periodo septiembre-diciembre de 2022?

En el ámbito educativo se pueden presentar diversos problemas que obstaculizan el complejo camino de la enseñanza (Gravini e Iriarte, 2008). Muchos de estos problemas se deben a la percepción que tienen los docentes en lo que se refiere a la práctica educativa tradicional, la cual se encuentra influenciada por el paradigma dominante objetivista, que ha negado las diferencias individuales de los estudiantes y docentes, y orientado una práctica educativa que atiende las necesidades de formación desde una postura igualitaria (Jerónimo, 2003).

En este nivel, se ha demostrado una estrategia que aporta guías sólidas y simples para mantener los índices de deserción y reprobación bajos. Esta estrategia es el tratamiento y análisis de los estilos de aprendizaje (Navarro, 2008). Así es como investigar los estilos de aprendizaje en el estudiante de enfermería puede apoyar en el incremento del rendimiento académico en este, de donde radica la importancia de la presente investigación.

Por tanto, el conocimiento del estilo de aprendizaje predominante en las aulas universitarias podría ser una herramienta docente muy útil para adaptar el estilo de enseñanza del docente de cara a un mejor rendimiento académico (Duda y Riley, 1990; Lemmon, 1982). Asimismo, permitiría diseñar métodos de evaluación más apropiados para comprobar el progreso de los estudiantes. También sería de especial interés para los estudiantes porque podrían planificar el aprendizaje según sus estilos, con lo que evitarían posibles bloqueos y optimizarían sus resultados (Alonso et al., 1994).

La mayoría de nosotros utilizamos los sistemas de representación de forma desigual, potenciando unos e infrautilizando otros. Los sistemas de representación se desarrollan más cuanto más los utilizemos. La persona acostumbrada a seleccionar un tipo de información absorberá con mayor facilidad la información de este tipo o, planeándolo al revés, la persona acostumbrada a ignorar la información que recibe por un canal determinado no aprenderá la información que reciba por ese canal, no porque no le

interese, sino porque no está acostumbrada a prestarle atención a esa fuente de información. Utilizar más de un sistema implica que hay sistemas que se utilizan menos y, por lo tanto, que distintos sistemas de representación tendrán distinto grado de desarrollo. Los sistemas de representación no son buenos o malos, pero sí más o menos eficaces para realizar determinados procesos mentales.

La investigación tuvo como objetivo general identificar los estilos de aprendizaje y el rendimiento académico en estudiantes de matrícula S1900 de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan.

Metodología

La investigación fue cuantitativa, prospectiva y transversal, el tipo de estudio descriptivo. La muestra de estudio se conformó por 91 estudiantes de la matrícula S1900 de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana. El estudio se realizó en el periodo septiembre-diciembre de 2022. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia (Canales et al., 1994).

Dentro de los criterios de inclusión, se presentan estudiantes sin distinción de edad, raza, sexo, religión, estado civil, número de hijos u ocupación, de la matrícula S1900. Como criterios de exclusión, están quienes no desearon participar en la investigación, no se encontraban al momento de la aplicación del instrumento, estudiantes con baja temporal y aquellos que no pertenecieran a la matrícula S1900. Como criterios de eliminación, se consideraron los instrumentos requisitados de forma incompleta.

El método utilizado fue la encuesta y como instrumento de recolección de datos se utilizó el Cuestionario Honey-Alonso de Estilos de Aprendizaje (Alonso et al., 2007), (de Estilos de Aprendizaje) que cuenta con 80 ítems. Cada ítem se responde con un signo (+) si se está de acuerdo y con un signo (-) si se está en desacuerdo. Los resultados del cuestionario se plasman en una hoja que sirve para determinar las preferencias en cuanto a los estilos de aprendizaje: activo, reflexivo, teórico y pragmático. La sumatoria de los puntajes en cada uno de los tipos de estilo representa la preferencia o

debilidad en el sujeto sobre cada uno de los estilos de aprendizaje, tal como se muestra en la tabla 1.1.

Tabla 1.1. *Reactivos que corresponden a cada estilo de aprendizaje*

<i>Estilo</i>	<i>Reactivos</i>
Activo	3, 5, 7, 9, 13, 20, 26, 27, 35, 37, 41, 43, 46, 48, 51, 61, 67, 74, 75, 77
Reflexivo	10, 16, 18, 19, 28, 31, 32, 34, 36, 39, 42, 44, 49, 55, 58, 63, 65, 69, 70, 79
Teórico	2, 4, 6, 11, 15, 17, 21, 23, 25, 29, 33, 45, 50, 54, 60, 64, 66, 71, 78, 80
Pragmático	1, 8, 12, 14, 22, 24, 30, 38, 40, 47, 52, 53, 56, 57, 59, 62, 68, 72, 73, 76

Fuente: Cuestionario de CHAEA (2007).

La determinación de lo anterior se hace a través de los siguientes rangos de puntuación para cada estilo, como se muestra en la tabla 1.2.

Tabla 1.2. *Baremos para la interpretación de los resultados en estilos de aprendizaje en la carrera de Enfermería*

<i>Puntuación</i>	<i>Activo</i>	<i>Reflexivo</i>	<i>Teórico</i>	<i>Pragmático</i>
Muy alta 10%	15-20	20	16-20	16-20
Alta 20%	12-14	18-19	14-15	14-15
Moderada 40%	9-11	16-17	11-13	12-13
Baja 20%	6-8	13-15	9-10	10-11
Muy baja 10%	0-5	0-12	0-8	0-9
	Media	Media	Media	Media
	10.34	16.24	12.06	12.63
	S.D.: 3.31	S.D.: 2.68	S.D.: 2.91	S.D.: 2.21

Fuente: Cuestionario de CHAEA (2007).

Respecto al rendimiento académico se establecieron los siguientes parámetros para calificarlo:

Tabla 1.3. *Clasificación de rendimiento académico*

<i>Nivel</i>	<i>Promedio</i>
Bajo	6 a 6.9
Regular	7 a 7.9
Medio	8 a 8.9
Alto	9 a 10

Fuente: Sistema Institucional de Tutorías.

Estos rangos orientan la direccionalidad para la potenciación o desarrollo de cada uno de los estilos de aprendizaje en los sujetos. En el procedimiento para recolectar datos, se solicitó autorización para llevar a cabo la investigación, citando a los estudiantes de la matrícula S1900 a través de la plataforma Teams, en día y hora señalado para proporcionar información sobre el objetivo de la investigación. Por su parte, el instrumento a responder fue Google Forms, en el cual los sujetos de investigación podían participar de manera libre y voluntaria.

Para el plan de tabulación y análisis se hizo uso de la estadística descriptiva y se obtuvieron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Los datos se tabularon y analizaron mediante el programa estadístico SPSS v20 y Excel. Posteriormente, los resultados se presentan en tablas con su respectiva descripción o interpretación.

El estudio se apegó a lo estipulado en la Ley General de Salud en el título Quinto, Investigación para la Salud, Capítulo Único en el artículo 100° y el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I en el artículo 13° (Ley General de Salud, 2018).

Resultados

En relación con los datos sociodemográficos, se observa que 80% de los estudiantes responde al género femenino y sólo 20% al masculino. Respecto a los estilos de aprendizaje activo, como puede observarse en la tabla 1.4, sólo 1% de los estudiantes se ubica en nivel bajo, el cual se corresponde con nivel bajo de rendimiento académico (6 a 6.9); 49% de estudiantes entre muy alto y alto presentan una relación con el rendimiento académico de nivel medio, o sea, obtienen entre 8 y 8.9 de promedio. Es notable mencionar que el 40% de estudiantes con muy alto estilo de aprendizaje activo tiene un rendimiento académico alto, con promedios entre 9 a 10. Finalmente, para el 10% restante, el estilo de aprendizaje es moderado y el rendimiento escolar regular, pues obtienen promedios entre 7 a 7.9. Los estudiantes en los que predomina el estilo activo presentan actitudes hacia el aprendizaje tales como ser animadores, improvisadores, descubridores, arriesgados, espontáneos, entre otras, lo cual se encuentra en correspondencia con las calificaciones que obtienen en el

aprendizaje y, específicamente, en el rendimiento académico, como puede observarse en la tabla 1.4.

Tabla 1.4. *Estilo de aprendizaje activo en estudiantes de enfermería matrículas S1900. Facultad de Enfermería*

<i>Estilo activo</i>	<i>Rendimiento académico</i>			
	<i>Bajo</i>	<i>Regular</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
Bajo	1			
Moderado		10		
Alto			27	
Muy alto			22	40
<i>n</i> = 91				

En el estilo pragmático, como se observa en la tabla 1.5, se detectó que 51% de los estudiantes se ubicó en un nivel alto y muy alto, y sus promedios generalmente se ubican entre 8 a 10; mientras que 34% es moderado y su rendimiento académico se ubica entre 7 a 7.9; sólo 15% de estudiantes cuyo estilo es pragmático se ubica entre muy bajo y bajo, al obtener promedios entre 6 a 6.9. Estudiantes en los que predomina el estilo pragmático pueden presentar características como experimentador, práctico, directo, eficaz y realista, lo cual puede ser de utilidad en la mejora de los resultados de aprendizaje.

Tabla 1.5. *Estilo de aprendizaje pragmático en estudiantes de enfermería matrículas S1900. Facultad de Enfermería*

<i>Estilo pragmático</i>	<i>Rendimiento académico</i>			
	<i>Bajo</i>	<i>Regular</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
Muy bajo	2			
Bajo	13			
Moderado		34		
Alto			30	
Muy alto				21
<i>n</i> = 91				

En el estilo teórico, los resultados que se obtuvieron, como lo muestra la tabla 1.6. son los siguientes: 5% de estudiantes se ubica en un nivel muy bajo y bajo de estilo de aprendizaje y existe relación con el rendimiento académico, ya que los resultados que obtienen se ubican entre 6 a 6.9; en el rango moderado se ubica 32%, cuyo promedio se refleja entre 8 a 8.9; 18% tiene un estilo teórico alto y su rendimiento académico oscila entre 7 a 7.9; y, final-

mente, 45% restante de estudiantes que presenta un estilo teórico muy alto obtiene promedios entre 9 y 10. Estudiantes en los que predomina el estilo de aprendizaje teórico presentan características metódicas, lógicas, objetivas, críticas, estructuradas, entre otras, por ello resulta imprescindible que el estudiante tenga conocimiento de su potencial y pueda utilizarlo en beneficio de los resultados académicos, pero principalmente en el aprendizaje.

Tabla 6. *Estilo de aprendizaje teórico en estudiantes de enfermería matrículas S1900.*
Facultad de Enfermería

<i>Estilo teórico</i>	<i>Rendimiento académico</i>			
	<i>Bajo</i>	<i>Regular</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
Muy bajo	1			
Bajo	4			
Moderado			32	
Alto		18		
Muy alto				45

n = 91

Finalmente, en el estilo reflexivo, como se muestra en la tabla 1.7, 46% de estudiantes con nivel reflexivo es muy bajo, sin embargo, obtienen rendimiento académico entre 9 y 10; en 40% es moderado y obtienen promedios entre 7 a 7.9; y sólo 14% presenta nivel entre muy alto y alto y el rendimiento académico que obtiene se ubica entre 8 a 8.9. El estudiante reflexivo posee características como ponderado, concienzudo, receptivo, analítico y exhaustivo, entre otros; sin embargo, llama la atención que obtenga un rendimiento académico alto, lo que da la pauta para pensar que probablemente el aprendizaje sea más memorístico que reflexivo.

Tabla 7. *Estilo de aprendizaje reflexivo en estudiantes de enfermería matrículas S1900.*
Facultad de Enfermería

<i>Estilo reflexivo</i>	<i>Rendimiento académico</i>			
	<i>Bajo</i>	<i>Regular</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
Muy bajo				46
Bajo				
Moderado		40		
Alto			7	
Muy alto			7	

n = 91

Conclusiones

Como pudo observarse, los resultados detectados en los estudiantes de matrícula S1900 permiten visualizar el tipo de estilo de aprendizaje que predomina en ellos al inicio de su formación en el nivel superior y la correspondencia de este con el rendimiento académico. Por lo tanto, se propone a tutores académicos y docentes tutores considerar las siguientes estrategias de enseñanza-aprendizaje, y, de ser posible, incorporarlas al acto educativo:

El estudiante activo con ponderaciones altas aprende mejor intentando cosas nuevas, competencias en equipo, resolución de problemas, viviendo situaciones de crisis reales, dirigiendo reuniones o debates, dramatizaciones, haciendo presentaciones, resolución de problemas, entre otros. A diferencia de ellos, de aprendizaje reflexivo aprenden mejor cuando se trata de actividades de observación, escuchar, pensar antes de actuar, ver una película o video sobre un tema, investigar detenidamente, trabajan sin presiones, reúnen información, piensan en actividades, tienen la posibilidad de escuchar puntos de vista de otras personas, leen con anticipación, se distancian de los acontecimientos y observan, hacen análisis detallado, entre otros.

Los estudiantes con estilo de aprendizaje teórico aprenderán mejor participando en sesiones de preguntas y respuestas, tienen posibilidad de cuestionar, se sienten intelectualmente presionados, inscriben todos los datos en un sistema, teoría o modelo, llegan a entender acontecimientos complicados o conceptos, tienen que analizar una situación compleja, se encuentran con personas de igual nivel conceptual, entre otros.

Los estudiantes que muestran un estilo pragmático aprenden mejor cuando están expuestos ante un modelo que pueden emular, aprenden técnicas para hacer las cosas con ventajas prácticas evidentes, adquieren técnicas aplicables a su trabajo, establecen nexos entre el tema y un problema, perciben muchos ejemplos o anécdotas, reciben indicaciones teóricas y prácticas, viven una simulación o problemas reales, entre otros.

Referencias

- Alonso, C., Gallegos, D., y Honey, P. (1994). *Los estilos de aprendizaje: procedimientos de diagnóstico y mejora*. Ediciones Mensajero.
- Canales, F., De Alvarado, E., y Pineda, E. (1994). *Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud*. Limusa.
- Claxton, C., y Ralston, Y. (1978). *Learning styles: the impact in teaching and administration*. American Association for Higher Education.
- Coloni, C. S. M., Teixeira, V. M., Moreira, M. C. O., Piotto, R., De Góes, F. S. N., y De Camargo, R. A. A. (2016). Prática pedagógica na educação profissional de nível médio em enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 21(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.42026>
- Duda, R., y Riley, P. (1990). Learning Styles. *Collage Student Journal*, 17(1), 94-100.
- Freire P. (2006). *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à pratica educativa*. Editora Paz e Terra.
- González, C. E., Arras, V. A., y Moriel, C. L. (2012). La Profesionalización en Enfermería: hacia una estrategia de cambio. *TECNOCENCIA Chihuahua*, 6(1), 1-8. http://tecnociencia.uach.mx/numeros/v6n1/data/La_profesionalizacion_en_enfermeria_hacia_una_estrategia_de_cambio.pdf
- Gravini, M., y Iriarte, F. (2008). Procesos metacognitivos de estudiantes con diferentes estilos de aprendizaje. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, (22), 1-24.
- Herrera, C. M., y Zapata, C. P. (2012). Estudio correlacional de estilos de aprendizaje de estudiantes con modalidad en ciencias naturales. *Tecné, Episteme y Didaxis*, (31). <https://doi.org/10.17227/ted.num3i-1647>
- Holzman, P. S., y Klein, G. S. (1954). Cognitive system-principles of leveling and sharpening: individual differences in visual time-error assimilation effects. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 37, 105-122. <https://doi.org/10.1080/00223980.1954.9916135>
- Jerónimo, M. J. A. (2003). Una experiencia de formación docentes para la educación digital. *RED. Revista de Educación a Distancia*, 3(8). <https://revistas.um.es/red/article/view/25521>
- Lemmon, P. (1982). *Step by step leadership into learning styles*. Early Years.
- Ley General de Salud, Título 5°. Artículo 100, 11 de mayo del 2018. Diario Oficial de la Federación.
- Loría, C. J., Rivera, D. B., Gallardo, S. A., Márquez, A. G., y Chavarría, I. R. (2007). Estilos de aprendizaje de los médicos residentes de un hospital de segundo nivel. *Educación médica superior*. <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v21n3/ems01307.pdf>
- Navarro, M. J. (2008). *Cómo diagnosticar y mejorar los estilos de aprendizaje*. Procompal publicaciones.
- Schmeck, R. (1982). *An introduction to strategies and styles of learning*. Plenum Press.
- Tejada, S., Ramírez, E. J., Díaz, R. J., y Huyhua, S. C. (2019). Práctica pedagógica en la

formación para el cuidado de Enfermería. *Revista Enfermería Universitaria*, 16(1), 41-51. <http://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.577>

Witkin, H. A, Lewis H. B., Hertzman, M., Manchover, K., Meissner, P. B., y Wapner, S. (1954). *Personality through perception*. Harper.

2. Realización de posgrado por el personal de enfermería en instituciones de salud públicas y privadas

[Completion of postgraduate by nursing staff in public and private health institutions]



JUANITA DE JESÚS FRANCISCA MUÑOZ-VÁZQUEZ*

JOSÉ LUIS SILVA-CRUZ**

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.02>

Resumen

Una línea de investigación dentro de la planeación educativa es conocer el impacto y las causas que originan la falta de planeación y realización de un posgrado (especialización, maestría y doctorado) por el profesional de enfermería en instituciones de salud públicas y privadas. El método de investigación se basó en un estudio cuantitativo, no experimental, transeccional y correlacional aplicado en 10 instituciones de salud públicas y cinco privadas en Saltillo, Coahuila, México. Se analizó una muestra estratificada de 1 016 enfermeros(as) de una población finita de 1 662 personas mediante una encuesta validada por el método Delphi, con una confiabilidad aceptable en el sistema estadístico SPSS. Se identificó que 79% del personal encuestado corresponde al sexo femenino; 53.6% tiene nivel licenciatura, 43.2% técnico, 2.8 % maestría y 0.4% doctorado; por su parte, 34% del personal de las instituciones públicas y 19.7% de las privadas cuentan con posgrado. Los datos estadísticos muestran una relación significativa, con un nivel de confianza de 95% en la realización de un posgrado con variables de la satisfacción de oportunidades de formación, crecimiento y desarrollo, apoyo financiero, realización personal y ascenso laboral. Como conclusión se observó

* Doctora en Educación. Docente de la Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo" de la Universidad Autónoma de Coahuila, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5798-6195>

** Doctor en Administración y Alta Dirección. Profesor de posgrado en la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2974-1788>

que sí existe una asociación significativa y una variación entre los factores asociados con la falta de realización de posgrado por el personal de enfermería.

Palabras clave: *enfermería, posgrado, salud, educación.*

Introducción

Al seguir una línea de planeación educativa es pertinente sustentar estrategias de mejora dirigida a las instituciones educativas y a los hospitales públicos y privados que coadyuvan en la continuidad de un posgrado para el profesional de enfermería. Resulta trascendental la generalización del posgrado en enfermería a fin de fortalecer su desempeño laboral en términos de competencia, eficiencia y calidad en la atención de los usuarios de las diferentes instituciones de salud. Lo anterior se relaciona con la reforma en los sistemas de educación superior en Europa, fundamentados en los acuerdos de Bolonia, la cual orienta hacia la universitarización en enfermería y evoluciona los estudios universitarios tradicionales a niveles de formación de licence, máster, doctorat (LMD) (Pilabré, 2022).

Rekisso et al. (2022) realizaron un estudio cuantitativo y transversal en cinco hospitales públicos seleccionados al azar en Addis Abeba, que es la ciudad más grande y poblada de Etiopía. Contaron con una muestra de 348 enfermeras, 60.6% del sexo femenino, con un grupo de edad predominante de 26 a 30 años; 71% con nivel de licenciatura, 20.8% maestría, 4.6 % con diplomados; 57.8% casados; 56.6% cuentan con 6 a 10 años de experiencia laboral; 46% de las enfermeras tenían una actitud favorable, mientras 64.7% manifestaron su intención de renunciar a su profesión debido al salario mensual que percibían. Una actitud favorable hacia la profesión conduce a la satisfacción profesional y la prestación de mejores servicios a los clientes.

Najafi et al. (2021) realizaron un estudio cualitativo en 10 estudiantes de maestría en Teherán, Irán, en el que refieren que la enfermera necesita más competencias para brindar atención de calidad. La realización de estudios de posgrado hace más probable que los enfermeros tengan más roles gerenciales y que continúen su educación en el futuro.

De acuerdo con Fontaine (2021), las enfermeras desempeñan un papel importante en la calidad de la atención al paciente y señala que la falta de crecimiento profesional, la falta de liderazgo, la carga laboral, la falta de estabilidad organizacional y la búsqueda de mejores salarios son algunas de las razones por las cuales el profesional de enfermería abandona su puesto de trabajo.

Con el fin de resaltar la importancia del posgrado en la actualización del profesional de enfermería, se realizó un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo en 130 profesionales de enfermería en el Hospital General Ambato del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), en el que Gualpa et al. (2022) concluyeron que es trascendental la formación de posgrado en enfermería que brinde actualización, profundización, perfeccionamiento y experiencia en sus actividades profesionales.

García-Salcán y Fajardo (2022) realizaron un estudio cualitativo en la Facultad de Enfermería de Guayaquil, Ecuador en el que plantean que la mayoría de los encuestados consideran que el posgrado favorece su autorrealización, mejora su desarrollo económico, aumenta su estatus profesional, su motivación en el ejercicio de su profesión y actualización de conocimientos.

En México son esporádicos los estudios que se han realizado sobre el posgrado en enfermería. En el estudio de Hernández et al. (2021) sobre las competencias profesionales y las características laborales en 162 profesionales de enfermería en un hospital público de tercer nivel de atención, declara no encontrar relación estadísticamente significativa entre las competencias profesionales del personal de enfermería y las características laborales.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, no experimental, con diseño transeccional y alcance correlacional. El universo consistió en una población finita de 1 662 profesionales de enfermería de los cuales 1 277 personas correspondieron a 10 instituciones de salud pública y 385 a cinco instituciones de salud privada en Saltillo, Coahuila de Zaragoza, México. Tres hospitales

de primer nivel de atención, nueve de segundo nivel y tres de tercer nivel de atención. Se utilizó un muestreo probabilístico por racimos o conglomerados (*clusters*). El cálculo de muestra necesaria corresponde a una población finita que respalda un 95% de confianza. La muestra consistió en 1 016 encuestados, 755 de las instituciones de salud públicas y 261 de las instituciones privadas.

Para la recolección de la información se utilizó una encuesta de opinión mediante la aplicación de un cuestionario. La validación del instrumento se realizó a través del estadístico Alfa de Cronbach para medir su consistencia interna, del cual se obtuvo una confiabilidad de 0.899. Se consiguió una validez a través del juicio de expertos mediante el método prospectivo de Delphi. Los criterios de selección fueron: personal de enfermería de las diferentes categorías y turnos que forman parte de las instituciones de salud estudiadas que acepten participar y firmar el consentimiento informado. El cuestionario incluyó dos secciones con un total de 69 ítems: el primer apartado sobre datos sociodemográficos con 28 ítems y el segundo apartado incluye 41 ítems con frases o juicios en escala Likert.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS IBM Statistics versión 25 para el análisis descriptivo de los datos en lo que respecta a frecuencias y porcentajes y el análisis inferencial mediante el estadístico chi cuadrada, análisis factorial y análisis de la varianza (Anova).

Resultados

En un análisis descriptivo realizado a los datos sociodemográficos de la población estudiada, se observó que predomina en un 79% el sexo femenino ($N=804$), el intervalo de edad osciló entre 18 y 63 años, con mayor frecuencia de 68.8% en el grupo de 21 a 40 años ($N=804$); la mayoría (44.9%) está casado. La formación académica que predomina en 53.6% es licenciatura ($N=545$), el 43.2% cuenta con una carrera técnica ($N=439$), 2.8% tiene maestría ($N=28$) y el 0.4% cuenta con doctorado ($N=4$).

El 34% del personal encuestado que trabaja en las instituciones públicas ($N=238$), 19.7 % en las instituciones privadas ($N=49$) y 47% del personal de enfermería que refirió trabajar en ambos sistemas de salud, tanto público

como privado ($N=31$), cuentan con estudios de posgrado. El 26.8% refiere haber realizado el posgrado en Administración de los Servicios de Enfermería ($N=117$), 26.1% en Enfermería Quirúrgica ($N=114$), 17.6% en Enfermería Pediátrica ($N=77$), 17.4 en Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos ($N=76$) y el 12.1% otros posgrados ($N=53$).

El 83.5% del personal encuestado expresó que le gustaría realizar un curso de posgrado ($N=848$), 41.2 % en la modalidad escolarizado ($N=349$), 34.8 % mixto ($N=295$) y 24% virtual ($N=204$).

La categoría del personal encuestado en un 54.5% correspondió a la categoría de enfermera general ($N=554$), 26.3% auxiliar de enfermera general ($N=267$), 11.4% enfermeras especialistas ($N=116$), 3.4% enfermera jefa de piso ($N=35$), 2.9% enfermeras supervisoras ($N=29$), 1% jefe de enfermeras ($N=10$) y 0.5% licenciadas en enfermería ($N=5$).

El 45.2% de los encuestados mencionan que su sueldo mensual aproximado oscila entre \$10 001 a \$20 000 ($N=459$); 44.2% cuenta con un sueldo menor a \$10 000 ($N=449$); 9% de \$20 001 a \$30 000 ($N=91$); 1.5% de \$30 001 a \$40 000 ($N=16$) y 0.1% su sueldo es superior a \$40 000 ($N=1$). El 3.6 % de los encuestados pertenece a una organización colegial de enfermería que menciona estar certificado ante el Consejo Mexicano de Enfermería ($N=37$).

Se realizó un análisis factorial exploratorio en el cual se obtienen valores con la medida del estadístico de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0.850 y prueba de esfericidad de Bartlett con una aproximación de chi cuadrado de 19683.662 con un grado de libertad (gl) de 1 225 y un grado de significancia de 0.000 inferior a 1. Se obtuvieron 13 categorías que señalan las variables asociadas con la falta de realización de posgrado por el personal de enfermería que laboran en las instituciones de salud públicas y privadas (véase la tabla 2.1).

De acuerdo con el análisis de la varianza (Anova), todos los factores mostraron variación en sus variables en las diferentes instituciones de salud, con excepción de la variable que considera que el estudiar curso de posgrado interfiere en sus actividades espirituales.

Tabla 2.1. *Categorías que se generan del análisis factorial exploratorio y el análisis de la varianza*

<i>Categorías obtenidas del análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis de la varianza (Anova)</i>	<i>Análisis factorial</i>	<i>Análisis de la varianza</i>	
1. Factores personales	P	F	Sig.
¿En mi opinión, estudiar un posgrado causa trastornos del sueño?	0.936	2.486	0.002
¿En mi opinión, estudiar un posgrado afecta la alimentación?	0.761	3.717	0.000
¿En mi opinión, estudiar un posgrado aumenta el nivel de estrés?	0.690	2.558	0.001
¿La carga laboral en mi trabajo dificulta que realice estudios de posgrado?	0.271	1.644	0.062
¿El hecho de tener hijos afectó realizar estudios de posgrado?	0.259	2.770	0.000
2. Factores sociales	P	F	Sig.
¿En mi opinión, estudiar un posgrado interfiere en el ámbito sociofamiliar y afectivo?	0.621	1.714	0.048
¿Ingresar a los estudios de posgrado interfiere en las actividades espirituales?	0.544	1.200	0.269
¿En mi opinión, estudiar un posgrado aumenta el estatus social?	0.405	1.759	0.040
3. Factores culturales	P	F	Sig.
¿Participo en proyectos de investigación?	0.643	1.873	0.026
¿Participo en eventos científicos como seminarios, jornadas de enfermería, simposio, congresos, etcétera?	0.619	5.584	0.000
¿Recibo educación profesional continua?	0.319	9.734	0.000
4. Factores laborales	P	F	Sig.
¿Me siento satisfecha/o con las oportunidades de formación que me ofrece mi trabajo?	0.836	12.347	0.000
¿Me siento satisfecha/o porque mi trabajo me permite lograr objetivos y metas profesionales?	0.760	12.079	0.000
¿Me motiva estudiar posgrado por las oportunidades de crecimiento y desarrollo personal laboral?	0.756	12.392	0.000
¿Mis jefes inmediatos se interesan en que continúe con la realización de un posgrado?	0.624	12.054	0.000
¿Realizar un posgrado me permite alcanzar un ascenso laboral?	0.616	16.515	0.000
¿En mi trabajo proporcionan apoyo financiero para realizar estudios de posgrado?	0.486	17.021	0.000
¿Se reconoce socialmente en mi trabajo a las enfermeras que realizan estudios de posgrado?	0.444	12.356	0.000
¿En mi trabajo otorgan facilidades de reducción de jornada para realizar estudios de posgrado?	0.413	8.802	0.000
5. Factores motivacionales	P	F	Sig.
¿En mi opinión, realizar estudios de posgrado constituye un logro profesional?	0.805	4.057	0.000
¿La motivación es importante para tomar la decisión de estudiar un posgrado?	0.667	2.853	0.000

<i>Categorías obtenidas del análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis de la varianza (Anova)</i>	<i>Análisis factorial</i>	<i>Análisis de la varianza</i>	
¿El posgrado me permite lograr mi superación profesional?	0.582	3.846	0.000
¿El posgrado se relaciona con un desempeño laboral satisfactorio?	0.514	6.255	0.000
¿Es un compromiso profesional realizar estudios de posgrado?	0.505	3.017	0.000
¿La capacidad de innovación en mi puesto de trabajo aumenta cuando se cuenta con un posgrado?	0.491	8.310	0.000
¿Cuento con tiempo disponible para la realización de un posgrado?	0.261	3.119	0.000
6. Factores de certificación	P	F	Sig.
¿Está certificado ante el consejo mexicano de enfermería?	0.993	2.793	0.000
¿Pertenece a una organización colegial de enfermería?	0.979	2.683	0.001
7. Factores educativos	P	F	Sig.
¿En mi opinión, es adecuada la duración del posgrado?	0.709	1.898	0.023
¿En mi opinión, es adecuado el costo del posgrado?	0.606	3.292	0.000
¿Cuento con información de los diferentes tipos de posgrados en enfermería?	0.502	3.650	0.000
¿Manejo los paquetes computacionales como Word, Excel y Power Point?	0.294	4.064	0.000
8. Factores hospitalarios	P	F	Sig.
Hospital donde se realiza la investigación	0.807	64.332	0.000
¿En qué tipo de institución trabaja?	0.676	64.332	0.000
9. Factores familiares y de salud	P	F	Sig.
¿Cuento con el apoyo de mi familia para realizar un posgrado?	0.951	3.528	0.000
¿Cuento con excelente estado de salud?	0.442	2.856	0.000
10. Factores de satisfacción personal	P	F	Sig.
¿Me encuentro satisfecha/o con mi realización personal en el trabajo?	0.769	2.749	0.001
¿En este momento me considero autorrealizada/o?	0.687	.991	0.460
11. Factores de satisfacción laboral	P	F	Sig.
¿Mi trabajo me otorga estabilidad laboral?	0.577	12.513	0.000
¿Me siento satisfecha/o con mi sueldo y prestaciones sociales?	0.576	17.354	0.000
12. Factores del entorno laboral	P	F	Sig.
¿El posgrado influye en el nivel de calidad de la atención que otorgan las enfermeras?	0.532	3.022	0.000
¿En mi opinión se reduce el estrés laboral cuando se posee un posgrado?	0.468	3.074	0.000
13. Factores económicos	P	F	Sig.
¿Le gustaría realizar posgrado?	0.377	2.400	0.003
¿Cuál es su sueldo mensual aproximado?	0.332	21.590	0.000

Nota: P=puntuación.

El análisis de chi cuadrado muestra una significancia estadística de las variables asociadas y relacionadas en nueve de los 13 factores señalados del análisis factorial exploratorio como se describe en la siguiente tabla.

Tabla 2.2. *Análisis con el estadístico de chi cuadrado (X^2) de las variables que integran los factores*

<i>Factores /variables</i>	<i>gl</i>	<i>Error</i>	<i>X² Tabla</i>	<i>X² Variable</i>	<i>Significativo</i>
Factores personales					
¿En mi opinión, estudiar un posgrado causa trastornos del sueño? * ¿En mi opinión, estudiar un posgrado afecta la alimentación?	36	0.05	50.9985	2199.788	Sí
¿En mi opinión, estudiar un posgrado causa trastornos del sueño? * ¿En mi opinión, estudiar un posgrado aumenta el nivel de estrés?	36	0.05	50.9985	1696.259	Sí
Factores sociales					
¿En mi opinión, estudiar un posgrado interfiere en el ámbito sociofamiliar y afectivo? * ¿En mi opinión, estudiar un posgrado aumenta el estatus social?	36	0.05	50.9985	1026.315	Sí
¿En mi opinión, estudiar un posgrado interfiere en el ámbito sociofamiliar y afectivo? * ¿Ingresar a los estudios de posgrado interfiere en las actividades espirituales?	36	0.05	50.9985	1007.251	Sí
Factores culturales					
¿Participo en proyectos de investigación? * ¿Participo en eventos científicos como seminarios, jornadas de enfermería, etcétera?	36	0.05	50.9985	838.438	Sí
Factores laborales					
¿Me siento satisfecha/o con las oportunidades de formación que me ofrece mi trabajo? * ¿Me siento satisfecha/o porque mi trabajo me permite lograr objetivos y metas en mi desarrollo profesional?	36	0.05	50.9985	2034.678	Sí
¿Me motiva estudiar posgrado por las oportunidades de crecimiento y desarrollo personal que obtengo en mi trabajo? * ¿Realizar un posgrado me permite alcanzar un ascenso laboral?	36	0.05	50.9985	993.674	Sí
¿Me siento satisfecha/o con las oportunidades de formación que me ofrece mi trabajo? * ¿Me motiva estudiar posgrado por las oportunidades de crecimiento y desarrollo personal que obtengo en mi trabajo?	36	0.05	50.9985	959.065	Sí

<i>Factores /variables</i>	<i>gl</i>	<i>Error</i>	<i>X² Tabla</i>	<i>X² Variable</i>	<i>Significativo</i>
¿Me motiva estudiar posgrado por las oportunidades de crecimiento y desarrollo personal que obtengo en mi trabajo? *	36	0.05	50.9985	772.412	Sí
¿Mis jefes inmediatos se interesan en que continúe con la realización de posgrado?					
¿En mi trabajo proporcionan apoyo financiero para realizar estudios de posgrado? * ¿En mi trabajo otorgan facilidades de reducción de jornada para realizar estudios de posgrado?	36	0.05	50.9985	654.655	Sí
Factores motivacionales					
¿En mi opinión, realizar estudios de posgrado constituye un logro profesional? *	36	0.05	50.9985	1377.429	Sí
¿La motivación es importante para tomar la decisión de estudiar un posgrado?					
¿El posgrado se relaciona con un desempeño laboral satisfactorio? * ¿La capacidad de innovación en mi puesto de trabajo aumenta cuando se cuenta con un posgrado?	36	0.05	50.9985	1105.026	Sí
Factores motivacionales					
¿En mi opinión, realizar estudios de posgrado constituye un logro profesional? *	36	0.05	50.9985	805.723	Sí
¿El posgrado me permite lograr mi superación profesional?					
Factores de certificación					
¿Está certificado ante el Consejo Mexicano de Enfermería? * ¿Pertenece a una organización colegial de enfermería?	1	0.05	2.7055	987.532	Sí
Factores educativos					
¿En mi opinión, es adecuada la duración del posgrado? * ¿En mi opinión es adecuado el costo del posgrado?	36	0.05	50.9985	1219.587	Sí
Factores de satisfacción personal					
¿Me encuentro satisfecha/o con mi realización personal en el trabajo? * ¿En este momento me considero autorrealizada/o?	36	0.05	50.9985	854.764	Sí
Factores de satisfacción laboral					
¿Mi trabajo me otorga estabilidad laboral? *	36	0.05	50.9985	899.024	Sí
¿Me siento satisfecha/o con mi sueldo y prestaciones sociales?					

Conclusiones

Observando los resultados de los datos obtenidos en el análisis descriptivo de los datos del personal: edad, estado civil, nivel educativo y centros de

trabajo podemos decir que tiene coincidencia con la referencia teórica de Rekişso et al. (2022), quienes dicen que el grupo de edad predominante fue de 26 a 30 años y de sexo femenino predominante (60.6%). Sin embargo, sus niveles de licenciatura (71%) y maestría (20.8%) son superiores, dichos resultados corresponden a cinco hospitales públicos.

En el análisis estadístico descriptivo se puso a prueba una hipótesis nula y una alternativa en la que, de acuerdo al estadístico Análisis de la Varianza (Anova), todos los factores mostraron variación en sus variables en las diferentes instituciones de salud. Con estos resultados podemos rechazar la hipótesis de: “los factores personales, sociales, culturales o laborales que afectan la realización de un posgrado son iguales en el personal de enfermería en los hospitales públicos y privados”, y afirmar una hipótesis alternativa: “al menos dos o más de los factores personales, sociales, culturales o laborales que afectan la realización de un posgrado por el personal de enfermería son diferentes en las instituciones de salud públicas o privadas”.

El análisis de chi cuadrado muestra una significancia estadística de las variables sobre el hecho de que estudiar un posgrado incrementa su estatus social, le otorga estabilidad laboral y satisfacción con su sueldo y prestaciones. Esto coincide con García-Salcán y Fajardo (2022), quienes consideran que el posgrado favorece su autorrealización, mejora su desarrollo económico, aumenta su estatus profesional, su motivación en el ejercicio de su profesión y actualización de conocimientos.

Se encuentra una relación significativa entre la opinión del encuestado sobre el adecuado costo y la duración del posgrado, sin embargo, opina que realizar un posgrado causa trastornos del sueño, aumenta el nivel de estrés y afecta su alimentación. También expresa que la carga laboral y el hecho de tener hijos dificulta realizar estudios de posgrado e interfiere en el ámbito sociofamiliar, afectivo y de actividades espirituales. De acuerdo con Fontaine (2021) las enfermeras desempeñan un papel importante en la calidad de la atención al paciente y señala que la falta de crecimiento profesional, la falta de liderazgo, la carga laboral, la falta de estabilidad organizacional y la búsqueda de mejores salarios son algunas de las razones por las cuales el profesional de enfermería abandona su puesto de trabajo.

Se observa una relación significativa entre el personal que participa en proyectos de investigación, eventos científicos como seminarios, jornadas de

enfermería, simposios, congresos, foros, etc. y que, además, recibe educación profesional continua en su centro laboral. Asimismo, expresa sentirse satisfecha/o con el interés de sus jefes inmediatos para que continúe con la realización de sus estudios de posgrado y con las oportunidades de formación, el logro de objetivos y metas, oportunidades de crecimiento y desarrollo personal, alcanzar un ascenso laboral, recibir apoyo financiero, realización personal en el trabajo y alcanzar su autorrealización. Esto coincide con Re-kisso et al. (2022), quienes afirman que una actitud favorable hacia la profesión de enfermería conduce a la satisfacción profesional y la prestación de mejores servicios, y con Gualpa et al. (2022), que plantean como trascendental la formación de posgrado en enfermería que brinde actualización, profundización, perfeccionamiento y experiencia en sus actividades profesionales.

El personal encuestado también manifiesta su opinión de que realizar estudios de posgrado constituye un logro profesional y que la motivación es importante para tomar la decisión de realizarlo, y con ello lograr la superación profesional, desempeño laboral satisfactorio e incremento en la capacidad de innovación en su puesto de trabajo. También se mostró una relación significativa entre estar certificado ante un Consejo Mexicano de Enfermería y pertenecer a una Organización Colegial de Enfermería. Se encontró similitud con Najafi et al. (2021), quienes señalan que el profesional de enfermería requiere mayores competencias para brindar atención de calidad, obtener más roles gerenciales y que continúen su educación en el futuro.

Con lo anterior se concluye, de forma general, que es importante que las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, realicen un análisis anual del nivel de posgrado del personal de enfermería y uno del tipo de posgrado que prefieran realizar. También es importante establecer redes de comunicación y negociaciones entre las instituciones de salud públicas y privadas con las instituciones educativas de posgrado en enfermería con el fin de fomentar la profesionalización en enfermería y la difusión efectiva de los diferentes tipos de posgrados disponibles en este ramo.

El presente estudio se realizó con base en los principios éticos para las investigaciones en seres humanos y con la autorización de los encuestados mediante el consentimiento informado. Asimismo, fue autofinanciado por

los investigadores, quienes declaran no tener conflicto de intereses con el campo de la investigación.

Referencias

- Fontaine, M. (2021). Rural Nurse Retention Lessons from a Nurse Residency Program. *Academia Letters*. <https://doi.org/10.20935/AL1757>
- García-Salcán, A. L., Fajardo, K.J., (2022). *Percepción de los egresados de enfermería sobre la oferta de formación del postgrado en el país*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Guayaquil.] <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/63299>
- Giordano, N. A., Compton, P., Joseph, P. V., Romano, C. A., Piano, M. R., y Naylor, M. D. (2021). Opportunities and challenges presented by recent pedagogical innovations in doctoral nursing education. *Journal of Professional Nurseing*, 37(1), 228-234. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.09.003>
- Gualpa, S. J., y Velasco, E. F.(2022). Pertinence of postgraduate training in nursing professionals. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(5), p. 253–264. <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i5.484> <https://journals.sapienzaeditorial.com/index.php/SIJIS/article/view/484>
- Hernández, L. M., Moreno, M.G., Cheverría, S., (2021). Autoevaluación de competencias profesionales de enfermería, en un hospital público de tercer nivel en Guanajuato, México. *Horizonte Sanitario*, 21(2), 240-248. <https://doi.org/10.19136/hs.a21n2.4681>
- Najafi, F., Nikbakht Nasrabadi, A., y Mardanian-Dehkordi, L., (2021). Exploring the Lived Experience of Missed Nursing Care in Postgraduate Nursing Students in Iran. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 9(1), 44-54. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2020.85865.1344>
- Pilabré, A. H., (2022). *Challenges and prospects of the universitarization of nursing training in West Africa: the case of Burkina Faso*. Conference organized by the regional council of the center of the national order of nurses and nurses that Burkina Faso as part of the international day of the nurse. https://www.researchgate.net/publication/360808656_Challenges_and_prospects_of_the_universitarization_of_nursing_training_in_West_Africa_the_case_of_Burkina_Faso
- Rekisso, A. D., Mengistu, Z., y Wurjine, T. H., (2022). Nurses' attitudes towards the nursing profession and associated factors in selected public hospitals, Addis Ababa, Ethiopia, 2021: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(21). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00808-2>

3. Calidad de los registros clínicos de enfermería en una institución pública

[Quality of clinical nursing records in a public institution]



ANDREA ALEJANDRA ROSALES-CASTILLO*

MARÍA ASCENCIÓN TELLO-GARCÍA**

JOSÉ LUIS NUNCIO-DOMÍNGUEZ***

MARTHA VIRGINIA JASSO-OVERVIDES****

REYNA ALICIA ARRIAGA-BUENO*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.03>

Resumen

La importancia de realizar los registros clínicos radica en poder continuar con el seguimiento del cuidado al paciente. La calidad de los registros tiene un valor importante, ya que es evidencia escrita, cumple aspectos legales que pueden ser útiles frente a posibles demandas, constituye una manera correcta de garantizar la continuidad del cuidado, representa una fuente de información para el personal, avala el rendimiento de trabajo de enfermería, y recolecta información brindada por el paciente, personal médico y familiares con el propósito de facilitar la comunicación. Estos registros favorecen la comunicación entre el equipo profesional de salud. El objetivo fue evaluar la calidad de los registros de enfermería en cuanto a su estructura y contenido en los servicios de un hospital de segundo

* Licenciada en Enfermería. Enfermera industrial en el área de Salud y Seguridad. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0060-6308>

** Doctora en Ciencias Sociales. Profesora de tiempo completo, catedrática investigadora, de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9057-6497>

*** Doctor en Ciencias Sociales. Profesor de tiempo completo con perfil deseable PRODEP, catedrático investigador de la Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo, Universidad Autónoma de Coahuila, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8317-9357>

**** Doctorante en Ciencias Sociales. Catedrática investigadora y líder del CA Desarrollo y Transformación Social de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9414-4405>

***** Doctorante en Ciencias Sociales. Catedrática investigadora y líder del CA Desarrollo y Transformación social de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9414-4405>

nivel de atención. Se realizó un diseño descriptivo transversal. La muestra fue de 24 enfermeros y 80 registros clínicos de enfermería, en los servicios de hospitalización. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se empleó la Cédula de Evaluación del Registro Clínico de Enfermería (CERCE), cuya confiabilidad es de 0.917. Los resultados mostraron que el promedio de edad del personal de enfermería fue de 39.75 años ($DE = 10.16$), con un mínimo de 24 y un máximo de 53 años. En cuanto a la antigüedad, se obtuvo una media de 12.3 años ($DE = 7.8$), con un mínimo de 3 y un máximo de 31 años. En lo que se refiere a los registros de enfermería, las categorías *identificación*, *valoración*, *actividades* y *evaluación* fueron las que presentaron mayor cumplimiento. En definitiva, el correcto registro de la hoja de enfermería utilizando un formato unificado permite brindar una atención de calidad. La importancia del registro clínico de enfermería representa la evidencia de los cuidados otorgados al paciente atendido. El registro clínico de enfermería debe iniciarse desde el inicio de la atención del paciente en hospital.

Palabras clave: *registro clínico, enfermería, hospital.*

Introducción

La importancia de realizar los registros clínicos radica en poder continuar con el seguimiento del cuidado al paciente. La presente investigación se desarrolla por el tema de la calidad de los registros en enfermería. Dicha actividad es una herramienta esencial que permite mejorar la calidad de la atención, pues disminuye la posibilidad de errores al momento de atender a un paciente. Por otra parte, contar con un historial médico facilita la comunicación eficaz y esto tiene un efecto positivo en el paciente y mejoría en su estado de salud (Figueira-Teuly et al., 2022).

Torres et al. (2011) señalan que el programa Sistema Integral de Calidad en Salud (2007-2012) es una estrategia nacional cuya finalidad es ofrecer un servicio de calidad, enfocándose en la mejoría de la técnica y seguridad del paciente, calidad percibida y calidad en la gestión de servicios del área de la salud.

Una norma para tomar en cuenta la calidad del registro es la del expediente clínico, la NOM-168-SSA1-1998, actualmente conocida como la NOM-004-SSA3-2012, la cual tiene como objetivo establecer propósitos científicos, tecnológicos y administrativos que son obligatorios en la elaboración y manejo correcto del expediente clínico en tanto herramienta esencial para el personal de salud. La hoja de enfermería es un registro metódico, realizado durante la jornada laboral dentro de un hospital, en donde se describen acontecimientos relevantes del paciente, las intervenciones y cuidados otorgados mientras el paciente está dentro de la unidad hasta su día de alta (Custodio, 2018). El dato importante para registrar es: identificación del paciente, el cual tiene como objetivo precisar la identificación con dos simples datos (nombre completo y fecha de nacimiento) que permitan evitar errores que puedan involucrar a un paciente incorrecto (Salubridad General, 2023).

También está la valoración clínica, que es un proceso en donde se obtienen datos relacionados con la persona y que constituyen una base para la toma de decisiones. También existen datos objetivos los cuales se dan a través de la exploración física (Naranjo, 2018). En lo que se refiere al diagnóstico está la North American Nursing Diagnostic Asociación (NANDA), cada diagnóstico es un juicio clínico o conclusión como resultado del análisis e interpretación de los de los datos encontrados en la valoración de enfermería (Giraud, 2015).

Las intervenciones de enfermería pueden ser de tipo interdependientes, que son las actividades que lleva a cabo el personal de enfermería junto con otros profesionales del equipo de salud. Por otro lado, las actividades independientes son las que ejecuta el personal de enfermería, el cual está legalmente autorizado para realizarlas y, de acuerdo con su formación académica, no requiere una indicación médica. Es significativo ubicar de manera clara la responsabilidad del personal de enfermería en los establecimientos para la atención médica de acuerdo con las disposiciones jurídicas. Por otra parte, la enfermería tiene una función docente relacionada con la educación para la salud y educación continua. El Nursing Outcomes Classification (NOC) son los resultados esperados del paciente después de las intervenciones de enfermería. Está conformado por indicadores que miden y valoran los resultados (Lineamiento general para la documentación y evaluación de

la implementación de los planes de cuidados de enfermería, 2013; Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013).

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal. Los participantes fueron 24 enfermeros y como unidad de análisis se tomó la hoja de enfermería de los expedientes clínicos, donde se valoraron 80 registros clínicos de los servicios de hospitalización en una unidad de salud de segundo nivel de atención. El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia. Dentro de los criterios de inclusión están: personal de enfermería que acepte participar de manera voluntaria en el estudio y que realice funciones operativas en los servicios de hospitalización y, por consiguiente, haga el llenado de registros clínicos (hoja de enfermería) ubicados en las historias clínicas de los pacientes atendidos (estas deben tener que tengan como mínimo 24 horas de hospitalización en la institución de salud). En lo que se refiere a los criterios de exclusión, se descartaron todas aquellas hojas de enfermería que tenían letra ilegible, o bien, que no se encontraban en el expediente clínico.

Se utilizó la cédula sociolaboral y la cédula de evaluación del registro clínico de enfermería (CERCE), que contiene seis etapas: identificación, valoración, diagnóstico, actividades, evaluación y elaboración; con una confiabilidad global de 0.917. Este instrumento consta de 48 reactivos, estructurado por 6 indicadores: identificación con 6 reactivos, valoración con 20 reactivos, diagnóstico con 3 reactivos, actividades con 6 reactivos, evaluación con 4 reactivos y por último elaboración con 9 reactivos. Por otra parte, el instrumento tiene un coeficiente de confiabilidad KR- 20: los indicadores cuentan con la siguiente confiabilidad: identificación (0.82), valoración (0.93), actividades y elaboración (0.91) y con más altos el diagnóstico (0.77) y evaluación (0.78). Los niveles de cumplimiento se clasifican en excelencia, con un intervalo de 91-100%, lo cual indica que el personal de enfermería realiza todo el proceso; un cumplimiento significativo indica que en un 85-90% del personal de enfermería cumple con la mayoría de los requisitos del proceso; un cumplimiento parcial, que va de 75-84%, indica que el personal cumple con algunos requisitos; un cumplimiento mínimo,

es decir, de 70-74%, indica que el personal cumple con pocos requisitos del proceso; y, por último, no cumplimiento indica que menos de 70% del personal de enfermería cumple con los requisitos del proceso (Lopez,2019).

Por otro lado, el presente estudio se sustenta en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Se consideraron los artículos 12º, que dispone sobre áreas de investigación, así como opinar sobre programas y proyectos de investigación; el artículo 14º en el punto VI que indica que toda investigación debe ser realizada por profesionales de la salud con conocimiento en la integridad y cuidado del ser humano, y bajo vigilancia de la institución; el artículo 16º que protege la privacidad del participante; el artículo 20º que habla sobre el consentimiento informado, es decir, que el participante autoriza su participación en la investigación. Por último, el artículo 113º nos indica que la investigación debe estar a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud, tener la formación académica y experiencia adecuadas para la dirección del trabajo y contar con la autorización del jefe responsable de su adscripción.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de 24 enfermero/as y 80 registros clínicos de enfermería que se utilizaron en esta investigación. El promedio de edad fue de 39.75 años ($DE = 10.16$), con un mínimo de 24 y un máximo de 53 años. En cuanto a la antigüedad, se obtuvo una media de 12.3 años ($DE = 7.8$), con un mínimo de 3 y un máximo de 31 años. En relación con los datos sociolaborales del personal de enfermería que participa en este estudio, en primer término, del total de los participantes predominó el sexo femenino, con 70.8% ($f = 17$) y 29.2% ($f = 7$) masculino, 62.5% ($f = 15$) es casado y 4.2% ($f = 1$) viudo y en unión libre. En términos de grado académico, se encontró que 58.3% ($f = 14$) tiene el grado de licenciatura y 41.7% ($f = 10$) cuenta con un nivel técnico. En lo que corresponde a la categoría de los participantes se encontró que 50% ($f = 12$) tenía la categoría de enfermero auxiliar; 41.7% ($f = 10$), enfermero general, y sólo un mínimo porcentaje, correspondiente con 8.3% ($f = 2$), es enfermero especialista. En cuanto al turno, 33.3% ($f = 8$) corresponde al S/D diurno; 25% ($f = 6$)

es de turno matutino y vespertino y 8.3% ($f=2$) es del turno nocturno y S/D nocturno.

En la tabla número 3.1, los resultados del primer indicador del instrumento CERCE fueron del registro de la categoría *identificación* del paciente con seis criterios, donde el mayor registro se obtuvo del número de cama, con 100% ($f=80$), y el menor registro fue la fecha actual, 92.5% ($f=74$).

Tabla 3.1. Calidad del registro clínico de enfermería de acuerdo con la categoría identificación

Categoría	Excelencia		Cumplimiento significativo		Cumplimiento parcial		Cumplimiento mínimo		No cumplimiento	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nombre y apellido del paciente	75	93.8	0	0	0	0	5	6.3	0	0
Sexo del paciente	77	96.3	0	0	1	1.3	1	1.3	1	1.3
Fecha actual	74	92.5	0	0	0	0	2	2.5	4	5.0
Número de cama	80	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de expediente	79	98.8	0	0	0	0	0	0	1	1.3

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje; $n=80$.

Fuente: CERCE.

En lo que se refiere a los resultados del registro, de acuerdo con el indicador valoración del paciente, se tomaron en cuenta 20 criterios. Los que presentaron mayor registro fueron los siguientes: temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, edad del paciente, tensión arterial, vía oral, soluciones parenterales, medicamentos, sondas, emesis, sangrado, orina, evacuación, tipo de dieta, porcentaje aproximado de consumo, exploración física, condiciones físicas, comportamiento y síntomas del paciente. De estos, temperatura, frecuencia cardiaca, tensión arterial y vía oral presentaron un registro de 100% ($f=80$); en menores porcentajes de registro obtuvieron los indicadores de sangrado, emesis, sondas y porcentaje aproximado de consumo.

A continuación, en la tabla 3.2 se muestran los resultados del registro del indicador *diagnóstico*, que muestra tres criterios: el diagnóstico del paciente y el tratamiento farmacológico prescrito (medicamento, dosis, vía, hora) presentaron un registro de 100% ($f=80$), pero el registro del diagnóstico de enfermería presentó no cumplimiento.

En la tabla número 3.3 se pueden observar los resultados del registro del indicador de actividades, en donde se tomaron en cuenta seis criterios.

Los criterios que presentaron mayor registro fueron: hora de intervención y actividades de intervención clínica de los profesionales de enfermería, dependientes e independientes con un registro de 100% ($f=80$). El criterio que presentó menor registro fue actividades de educación del paciente y/o familiar, con 86.3% ($f=69$).

Tabla 3.2. *Calidad del registro clínico de enfermería de acuerdo con la categoría diagnóstico*

Categoría	Excelencia		Cumplimiento significativo		Cumplimiento parcial		Cumplimiento mínimo		No cumplimiento	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Diagnóstico médico del paciente	80	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Diagnóstico enfermería	0	0	0	0	0	0	0	0	80	100
Tratamiento farmacológico prescrito (medicamento, dosis, vía, hora)	80	100	0	0	0	0	0	0	0	0

Nota: f =frecuencia, %=porcentaje; $n=80$.

Fuente: CERCE.

Tabla 3.3. *Calidad del registro clínico de enfermería de acuerdo con la categoría actividades*

Categoría	Excelencia		Cumplimiento significativo		Cumplimiento parcial		Cumplimiento mínimo		No cumplimiento	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Orden cronológico	79	98.8	0	0	0	0	0	0	1	1.3
Hora de intervención	80	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Actividades congruentes con necesidades del paciente	78	97.5	0	0	0	0	0	0	2	2.5
Actividades de educación del paciente y/o familiar	69	86.3	0	0	0	0	1	1.3	10	12.5
Actividades de intervención dependientes	80	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Actividades de intervención independientes	80	100	0	0	0	0	0	0	0	0

Nota: f =frecuencia, %=porcentaje; $n=80$.

Fuente: CERCE.

Por otro lado en lo que respecta a los resultados del indicador evaluación y continuidad del cuidado incluye cuatro criterios: evolución del paciente, respuesta del paciente ante intervenciones, estado del paciente al finalizar el turno e intervenciones por realizar al paciente. Los que presentaron ma-

por registro fueron respuesta del paciente ante intervenciones con 100% ($f=80$); después siguió el criterio de evolución del paciente con 98.8% ($f=79$); el criterio que presentó menor registro fue intervenciones por realizar al paciente al finalizar con 93.8% ($f=75$).

En la tabla 3.4 se muestran los resultados del indicador elaboración que registra la pulcritud de los registros de enfermería en relación con nueve criterios. El que presentó mayor registro fue nombre y firma del enfermero responsable con 97.5% ($f=78$); los criterios que observaron menor registro fueron: sin presencia de líquido corrector con 36.3% ($f=29$), seguida de sin tachaduras o enmendaduras con 47.5% ($f=38$) y buena ortografía con 58.8% ($f=47$).

Tabla 4. Calidad del registro clínico de enfermería de acuerdo con la categoría elaboración

Categoría	Excelencia		Cumplimiento significativo		Cumplimiento parcial		Cumplimiento mínimo		No cumplimiento	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Letra clara y legible	48	60	6	7.5	7	8.8	4	5.0	15	18.8
Buena ortografía	47	58.8	21	26.3	7	8.8	2	2.5	3	3.8
Sin tachaduras o enmendaduras	38	47.5	17	21.3	10	12.5	3	3.8	12	15.0
Utiliza abreviaturas aceptadas	66	82.5	7	8.8	3	3.8	0	0	4	5.0
Sin anotaciones entre líneas escritas	73	91.3	4	5.0	1	1.3	2	2.5	0	0
Sin presencia de líquido corrector	29	36.3	5	6.3	10	12.5	8	10	28	35
Sin espacio en blanco	69	86.3	4	5	3	3.8	3	3.8	1	1.3
Color de tinta correspondiente al turno	69	86.3	6	7.5	1	1.3	2	2.5	2	2.5
Nombre y firma del enfermero responsable	78	97.5	0	0	2	2.5	0	0	0	0

Nota: f =frecuencia, %=porcentaje; $n=80$.

Fuente: CERCE.

En lo que se refiere el nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería se observó que el porcentaje más alto lo obtuvo el de excelencia con 61.3%; seguido de cumplimiento significativo, con sólo 21.3%; los demás niveles, parcial, mínimo y no cumplimiento presentaron 2.5%.

Tabla 3.5. *Nivel de cumplimiento de los registros clínicos de enfermería*

<i>Nivel</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Excelencia	49	61.3
Cumplimiento significativo	17	21.3
Cumplimiento parcial	2	2.5
Cumplimiento mínimo	2	2.5
No cumplimiento	2	2.5
Total	80	100

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje; *n* = 8.

Fuente: CERCE.

Conclusiones

Contar con un registro clínico de calidad requiere de una sistematización en su manejo, así como realizar el control del registro clínico por el personal de enfermería mediante indicadores que permitan una mejor estandarización y evaluación garantiza la gestión en la calidad del cuidado al ofrecer la atención de enfermería.

Un punto importante que se toma en cuenta sobre el registro de los indicadores es dar a conocer al personal de enfermería el panorama real que significa llevar de manera correcta los registros e identificar la calidad en el llenado de los formatos administrativos que incluyen los datos de cada indicador.

Como se puede observar en este estudio, aunque el nivel de excelencia haya obtenido el mayor porcentaje, los demás niveles obtuvieron porcentajes de no cumplimiento de 2.5%, pero muy significativos para crear e implementar estrategias que favorezcan a identificar los riesgos de atención que se tienen al no realizar el registro, ya que son una evidencia clara sobre la atención que recibe el paciente y aparte refleja el cuidado y la responsabilidad del personal de enfermería. Dentro de esas estrategias está implementar acciones de capacitación del personal de enfermería para el adecuado registro de toda la información generada por la atención que se ofrece al paciente, desde su ingreso hasta su alta, en el hospital. También se requiere fortalecer los conocimientos sobre el proceso enfermero, el cual representa el elemento metodológico por excelencia en el quehacer de enfermería.

Referencias

- Consejo de Salubridad General (2023). *Acciones esenciales para la seguridad del paciente*. http://csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESPCSG-DGCE16junio2023.pdf
- Custodio Ballena, J. D. R. (2018). *Calidad en la redacción de notas de enfermería y factores influyentes en su elaboración-Hospital Regional Docente Las Mercedes; 2018*. [Tesis de Licenciatura en Enfermería, Universidad Señor de Sipán.] <https://hdl.handle.net/20.500.12802/5666>
- Figueira-Teuly, J., Canova-Barrios, C. J., Garrido, M., Tallarita, A. D., Boyardi, V., y Cisneros, M. C. E. (2022). Calidad de los registros clínicos de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva-Neonatal. *Enfermería Global*, 21(67), 464-487. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.508071>
- Giraudó, P. (2015). *Evaluación de calidad de los registros de enfermería en el sector de terapia intensiva en el hospital san Vicente de Paul de Villa del Rosario*. [Tesis de Maestría en Gerencia y Administración, Universidad Nacional de Córdoba.] <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Giraudó-patricia-del-valle.pdf>
- López-Cocotle, J. J., Moreno-Monsiváis, M. G., y Saavedra-Vélez, C. H. (2017). Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Enfermería universitaria*, 14(4), 293-300. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.001>
- Torres Santiago, M., Zárate Grajales, R. A., y Matus Miranda, R. (2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enfermería universitaria*, 8(1), 17-25. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100003&lng=es&tlng=es
- Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación.
- Naranjo-Hernández, Y., González-Hernández, L., y Sánchez-Carmenate, M. (2018). Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(6), 831-842. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000600831&lng=es&tlng=es
- Secretaría de Salud (2013). *Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería*. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_implementacion_cuidados_enfermeria.pdf
- Secretaría de Salud (2012). NOM-004-SSA3-2012: del expediente clínico. Ciudad de México. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331/NOR26.pdf>

4. Modelo innovador: “liderazgo de la enfermera gestora para la gestión del cuidado”

*[Innovating model: leadership of the nurse manager
for the care management]*



LOURDES PATRICIA ORTEGA-PIPPER*

BERNARDINA LETICIA MORIEL-CORRAL**

ELIAZAR GONZÁLEZ-CARRILLO***

NORMA PIZARRO****

HAYDEÉ PARRA-ACOSTA*****

CARMEN OLIVIA LARA-PIZARRO*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.04>

Resumen

La enfermera gestora es la responsable de desplegar todas sus actividades en dirección hacia el uso correcto de los recursos con los que se cuentan y los necesarios para cubrir las necesidades de la persona hospitalizada. Esto ante la carencia de un modelo en el que se promueva el liderazgo para lograr que la enfermera transforme el enfoque de administrar recursos para beneficios institucionales orientados hacia gestionar el cuidado. El objetivo fue promover el desarrollo de liderazgo que favorezca en la enfermera gestora

* Doctorante en Educación. Coordinadora de la Licenciatura en Enfermería en la Facultad de Enfermería Mochis, Sinaloa, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5033-8681>

** Maestra en Administración. Decana y Ex-Directora; Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7231-803X>

*** Doctora en Educación. Docente de tiempo completo de pregrado y posgrado en la Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7571-7570>

**** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo, Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4748-4271>

***** Doctora en Ciencias de la Educación. Coordinadora de la Maestría en la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6964-4205>

***** Candidata a Doctora en Educación. Docente, hora clase, en la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0110-2589>

la continuidad del cuidado en la persona hospitalizada. El modelo innovador se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, que se dividió en tres fases: una de ellas deductiva; la segunda fase un estudio inductivo, analizando los datos según la teoría fundamentada; y una tercera fase que fue la propuesta del modelo. Los resultados mostraron una propuesta de modelo innovador que se desarrolla en un entorno hospitalario. Esto inicia cuando la maestra en Enfermería genera un vínculo con la enfermera gestora para promover el desarrollo de su liderazgo, con el fin de practicar la gestión del cuidado con la persona hospitalizada. En conclusión, este modelo promueve el liderazgo transformacional para que se inicie el cambio de enfoque que prevalece en las instituciones de salud y administrativas.

Palabras clave: *liderazgo, enfermera gestora, gestión del cuidado.*

Introducción

La enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina, pues le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. En las áreas de hospitalización se identifica la necesidad de mejorar la práctica profesional de la enfermera gestora, a fin de que el cuidado que brinda a las personas se dirija hacia la gestión del cuidado y no sólo a la administración de recursos (Contreras et al., 2020).

Este proyecto tiene como objetivo promover el desarrollo del liderazgo, para que la enfermera gestora asegure la continuidad del cuidado en la persona hospitalizada y mejore la práctica profesional de las enfermeras.

En el ejercicio de enfermería, el directivo o líder enfermero del *staff* debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina, ya que le brindan una visión distinta y específica de cómo desarrollar la gestión del cuidado, lo cual es de suma importancia, puesto que de ello depende que las personas mantengan o recuperen su bienestar.

Por otra parte, dentro de las organizaciones surge la necesidad de que, los estilos de liderazgo y la gestión directiva sean reformulados continuamente, por lo que se deben considerar los cambios sociales, económicos y

políticos. Estos generan impacto en el ejercicio de liderazgo y, por lo tanto, en el desempeño del personal operativo. Lo más importante a considerar en el liderazgo es el impacto de la influencia del líder en su *staff* para que lleve a cabo sus tareas (Rojero-Jiménez et al., 2019).

Metodología

La construcción del modelo innovador "liderazgo de la enfermera gestora para la gestión del cuidado" se realizó en tres fases: la primera fase bajo el enfoque de investigación cualitativa, la cual Trujillo et al. (2019) definen como: "la descripción detallada, intrínseca-extrínseca y de amplia esencia para describir, entender y comprender al fenómeno en estudio dentro de su propia realidad". Se realizó un estudio deductivo en Barquisimeto, Venezuela, y se visitaron diferentes instituciones hospitalarias del sector público, así como privado, también se tuvo un primer acercamiento a la realidad, para identificar el modelo prevalente de cuidado y estilo de liderazgo que ejerce la enfermera gestora durante la interrelación con la enfermera operativa, en el proceso de cuidado a la persona hospitalizada.

Como técnicas se utilizaron la observación directa y la participante, y como instrumentos el diario de notas. También se aplicó una encuesta semiestructurada para identificar los elementos más importantes en el estilo de liderazgo, entre los cuales emergió el modelo prevalente de cuidado en el contexto observado.

La segunda fase se desarrolló en una institución pública de segundo nivel de atención de Los Mochis, Sinaloa, México, mediante un estudio inductivo. Ahí se llevó como soporte teórico el estado del arte, se aplicó la técnica de observación participante (OP) y como herramienta el diario de campo (DC), en el que se registraron actividades de las enfermeras gestoras y clínicas. Mediante entrevistas semiestructuradas se rescató la percepción de las enfermeras clínicas acerca de la gestión del cuidado.

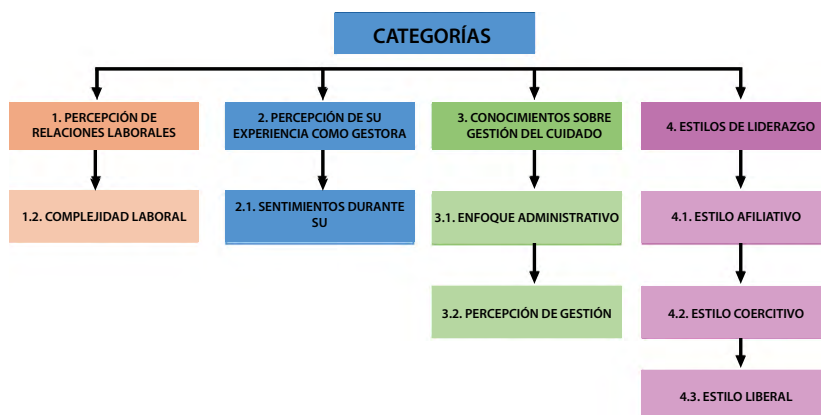
El análisis de los datos se realizó siguiendo algunas etapas y principios de la teoría fundamentada. Se llegó a la categorización axial hasta saturar la información (Strauss y Corbin, 2002) y se obtuvo previamente consentimiento informado de las y los participantes, lo cual permitió la recolección

de datos. Posteriormente, se transcribieron las entrevistas y se analizaron línea por línea para la construcción de categorías y subcategorías, tras lo cual se les asignaron siglas o claves a las enfermeras gestoras (EG) y a las enfermeras gestoras de mandos medios (EGMM) con números subsecuentes del 1 al 6; también a las enfermeras clínicas (EC) identificadas de igual forma con números subsecuentes del 1 al 6. La tercera fase consistió en la construcción de la propuesta de modelo innovador, con base en el análisis de las dos fases anteriores del estado del arte y la creatividad de los autores. Esto se muestra en la figura 4.1.

Resultados

Del análisis de los datos emergieron cuatro categorías que derivaron en siete subcategorías (figura 4.1). En primer término, la categoría de *percepción de las relaciones laborales*, de la cual se desprende la subcategoría denominada complejidad laboral. La segunda categoría es *percepción sobre su experiencia como gestora*, con la subcategoría de sentimientos durante su gestión. La tercera categoría, *conocimientos sobre gestión del cuidado*, de la que se desprenden las subcategorías de enfoque administrativo y percepción de gestión del cuidado. Una cuarta categoría, denominada *estilos de liderazgo*, tiene tres subcategorías: estilo afiliativo, estilo coercitivo y estilo liberal.

Figura 4.1. Diagrama de categorías y subcategorías



Fuente: Elaboración propia.

Percepción de relaciones laborales

Dentro de las actividades de las EG se van formando relaciones con los compañeros de trabajo, las cuales suelen ser difíciles al encontrarse en un entorno crítico. Es así que se presenta a continuación una categoría en donde se muestra cómo perciben tanto las EG, como su *staff* de enfermeras, las relaciones que se dan en su ámbito laboral.

Complejidad laboral

Se identificó que la percepción que presentan tanto EGMM como EC son diversas, tanto positivas como negativas, pues se tienen dificultades al relacionarse, debido a múltiples factores y a las percepciones que surgen de las gestoras y de su *staff*, ya que es un contexto estresante, derivado del exceso de trabajo, entre otros. Por tales motivos comentan lo siguiente:

La relación con mi jefa es un poco fría, muy sistematizada, desordenada, des-humanizada. (EGMM1)

Pienso que la relación es buena, me respetan a pesar de que soy su amiga, hemos sabido llevar la amistad con el liderazgo. Claro que hay de todo, tengo buenos amigos y tengo personas que no lo son, y ahí es donde se dificultan las relaciones, porque a veces no tenemos la misma forma de pensar y surgen conflictos. (EGMM2)

Y así pues que me cumplan con el trabajo y aun así hay resistencia o se sienten obligados y esto dificulta las relaciones (EGMM3)

La jefa que tenemos no tiene buena relación con nosotros, ella se dedica nomas a lo rutinario, a los papeles. (EC5)

La verdad, considero que no llevamos más que una relación laboral, hasta ahí y no la considero buena, porque pues no me gusta su forma de guiarnos y siento que tampoco le caigo bien. (EC6)

Rojas Avendaño (2019) refiere que el profesional de enfermería realiza un trabajo extenuante, lo que ocasiona un gran desgaste y lo hace más vulnerable a enfrentar problemas. De igual forma, no cuentan con jornadas de capacitación necesarias, ya que la sobrecarga de trabajo lo impide. Las di-

versas tareas que deben cumplir, a veces ajenas a su profesión, ocasionan pérdida de tiempo, descuido de sus pacientes y un ambiente laboral no satisfactorio.

Las enfermeras de altos mandos deben desarrollar habilidades que ayuden a identificar y mejorar la vida laboral del profesional de enfermería que trabaja a diario en los hospitales, ya que la comunicación, así como las relaciones entre el personal y la interacción social, es condicionante para un buen desempeño (Suasto-Gómez et al., 2018).

Percepción sobre su experiencia como gestora

Las enfermeras gestoras participantes, en sus actividades de gestión que desempeñan diariamente, expresaron diversas formas de concebir su práctica. De estas acciones, se registraron experiencias tanto negativas como positivas. Como lo mencionan ellas:

Al inicio, mi experiencia me llevó a sentirme con falta de capacidad en cuanto a actividades de gestión con mucha inseguridad. (EGMM1)

Mi experiencia me parece muy gratificante y he tenido muchas satisfacciones como enfermera gestora. (EGMM2)

Pues es una experiencia con mucha responsabilidad, más que cuando era operativa y trabajaba en la terapia, a veces cansada. (EGMM4)

Hernández y Medina-Campos (2020) refieren que el grado de satisfacción laboral es un estado emocional, el cual es resultado de experiencias y comportamientos de los profesionales, por su trabajo y por los factores que se encuentran relacionados, y resulta importante, no sólo por el lugar donde se desempeñe, sino en términos de productividad y calidad. Para mejorar el ambiente laboral se deben llevar a cabo tareas sistemáticas que permitan a los empleados mejorar sus oportunidades y, por ende, la contribución a la institución en un ambiente de profesionalidad, confianza y respeto.

Sentimientos durante su gestión

Se observó que las enfermeras gestoras, durante su jornada laboral, experimentan diversos sentimientos negativos ante las circunstancias que se presentan, tanto con su *staff* de enfermeras como al tener dificultad para alguna gestión.

Yo soy el único jefe de piso, en este módulo no hay en ningún otro turno y si se me dificulta, porque las enfermeras de los demás turnos no hacen las actividades propias del turno, entonces no funcionan así a veces las cosas, entonces aquí yo, ya no puedo hacer nada en ese aspecto, lo que me hace sentir impotencia. (EGMM1)

Pensaba que era diferente el rol de jefe de piso y no quería tomar el puesto, sentía temor, de no saber realizar las actividades de gestión. (EGMM2)

El personal de enfermería requiere de un ambiente laboral que le permita desarrollar sus habilidades y capacidades, el cual entraña la armonía de dos factores: un motivador personal, en donde se toman en cuenta expectativas y el desarrollo de su trabajo y un segundo factor, el relacionado con el entorno laboral para mejorar sus condiciones en el quehacer (Herrera y Manrique, 2019).

La gerencia de alguna institución de salud implica el desarrollo de una gestión eficiente, que garantice los cuidados adecuados a la persona de cuidado, sin importar si se trata de una institución pública o privada. En congruencia con esto Suasto-Gómez et al. (2018) refieren que las enfermeras gestoras necesitan en su práctica creatividad, organización, liderazgo, delegar actividades y control de las acciones de su personal a cargo, con el fin de asegurar el bienestar de las personas de cuidado.

Conocimientos sobre gestión del cuidado

En las enfermeras gestoras se observó un área de oportunidad en cuanto a conocimientos, debido a la ausencia de los estos sobre gestión del cuidado, lo cual conlleva a que en sus actividades se dirijan a cubrir las necesidades

de las personas con alguna condición humana específica de salud, con base en el cuidado humanizado. Estos hallazgos se sustentan con los siguientes códigos vivos:

Pienso que gestionar el cuidado son programas que se hacen para la gente que no se recupera. (EGMM3)

No sé, la verdad sé qué es la administración de los servicios de enfermería. (EGMM4 y EGMM5)

Estallela et al. (2020) mencionan que la administración de cuidados de enfermería requiere el conocimiento de múltiples factores del entorno en el que se sitúa la acción de gestión y de las personas que otorgan cuidado.

Estilos de liderazgo

Las enfermeras gestoras ejercen diversos tipos de liderazgo al interior de la institución de salud y de su actuar cotidiano se puede generar división del trabajo. Asimismo, se debe de considerar que ningún estilo de liderazgo es el ideal. El éxito dependerá de cada persona que funge como líder y los factores situacionales. Sin embargo, resulta imprescindible que se ejerza alguno para que las relaciones con el equipo de trabajo sean efectivas.

Estilo afiliativo

Durante la interacción con las EG se encontró que estas actúan por medio de lazos afectivos para gestionar en ocasiones los recursos que requieren para su servicio. Se encontró que las enfermeras gestoras de mandos medios ejercen un estilo de liderazgo afiliativo. Esto apoya la idea anterior:

OP: Se observa que durante el ejercicio de su liderazgo (EG1), se muestra interesado por su *staff*. Si se presenta un conflicto, lo resuelve de tal manera que no salga perjudicado ningún miembro de su equipo.

Estilo coercitivo

Durante la observación se encontró que diversas enfermeras en su gestión e interacción con su *staff* practican un estilo de liderazgo coercitivo, en donde ejercen autoridad ante las enfermeras colaboradoras. Además, se obtuvieron datos por observación participante y fueron registrados en el DC, como se muestra a continuación:

DC: Durante la jornada laboral se observa al EG2, ejercer un liderazgo coercitivo, ya que toma decisiones por sí solo y ejerce autoridad sobre su *staff*. Se encontró diferencia entre la entrevista y la observación.

OP: Se observa a la EG4 que ejerce autoridad y control sobre el grupo y, al momento en que el *staff* va a realizar alguna actividad, toma el control de las mismas.

OP: Se encontró que la EGMM2 durante sus actividades e interacción con su *staff* les da órdenes, esperando que obedezcan y si no realizan las actividades impone algún castigo. Esto no les permite tener iniciativa.

Estilo de liderazgo liberal

Se identificó que las enfermeras ejercen diversos estilos de liderazgo, entre ellos, el liberal, al gestionar cuidado, lo que ocasiona un bajo nivel de apoyo por parte de las enfermeras gestoras para su *staff* de enfermeras. Se sustenta lo anterior con los siguientes registros:

OP: durante la observación, se encuentra una situación con el equipo de trabajo donde la EG3 se muestra despreocupada al momento de la toma de decisiones importantes que tienen que ver con la gestión del cuidado, deslindando la responsabilidad en la EC1, quien comenta: "mejor ya no vuelvo a decirle de los pendientes, porque me agrega trabajo que no me corresponde".

OP: la EGMM5 se muestra pasiva a la hora de ejercer liderazgo. Si su equipo de trabajo tiene una situación de crisis, se encuentra ausente del servicio y deja a una EC encargada del mismo.

Es importante que los altos mandos pongan en práctica un liderazgo transformacional, ya que esto va a promover que su *staff* modifique su perspectiva. En cambio, el líder que continúa con los estilos tradicionales se limita y no estimula a su *staff*, sino que sólo se enfoca en el cumplimiento de tareas asignadas (Hernández et al., 2018).

Con base en lo anterior y las realidades encontradas surge el presente modelo innovador “Desarrollo de liderazgo de las enfermeras gestoras para la gestión del cuidado”, el cual busca una forma innovadora de desarrollar el liderazgo en la disciplina, para asegurar la continuidad y la calidad del cuidado.

Esquema del modelo



Fuente: Elaboración propia.

El presente modelo innovador promueve el desarrollo del liderazgo en las enfermeras gestoras, para beneficiar a la persona en estado de vulnerabilidad. Con esto se brinda cuidado dirigido a la gestión y también favorece el fortalecimiento y la adquisición de conocimiento científico que servirá de evidencia para futuras investigaciones que hagan crecer la disciplina de la enfermería.

Conclusiones

La primera fase del estudio mostró la complejidad en el ámbito laboral y las relaciones entre la enfermera gestora y su *staff* de enfermeras clínicas, el cual se desarrolla en un contexto estresante y poco favorable para la gestión del cuidado.

La enfermera gestora principalmente efectúa acciones de administración, más que de gestión. De ahí surge la necesidad de modificar los estilos de liderazgo ejercidos actualmente

El modelo promueve el liderazgo transformacional para que se inicie un cambio de enfoque, frente al prevaleciente en las instituciones de salud, que es el administrativo, y se dirija hacia una gestión del cuidado.

La enfermera gestora al ejercer este liderazgo, estará en un ambiente de trabajo óptimo, tanto para su *staff* como para la gestión del cuidado humano.

Referencias

- Contreras, V., Reynaldos G., K., y Cardona A., L. C. (2020). Clima, ambiente y satisfacción laboral: un desafío para la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(1).
- Hernández-Cantú, E. I., y Medina-Campos, X. L. (2020). Satisfacción laboral y ausentismo en el personal de enfermería de un hospital público de Monterrey. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 28(1), 37-48.
- Hernández-Gracia, T. J. y Duana Ávila, D. (2018). Estudio Diagnóstico de liderazgo transformacional en personal de enfermería que labora en hospitales públicos mexicanos. *CIMEXUS. Revista de Investigaciones*, 13(2), 89-109. <https://cimexus.umich.mx/index.php/cimexus/article/view/291>
- Herrera-Amaya, G., y Manrique-Abril, F. (2019). Nursing job satisfaction. Differences of areas in primary health care and intensive care. *Duazary*, 16(2), 74-86.
- Martínez Estallela, G., Zabalegui, A., y Sevilla Guerra, S. (2020). Gestión y Liderazgo de los Servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia Covid-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 1(S1), s12-s17. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.002>
- Rojas Avendaño, Y. C. (2019). *Nivel de satisfacción laboral en el personal de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional arzobispo Loayza, Lima*. [Tesis de Licenciatura en Enfermería, Universidad privada Norbert Wiener].
- Rojero-Jiménez, R., Gómez-Romero, J. G. I., y Quintero-Robles, L. M. (2019). El liderazgo transformacional y su influencia en los atributos de los seguidores en las Mipymes

- mexicanas. *Estudios Gerenciales*, 35(151), 178-189. <https://doi.org/10.18046/j.estger.2019.151.3192>
- Strauss, A. L., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada*. Universidad de Antioquia.
- Suasto-Gómez, W. M., Balseiro-Almario, L., Jiménez-Escobar, I., Hernández-Hernández, A. L., Chaparro Sánchez, M. A., y Adán-Ruíz, J. P. (2018). Modelo de gestión del cuidado: innovación de enfermería para garantizar el bienestar de los pacientes, en el hospital general "Dr. Manuel Gea González", en la Cd. de México. *Revista de Enfermería Neurológica*, 17(3), 39-48.
- Trujillo, C., Naranjo, M., Lomas, K., y Milton, M., (2019). *Investigación Cualitativa*. Universidad Técnica del Norte. Red de Ciencia Naturaleza y Turismo.

5. Trabajo en equipo, estrategia que reduce la ansiedad en estudiantes universitarios

[Teamwork, a strategy that reduces anxiety in university students]



DIANA MONTSERRAT SÁNCHEZ-GONZÁLEZ*

MARÍA TERESA RIVERA-MORALES**

EDGAR HUMBERTO MACÍAS-ESCOBEDO***

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.05>

Resumen

El estrés y la ansiedad son fenómenos psicológicos comunes en la vida cotidiana de las personas, y los estudiantes universitarios no son una excepción. La presión académica, las altas expectativas de rendimiento, los plazos de entrega y la gestión del tiempo son sólo algunos de los factores que estresan a los estudiantes universitarios regularmente. El objetivo de este texto es relacionar la ansiedad, el estrés y las actitudes hacia el aprendizaje de los estudiantes universitarios. Se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 100 estudiantes universitarios. Se aplicó el cuestionario DASS-21y el cuestionario de evaluación de las actitudes ante el aprendizaje de los estudiantes universitarios. Los resultados muestran correlación negativa entre los niveles de ansiedad y actitudes hacia el aprendizaje de trabajo en equipo. Se concluye que una actitud de trabajo en equipo permitirá mantener un equilibrio en la salud mental de los estudiantes universitarios.

Palabras clave: *ansiedad, estrés, estudiantes, trabajo en equipo.*

* Estudiante de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2260-0803>

** Doctora en Ciencias de la Educación. Catedrática investigadora en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8660-9786>

*** Máster en Psicobiología del Daño Cerebral. Catedrático investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6786-3156>

Introducción

La vida universitaria es un periodo de descubrimiento, crecimiento y oportunidades emocionantes, pero también puede ser una época de desafíos inesperados. En este capítulo, exploraremos un tema que ha ido en aumento en las últimas décadas y que afecta a estudiantes universitarios en todo el mundo: la ansiedad y el estrés. Estas dos experiencias emocionales, aunque comunes, pueden tener un impacto significativo en la salud mental, el rendimiento académico y la calidad de vida de los jóvenes que buscan alcanzar sus metas académicas y profesionales.

A medida que los estudiantes se enfrentan a un entorno académico cada vez más competitivo y a la presión de tomar decisiones importantes para su futuro, la ansiedad y el estrés se han convertido en compañeros frecuentes en su viaje educativo. Sin embargo, es esencial comprender que estos desafíos no son insuperables.

La ansiedad es una emoción normal y adaptativa que nos ayuda a prepararnos para situaciones que pueden ser peligrosas o desafiantes. No obstante, cuando la ansiedad es excesiva o persistente, puede convertirse en un trastorno mental. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (CAPA), la ansiedad es un estado emocional que se caracteriza por sentimientos de nerviosismo, inquietud, preocupación y miedo. Estos sentimientos pueden ser acompañados por síntomas físicos, como taquicardia, sudoración, temblores y dificultad para respirar.

De igual forma, numerosos autores coinciden en la idea que la ansiedad puede ser una condición o estado emocional transitorio en el que están involucradas la tensión, la aprensión y un incremento de la actividad dentro del sistema nervioso, lo cual desata sentimientos desagradables e inquietud (Vivanco-Vidal et al., 2020).

Estudios en el área mencionan que la ansiedad puede tener un impacto negativo en el funcionamiento físico, psicológico y social de los estudiantes y afectar su salud mental (Molina et al., 2021; Martínez et al., 2022; González et al., 2022).

Por otro lado, el estrés, es una respuesta fisiológica, psicológica y conductual a un evento o situación que se percibe como amenazante o desa-

fiente. Se caracteriza por una serie de cambios físicos y psicológicos, como aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, tensión muscular, pensamientos negativos y cambios en el comportamiento (Monzón, 2007).

El estrés desarrollado por estudiantes se debe a la carga académica o a las exigencias del ámbito educativo esta respuesta fisiológica aparecerá ante cualquier cambio o amenaza que surja dentro de este ambiente. También se puede denominar al estrés como desequilibrio entre demandas, ya sean puestas por uno mismo o por fuentes exteriores, esto sería intentar cumplir las expectativas y la idea de no poder satisfacerlas (Caldera y Pulido, 2007).

Este estado, según una variedad de artículos, presenta prevalencia en los jóvenes estudiantes, en su mayoría con altos niveles de estrés debido a la activación nerviosa que genera la carga académica (Rodríguez y Sánchez, 2017; Lemos et al., 2018; Barraza, 2019; Estrada et al., 2021), así como el aumento de las evaluaciones, tareas, trabajos, proyectos escolares y el tiempo que se designa para estos (Silva et al., 2020).

Es por lo anterior que delimitar estrategias factibles, aunadas a una actitud positiva hacia el aprendizaje pueden ser de vital importancia para asegurar la salud mental, ya que la forma en la que los estudiantes aborden estas demandas universitarias puede marcar una gran diferencia en su bienestar emocional.

De esta forma es que el presente capítulo presenta los resultados de una investigación cuyo objetivo fue relacionar la ansiedad, el estrés y las actitudes hacia el aprendizaje de los estudiantes universitarios.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal comparativo y correlacional según la clasificación propuesta por Hernández et al. (2014), con el objetivo de comparar y correlacionar estrés, ansiedad y actitudes hacia el aprendizaje en una muestra de 100 estudiantes, mediante muestreo no probabilístico, los cuales participaron voluntariamente y se garantizó su confidencialidad mediante la plataforma Google Forms. Los criterios de inclusión contemplan estudiantes universitarios que estén cursando o hayan recibido

clases de manera remota a través de plataformas en línea (explicar tiempo, semestre, fechas).

Instrumento

Para medir las variables de estrés y ansiedad se utilizó DASS-21 (escalas de ansiedad y estrés) de Lovibond (Lovibond y Lovibond, 1995) de autoreporte con formato tipo Likert de cuatro puntos (no me ha ocurrido, me ha ocurrido poco, me ha ocurrido mucho, me ocurre la mayor parte del tiempo). El instrumento está conformado por tres subescalas, que miden ansiedad, estrés y depresión. De acuerdo con esta investigación, sólo se utilizarán los apartados de estrés y ansiedad. La última subescala cuenta con siete reactivos de ansiedad que presentan un puntaje de Alfa de Cronbach de 0.74 y, de la misma manera, siete reactivos en estrés el cual presenta un coeficiente de consistencia interna $\alpha = 0.76$.

El Cuestionario de evaluación de las actitudes ante el aprendizaje de los estudiantes universitarios (CEPAVU), de los autores Gallargo, Cruz Pérez, Fernández y Jiménez es una escala sumativa tipo Likert conformado por 11 ítems con una fiabilidad de α de Cronbach = 0.70. El instrumento autoaplicable mide las actitudes hacia el aprendizaje de los estudiantes universitarios y se encuentra fragmentado en tres dimensiones de valoración y actitud positiva hacia el aprendizaje profundo, crítico, con comprensión, relacionando los contenidos, la valoración positiva y el gusto por el trabajo en equipo y las atribuciones internas. Los resultados y calificaciones dependen del propio esfuerzo.

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo de manera virtual individual mediante la plataforma Google Forms, en donde se garantiza la confidencialidad y anonimato de los participantes, los cuales accedieron a participar de manera voluntaria.

Análisis

Los resultados sobre la investigación se capturaron y procesaron en el programa Excel, también se midió la confiabilidad de los instrumentos que se manejaron con el estadístico Alfa de Cronbach.

Se realizó el análisis estadístico de los resultados midiendo frecuencia y porcentaje. Para el análisis comparativo con la comparación se utilizaron dos muestras relacionadas mediante la prueba T, estadística descriptiva de los resultados, correlación de las variables y estadística de regresión, a fin de medir el efecto que tiene alguna variable frente a otra.

Resultados

Se rescataron respuestas de 100 participantes con edades de entre 17 y 28 años, donde la media fue de 20.88. Estos se distribuyen de la siguiente manera: 21 de 17 a 19 años; 65 de 20 a 22 años; 15 de 23 a 28. Todos eran estudiantes universitarios de diferentes escuelas en Saltillo, Coahuila. Se destaca una mayor participación en alumnos de la Universidad Autónoma de Coahuila.

La muestra fue integrada por 79 mujeres y 21 hombres, de los cuales inciden los siguientes porcentajes más significativos: 12% estudian una ingeniería, mientras que se destaca 10% de estudiantes de psicología y 10% de estudiantes de derecho, entre otros. Respecto al instituto al que pertenecen se rescató 35% de estudiantes de la Universidad Autónoma de Coahuila, pues fue el ítem con la respuesta más elevada.

La tabla 5.1 muestra la predominancia en los participantes que presentan sintomatología de estrés, a pesar de que se dividen en diferentes parámetros, tal como se muestra en la tabla anterior. La población que no presentó estrés es mínima en comparación con la suma del resto de los porcentajes.

En la escala de ansiedad se agregó un nivel, a diferencia de la tabla de estrés, ya que los resultados arrojaron mayores niveles de este malestar en los estudiantes. De nueva cuenta se destacó mayor inclinación a los estudiantes que presentan niveles de la sintomatología.

Tabla 5.1. *Frecuencia del estrés y la ansiedad*

	<i>Frecuencia estrés</i>		<i>Frecuencia ansiedad</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
N/P	39	41.05	33	34.73
Leve	15	15.78	11	11.57
Moderado	20	21.05	16	16.84
Severo	21	22.10	17	17.89
Muy severo	N/P	N/P	18	18.94

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos en el estudio.

Según los resultados, se presentó más de 40% de los estudiantes sin estrés, y un poco más de 22% con niveles severos de estrés. Si se unen los niveles más altos de estrés en esta tabla se obtiene un 43.15% de sintomatología de estrés en el total de la muestra.

Respecto a los niveles de ansiedad, se presentó más de 30% de los estudiantes sin ansiedad en sus clases. Si se unen los porcentajes de niveles más significativos de ansiedad, se obtiene 53.67% con ansiedad presente en los estudiantes, lo que significa más de la mitad de la muestra.

En esta ocasión ocurrió una gran suma de frecuencia de ansiedad muy severa, pues se obtuvo más de 18%, lo cual es más alto en comparación con el resto del puntaje de niveles de ansiedad.

Tabla 5.2. *Estadística descriptiva*

	<i>Estrés</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Aph aprendizaje</i>	<i>Aph trabajo en equipo</i>	<i>Atribución interna</i>
Media	8.47	5.63	23.80	6.92	5.66
Desviación estándar	3.74	3.94	4.91	1.93	1.60
Curtosis	1.09	0.93	0.83	0.86	0.41
Coefficiente de asimetría	0.14	0.31	0.00	0.09	0.44
Mínimo	-	-	14.00	2.00	2.00
Máximo	14.00	14.00	34.00	10.00	10.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos en el estudio.

Los datos descriptivos, presentados en la tabla 5.2, son evidencia para sostener la decisión del uso de los procedimientos paramétricos.

De acuerdo con la tabla 5.3, la cifra significativa aparece negativamente, es decir, los niveles de ansiedad disminuyen en los estudiantes cuando aparecen actitudes orientadas al aprendizaje de trabajo en equipo.

Tabla 5.3. *Matriz de correlaciones entre estrés, ansiedad y actitudes hacia el aprendizaje*

	<i>Estrés</i>	<i>Ansiedad</i>
Aph aprendizaje	0.074634413	-0.01209994
Aph trabajo en equipo	-0.15904078	-0.26678653*
Atribución interna	-0.024552113	0.02733349

Nota: * La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos en el estudio.

Tabla 5.4. *Estadísticas de regresión*

	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>
Intercepción	7.360638741	2.05257033	3.5860592	0.00053254
Aph trabajo en equipo	-0.74415778	0.21464786	-3.4668772	0.00079251

Nota: $R=0.33723253$, $R^2=0.11372578$.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos en el estudio.

A partir de la exploración de las correlaciones, se identificó el cumplimiento del supuesto de asociación lineal entre variables, por lo que se procedió al ajuste de modelos de regresión; el resumen se presenta en la tabla 5.4. Para cada subescala presentada en actitudes hacia el aprendizaje se ajustó una ecuación. Como resultado, se obtuvo una capacidad de predicción de $R^2=0.11$, equivalente a 11.3%, a partir de una variable predictora. Esto implica que según la muestra universitaria de estudiantes, sus niveles de ansiedad dependen de una actitud positiva o negativa hacia el trabajo en equipo.

Conclusiones

Conforme al objetivo planteado, se concluye que existe relación negativa entre la ansiedad y la actitud para el aprendizaje por medio del trabajo en

equipo. Lo que nos precisa que si se aumenta dicha actitud, se tendrá una reducción en los niveles de ansiedad.

De esta forma es que el trabajo en equipo se convierte en una estrategia factible en la enseñanza de alumnos universitarios, ya que el tener la actitud para el aprendizaje por medio del trabajo en equipo fomenta un ambiente de apoyo mutuo, donde los estudiantes pueden compartir sus preocupaciones, dudas y logros. Esta interacción facilita la construcción de relaciones sólidas, lo cual es fundamental para reducir la sensación de soledad y aislamiento que a menudo contribuye a la ansiedad y el estrés. Además, trabajar en equipo permite a los estudiantes distribuir la carga de trabajo, lo que puede aliviar la presión académica y mejorar la gestión del tiempo.

La diversidad de habilidades y perspectivas que cada miembro del equipo aporta puede enriquecer el proceso de aprendizaje y ayudar a abordar desafíos académicos de manera más efectiva. La colaboración fomenta la resolución conjunta de problemas, lo que puede aumentar la confianza en las propias habilidades y reducir la sensación de incompetencia que a menudo alimenta la ansiedad.

De esta forma es que el trabajo en equipo, como estrategia, no sólo se trata de dividir la carga de trabajo, sino de apoyo mutuo en el viaje académico. Los compañeros de equipo pueden convertirse en aliados emocionales, brindando consuelo, motivación y consejo cuando sea necesario. Esta red de apoyo puede ser esencial para reducir la ansiedad y el estrés, ya que los estudiantes se sienten respaldados en su búsqueda de metas académicas.

Se recomienda seguir estudiando la relación de las variables presentadas esto con la finalidad de poder generalizar los resultados.

Referencias

- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.).
- Barraza, A. (2019). Estrés académico en alumnos de tres niveles educativos: un estudio comparativo. *Praxis Investigativa ReDIE: revista electrónica de la Red Durango de Investigadores Educativos*, 11(21), 149-163.
- Caldera Montes, J. F., Pulido Castro, B. E., y Martínez González, Ma. G. (2007). Niveles de

- estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7(11), 77-82.
- Estrada, E., Mamani, M., Gallegos, N., Mamani, H., y Zuloaga, M. (2021). Estrés académico en estudiantes universitarios peruanos en tiempos de la pandemia del Covid-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(1), 88.
- González-Parra, M., Fernández-Pinto, I., & Sánchez-Martínez, M. (2022). Ansiedad en estudiantes universitarios: relación con el rendimiento académico y la salud mental. *Ansiedad y Estrés*, 28(1), 33-43.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw Hill.
- Lemos, M., Henao Pérez, J., y López Medina, K. (2018). Estrés académico en estudiantes de medicina de una universidad pública de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 257-264.
- Lovibond, P. F., y Lovibond, S. H. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS -21). [Versión 2.0]. Psychology Foundation.
- Martínez-López, E., Sánchez-Martínez, M., y Fernández-Pinto, I. (2022). Ansiedad en estudiantes universitarios: impacto en la salud y el bienestar. *Revista de Psicología y Salud*, 22(1), 73-83.
- Molina-Molina, J., García-López, M., Buena-Casal, G. (2021). Ansiedad en estudiantes universitarios: prevalencia y factores de riesgo. *Revista de Psicología Clínica*, 29(2), 101-111.
- Monzón, I. M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología*, 16(1), 107-118.
- Rodríguez-Morales, L., y Sánchez-Vázquez, F. (2017). Estrés académico en estudiantes universitarios: una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(1), 11-22.
- Silva-Ramos, M. F., López Cocolote, J. J., y Columba Meza Zamora, M. E. (2020). Estrés académico en estudiantes universitarios Investigación y Ciencia. *Investigación y Ciencia*, 28(79), 75-83. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67462875008>
- Vivanco-Vidal, A., Saroli-Aranibar, D., Caycho-Rodríguez, T., Carbajal-León, C., y Noé-Grijalva, M. (2020). Ansiedad por Covid-19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación En Psicología*, 23(2), 197-215.

6. Estudio bibliográfico de experiencias de estudiantes de enfermería durante las prácticas hospitalarias

[Literature study of experiences of nursing students during hospital practices]



VANESA JIMÉNEZ-ARROYO*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.06>

Resumen

Los conocimientos disciplinarios, los componentes técnicos, las habilidades sociales, la disposición de servicio, los principios y valores son algunos de los saberes que se socializan y sostienen el quehacer profesional. Las experiencias de los estudiantes de enfermería durante las prácticas hospitalarias pueden generar una gran cantidad de sentimientos y percepciones, las cuales ocasionalmente llegan a ser observadas y cuestionadas por los profesores o tutores, a fin de poder evidenciar elementos desfavorecedores que causan un efecto negativo en los sentimientos, así como en la salud mental y física de los estudiantes. El objetivo fue realizar análisis bibliográfico de las experiencias de estudiantes de enfermería durante sus prácticas hospitalarias. El presente estudio fue bibliográfico. Se consideró pertinente realizar análisis de información a partir de indagar en bases de datos científicas como Elsevier, Scielo, PudMed, Redalyc, Dialnet y Latindex seleccionando los artículos científicos de open access a partir del año 2013 al año 2023 incluidos repositorios académicos. Como resultados se obtuvieron 17 artículos científicos que cumplieran con los elementos para la selección. Se concluyó que en la presente revisión se coincide en que los entornos hospitalarios potencian condiciones de violencia que se ejercen hacia los estudiantes y que estas, suelen ser desde las más sutiles hasta situaciones de agresión verbal que afectan, sin

* Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora titular de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3413-3947>

duda alguna, la salud mental del estudiante. Lo anterior se erige como un elemento importante que trasgrede sus derechos humanos. De todo esto, se desprende la necesidad de establecer o generar convenios que eviten las agresiones hacia los estudiantes, por parte de los integrantes del sistema de salud, así como protocolos de atención oportuna a los casos que se requieran, una vez que se detecta o se hace del conocimiento de esta situación.

Palabras clave: *experiencias, enfermería, prácticas.*

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la violencia como “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo” (OPS, 2000).

De acuerdo con lo mencionado con anterioridad, la violencia es el daño que se le ocasiona a un individuo de manera verbal, sexual, psicológica o física, incluso causando la muerte. De esta manera, se puede percibir cómo la violencia por parte del personal de salud hacia los estudiantes de enfermería afecta su entorno.

La violencia en todas sus modalidades e intensidades ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad y se clasifica en tres categorías generales, de acuerdo a quienes cometen el acto: violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones), violencia interpersonal (familiar, que incluye menores, pareja, ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco) y violencia colectiva (social, política y económica).

La violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, como la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes. Por su parte, la violencia económica comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación.

Por último, se ha señalado, de igual manera el cómo otros rostros de la violencia, referentes a las que se presentan de diversas maneras o manifestaciones, permiten afirmar que esta forma de relación, que implica abuso de poder, tiene caras diferentes. Podemos distinguir diferentes expresiones de la violencia, si bien en todas ellas está presente la imposición de la voluntad del más fuerte o, en su defecto, el derecho de la propia voluntad (Injuve, 2020).

Asimismo, suele presentarse la llamada violencia psicológica, que se refiere a los actos que conllevan a la desvalorización y buscan disminuir o eliminar los recursos internos que la persona posee para hacer frente a las diferentes situaciones de su vida cotidiana.

En este mismo tenor de ideas la American Psychological Association (APA) define a la violencia verbal como las palabras extremadamente críticas, amenazadoras o insultantes, pronunciadas de forma oral o escrita, y destinadas a degradar, menospreciar o atemorizar al destinatario (APA, 2023).

En el contexto anteriormente señalado suelen encontrarse, con regularidad, los estudiantes del área de la salud, ya que durante sus prácticas en las diferentes unidades de salud, sean de primer, segundo o tercer nivel en la interacción de ambientes laborales extremadamente cargados de situaciones estresantes, suelen ser sujetos de maltrato por parte de otros profesionales que laboran en estas áreas.

Generalmente se define como estudiante a

[...] aquella persona con deseo insaciable de conocimiento [que] se dedica a aprender cada vez más, estudia por el gusto de estudiar, con el afán de ser una persona con amplios conocimientos y de conocer, comprender interpretar todo lo que está a su alcance y el propósito de mejorar el contexto en el que se desenvuelve y la sociedad en la que vivimos. (Delors, 1994, p. 91)

Se destaca que un estudiante es una persona activa que interactúa en un proceso dinámico con el profesor con el fin de adquirir conocimientos beneficiosos para su futuro. Bajo esta premisa se encuentran los estudiantes de enfermería, quienes destacan en número, ya que en 2021 la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) indicó que, en México, se registraron 620 000 personas dedicadas a la prestación de servicios remunerados

de enfermería. Las mujeres representaron 79% de esta población y los hombres 21% (INEGI, 2022).

Al ser aún una profesión mayormente femenina en un contexto socio-cultural patriarcal los y las estudiantes de enfermería suelen ser vulnerados frecuentemente por otros profesionales de la salud.

Desarrollo

El presente estudio fue bibliográfico. Se consideró pertinente realizar análisis de información a partir de la indagación en bases de datos científicas como Elsevier, Scielo, Scopus, Redalyc, Dialnet y Latindex, de donde se seleccionan los artículos científicos de *open access* a partir del año 2013 y hasta el año 2023, incluidos repositorios académicos. Como resultados se obtuvieron 18 artículos científicos que cumplían con los elementos para la selección.

Resultados

Los resultados que a continuación se muestran en la tabla 6.1 permiten evidenciar las experiencias de los estudiantes de enfermería como sujetos vulnerados en su desarrollo personal y profesional.

Tabla 6.1. *Experiencias de los estudiantes*

Artículo 1	Descripción
Título del artículo	Violencia percibida por estudiantes mexicanos de enfermería durante sus prácticas clínicas.
Objetivo y pregunta	Determinar la prevalencia y experiencias de violencia durante prácticas clínicas intrahospitalarias en los estudiantes de Enfermería y la forma en que sus comportamientos y emociones se ven afectados.
Material y método	Estudio transversal en 327 estudiantes de Enfermería, los cuales habían finalizado sus prácticas clínicas semestrales correspondientes al semestre febrero-julio de 2022.
Resultados	El 76% de los estudiantes ha experimentado violencia no física, seguido de acoso sexual con 28.45%.
Conclusiones	Los estudiantes percibieron alta prevalencia de violencia no física, en menor proporción acoso sexual y violencia física, con impacto negativo en los sentimientos personales.

Artículo 2	Descripción
Título del artículo	Experiencias de estudiantes de enfermería sobre violencia en el lugar de trabajo: una revisión sistemática y un metaanálisis de métodos mixtos.
Objetivo y pregunta	Identificar la prevalencia de la violencia dirigida por estudiantes en las prácticas clínicas y la descripción de su experiencia relacionada durante las prácticas clínicas.
Material y método	Los estudios incluidos fueron estudios primarios publicados y revisados por pares en los que se encuestó a estudiantes de enfermería previos a la inscripción sobre sus experiencias de agresión física, verbal o sexual, acoso o racismo durante la colocación clínica.
Resultados	En los metaanálisis se incluyeron 14894 estudiantes de enfermería de 42 estudios. Hubo heterogeneidad sustancial en los datos incluidos. Las tasas de prevalencia combinadas oscilaron entre el racismo (12.2%) y el acoso (58.2%). El acoso (38.8%) y la agresión física (10.2%) fueron perpetrados principalmente por enfermeras.
Conclusiones	Las estudiantes de enfermería suelen experimentar violencia durante sus prácticas clínicas, con todas las posibles secuelas físicas y psicológicas debilitantes de todas las formas de violencia.
Artículo 3	Descripción
Título del artículo	Experiencia de intimidación o acoso de estudiantes de enfermería australianos durante la colocación clínica.
Objetivo y pregunta	Indagar las experiencias de intimidación o acoso de estudiantes universitarios de enfermería australianos durante su colocación clínica.
Material y método	Este estudio fue cuantitativo de diseño transversal.
Resultados	Un total de 888 participantes completaron la encuesta. La mayoría de los encuestados eran mujeres (89%) y la edad media general fue de 26 años.
Conclusiones	Los estudiantes de pregrado deben de estar adecuadamente preparados para su experiencia de colocación clínica, incluida la familiarización con las políticas.
Artículo 4	Descripción
Título del artículo	Violencia y discriminación contra estudiantes de enfermería en una universidad pública colombiana.
Objetivo y pregunta	Medir la frecuencia de los actos de discriminación y violencia de género que se presentan contra estudiantes de enfermería en una universidad pública colombiana.
Material y método	Estudio descriptivo de corte, con una muestra representativa de 81 estudiantes del programa de Enfermería. La información se tomó mediante encuesta autodiligenciada, la cual indagaba sobre antecedentes de actos de violencia y discriminación durante la vida universitaria, sucedidos en el campus universitario y en los sitios de práctica.
Resultados	Los eventos más frecuentemente referidos por los estudiantes fueron: abuso de autoridad (43%), burlas, gestos y piropos obscenos (32%), agresión psicológica (27%), agresión verbal (19%) y discriminación por aspecto físico (12%).
Conclusiones	Una alta proporción de los estudiantes de enfermería participantes en el estudio fue objeto de actos de violencia y discriminación. Se hace necesario que la universidad genere estrategias de bienestar para modificar las actitudes relacionadas con estos actos.

<i>Artículo 5</i>	<i>Descripción</i>
Título del artículo	Análisis de la intimidación y acoso experimentado por estudiantes de Enfermería de cuarto curso durante sus prácticas clínicas.
Objetivo y pregunta	El objetivo de este trabajo fue analizar la intimidación o acosos padecidos por los estudiantes de Enfermería durante sus prácticas clínicas.
Material y método	Se realizó un estudio descriptivo transversal en la Universidad de León. La población a estudio fueron los estudiantes del grado en Enfermería de cuarto curso.
Resultados	Se observó una prevalencia del 26.5% ($n = 83$) de estudiantes que sufrieron episodios de intimidación o acoso. Los estudiantes de menor edad padecieron estos hechos por parte de los médicos, pacientes y familiares o acompañantes en mayor medida. Esto produjo un impacto en su bienestar psicológico e hizo que se sintieran deprimidos, humillados e incapaces, lo que afectó negativamente en el nivel de atención prestado a los pacientes.
Conclusiones	El problema global estudiado presenta una prevalencia inferior a la obtenida en otros trabajos llevados a cabo en el resto del mundo. Como consecuencia, existe un impacto en el bienestar psicológico de los estudiantes, que afecta su nivel de atención en las tareas que están llevando a cabo y su forma de trabajar con los demás.
<i>Artículo 6</i>	<i>Descripción</i>
Título del artículo	Violencia experimentada por estudiantes de enfermería turcos en entornos clínicos: sus emociones y comportamientos.
Objetivo y pregunta	Este estudio descriptivo tuvo como objetivo determinar las experiencias de violencia de los estudiantes de enfermería en entornos clínicos, los tipos de violencia y la forma en que sus comportamientos y emociones se ven afectados después de tal experiencia.
Material y método	Los datos del estudio fueron obtenidos de los 380 estudiantes de enfermería que cursaban 2º, 3º y 4º grado. La participación fue voluntaria. Los investigadores desarrollaron un formulario de cuestionario y lo distribuyeron a los estudiantes.
Resultados	Se encontró que 50.3% de los estudiantes fue sometido a violencia y 91.6% de estos estudiantes fue sometido a violencia verbal. Los estudiantes experimentaron con mayor frecuencia ira, furia y enemistad (84.3%) después de enfrentar la violencia.
Conclusiones	Los hallazgos de nuestro estudio mostraron que, al igual que las enfermeras, los estudiantes de Enfermería que pasaron una proporción significativa de su educación en áreas de práctica, también experimentaron violencia. Por lo tanto, se deben tomar medidas para prevenir la violencia infligida a los estudiantes de Enfermería en entornos clínicos, y los estudiantes de Enfermería deben recibir información relacionada con la comunicación y los métodos de afrontamiento de la violencia durante su educación.
<i>Artículo 7</i>	<i>Descripción</i>
Título del artículo	Prevalencia e impacto de la violencia clínica hacia estudiantes de enfermería en Hong Kong: un estudio transversal.
Objetivo y pregunta	El propósito de este estudio fue investigar la prevalencia, los factores asociados y el impacto de la violencia clínica SN.
Material y método	Este fue un estudio de encuesta transversal. El muestreo de conveniencia se utilizó para reclutar SN universitarios de marzo a junio de 2012 en aulas en Hong Kong. Se utilizó un cuestionario válido y confiable para recolectar los datos. Se distribuyeron 1 297 cuestionarios y 1 017 completaron cuestionarios, con una tasa de respuesta del 78.41%.

<i>Artículo 7</i>	<i>Descripción</i>
Resultados	El 47.7% de los participantes experimentó agresiones, 12.8% de tipo verbal y 34.9% verbal/física durante el último año. Las mujeres fueron las más agredidas ($\chi^2 = 12.12, p = 0.000$). Durante la contingencia sanitaria, 16.8% recibió agresión, 13.2% de tipo verbal y 3.6% verbal/física, siendo las enfermeras las más agredidas ($\chi^2 = 5.57, p = 0.018$). Esta información se confirmó mediante un modelo de regresión logística donde ser mujer y pertenecer a enfermería, respectivamente, representó hasta 2.5 y 3 veces mayor riesgo de sufrir violencia.
Conclusiones	Nuestros resultados encontraron una prevalencia moderadamente alta de violencia clínica entre los SN. Es necesario proporcionar y/o reforzar una formación adecuada sobre la violencia clínica en los currículos de enfermería.
<i>Artículo 8</i>	<i>Descripción</i>
Título del artículo	Agresiones sufridas por los estudiantes de Enfermería.
Objetivo y pregunta	Cómo prevenir las agresiones en los estudiantes de Enfermería, junto con los factores que los predisponen. Conocer los factores de riesgo y los posibles mecanismos de prevención de las agresiones en los estudiantes de Enfermería, por parte de los usuarios, a lo largo del periodo de prácticas, con el fin de elaborar protocolos y planes de actuación ante estas situaciones y disminuirlas en todo lo posible.
Material y método	Se trata de una revisión bibliográfica de la literatura publicada en un periodo inferior a cinco años, referente a las agresiones sufridas por los estudiantes de enfermería durante sus prácticas.
Resultados	Se encontraron 18 artículos de los que fueron escogidos siete, una vez aplicados los criterios de inclusión y tras la lectura de estos.
Conclusiones	Los estudiantes de Enfermería son propensos a convertirse en un grupo acosado por diversos factores, como la escasa experiencia laboral y de habilidad para hacer frente a los conflictos en el entorno laboral. Por ello es importante saber su percepción y abordar nuevos métodos para luchar contra este tipo de agresiones.
<i>Artículo 9</i>	<i>Descripción</i>
Título del artículo	Violencia clínica en estudiantes de enfermería.
Objetivo y pregunta	El objetivo de este estudio fue determinar el alcance y los tipos de violencia durante la formación clínica de estudiantes de enfermería.
Material y método	En este estudio descriptivo y transversal, 180 estudiantes de segundo, tercer y cuarto año de las universidades médicas Shahid Beheshti, Teherán e Irán fueron seleccionados mediante el método de muestreo por cuotas. Se utilizó un cuestionario para recopilar datos sobre la violencia durante el año pasado. Se utilizaron métodos de contenido y test-retest para evaluar su validez y confiabilidad, respectivamente.
Resultados	Los resultados mostraron que el 6.7%, el 8.3% y el 39.4% de los estudiantes sufrieron agresión física, amenaza física e insulto, respectivamente, durante el último año. La mayoría de los casos de agresiones (66.7%) fueron cometidos por pacientes, la mayoría de las amenazas por parte del personal y de los asistentes de los pacientes (18.1%) y la mayoría de los insultos por parte del personal (33.7%) y los pacientes (31%). No se encontró relación significativa entre el sexo ni el año educativo de los estudiantes y la experiencia de insulto. El 41.6% de las agresiones se debieron a efectos de enfermedades en los agresores. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se encontró ningún motivo específico para las amenazas físicas y los insultos. El 66.65%, 26.6% y 39.4% de los estudiantes denunciaron agresiones físicas, amenazas e insultos a sus tutores, respectivamente.

<i>Artículo 9</i>	<i>Descripción</i>
Conclusiones	Los estudiantes de enfermería están sujetos a más violencia debido a su corta edad y a su experiencia inadecuada. Por lo tanto, es esencial diseñar programas educativos sobre la violencia ocupacional, así como su prevención y brindar el apoyo y la consulta necesarios después de la violencia.
<i>Artículo 10</i>	<i>Descripción</i>
Título del artículo	Violencia hacia el estudiante en campos clínicos, por parte del equipo de enfermería, percepción del fenómeno en alumnos de 4º de Enfermería de la UACH.
Objetivo y pregunta	Identificar el estamento que predomina como agresor en el equipo de enfermería, determinar el porcentaje, frecuencia y nivel académico, identificar el tipo de violencia, determinar las manifestaciones biológicas y psicológicas, y su repercusión en los docentes de enfermería.
Material y método	La investigación es de carácter descriptivo, ya que pretende describir la percepción y de la violencia que enfrentan los estudiantes de Enfermería durante sus prácticas clínicas.
Resultados	La muestra es de 57 individuos de un total de 58 estudiantes, los resultados obtenidos serán presentados mediante representaciones gráficas y numéricas.
Conclusiones	Se determina que presenta el desarrollo de esta profesión debido a las diversas demandas de los usuarios que surgen cada día y que saturan los centros hospitalarios, logran aumentar los niveles de estrés y preocupación en los profesionales y personal de salud causando irritabilidad en su actuar y más aún al notar alguna clase de falencia por parte de los estudiantes en práctica.
<i>Artículo 11</i>	<i>Descripción</i>
Título del artículo	Violencia en enfermería de pregrado: experiencia e implicaciones en la perspectiva del estudiante.
Objetivo y pregunta	Comprender las manifestaciones de violencia en la carrera de enfermería y sus efectos en el aprendizaje y el cuidado desde la perspectiva del estudiante.
Material y método	Estudio de carácter cualitativo con delineamiento exploratorio descriptivo.
Resultados	La vivencia de la violencia se da en las relaciones entre compañeros con profesores y con profesionales de los servicios de salud en donde los estudiantes desarrollan prácticas. Se relaciona principalmente con características personales de los individuos y su contexto de aprendizaje.
Conclusiones	La violencia se manifiesta de diferentes formas durante el proceso de aprendizaje en la carrera de Enfermería, lo cual influye negativamente en el aprendizaje de los estudiantes y cuidados de enfermería.
<i>Artículo 12</i>	<i>Descripción</i>
Título del artículo	Magnitud de exposición de violencia en alumnos de Enfermería a diferentes escenarios.
Objetivo y pregunta	Detectar la magnitud de violencia en los alumnos de Enfermería en los diferentes escenarios.
Material y método	Se realizó un estudio descriptivo: la unidad de observación fueron alumnos de las carreras de Enfermería y Obstetricia. El muestreo fue no probabilístico y se aplicó un cuestionario ex profeso exposición a la violencia con escala de Likert de cinco puntos.
Resultados	El 21% de los alumnos refirió haber recibido amenazas de pegarle en la escuela, 23% en la calle y 22% en su casa; 12% de las alumnas reportó que le han pegado o la han dañado una vez en la escuela, 17% en la calle y 17% en las casas.
Conclusiones	La prevalencia de exposición a la violencia es considerable para las estudiantes de Enfermería. Quizá esto se deba, en gran parte, a que el género femenino predomina en esta carrera.

Artículo 13	Descripción
Título del artículo	Biopoder: el poder de la violencia en la formación de profesionales de Enfermería.
Objetivo y pregunta	Fundamenta sus argumentaciones a partir de las ideas de Pierre Bordieu desde la escuela estructuralista, y las de Michael Foucault y Gilles Deleuze, desde la perspectiva posestructuralista, quienes hicieron sus aportaciones a las ideas de control, poder, biopoder y violencia simbólica.
Material y método	Análisis en materia de estudio de la época clásica en el sentido de conocerlo, comprenderlo, de hacerlo inteligible.
Resultados	Cuantificaron que más de 80% de los estudiantes de Enfermería percibe algún grado de violencia, y que prácticamente 95% reconoce algún tipo de violencia ejercida hacia sus compañeros.
Conclusiones	Queda en evidencia que toda la formación de los estudiantes de Enfermería está grabada por la disciplina (rígida y constrictora), el control de los cuerpos en el sentido del aumento de su productividad y satisfacción del mercado.
Artículo 14	Descripción
Título del artículo	Descubriendo grados de acoso laboral: una comparación de las experiencias de los estudiantes de Enfermería de licenciatura durante las prácticas clínicas en Australia y el Reino Unido.
Objetivo y pregunta	Comparar las experiencias de estudiantes de licenciatura en Enfermería de Australia y el Reino Unido en relación con el acoso y la intimidación durante las prácticas clínicas.
Material y método	Los dos estudios aquí reportados emplearon un diseño de encuesta transversal.
Resultados	Los estudiantes eran principalmente mujeres (89.5%), predominantemente menores de 30 años (edad media en Australia: 26; Reino Unido: 23), de origen blanco caucásico y con el inglés como primera lengua. Más de las tres cuartas partes (81.2%) nacieron en el país de origen de la encuesta, aunque la cohorte australiana incluyó significativamente más estudiantes nacidos en el extranjero (23.5% en Australia frente a 23.5% en el Reino Unido).
Conclusiones	Las consecuencias de la alta incidencia de acoso escolar reportada en esta encuesta son de gran alcance y podrían desacreditar lo que durante mucho tiempo se ha reconocido como una profesión noble.
Artículo 15	Descripción
Título del artículo	Violencia en el lugar de trabajo experimentada por estudiantes de Enfermería: una encuesta en el Reino Unido.
Objetivo y pregunta	Apreciar la naturaleza y el alcance de la violencia en el lugar de trabajo entre una muestra de la población de estudiantes de Enfermería del Reino Unido durante la colocación clínica.
Material y método	Este estudio empleó un diseño de encuesta transversal.
Resultados	Casi la mitad de los estudiantes (42.18%) indicó que habían experimentado intimidación/acoso durante el último año, mientras estaba en prácticas clínicas. Un tercio (30.4%) había sido testigo de intimidación/acoso hacia otros estudiantes y el 19.6% de los incidentes involucraron a una enfermera calificada. Las conductas no deseadas hicieron que algunos estudiantes consideraran dejar la enfermería (19.8%).
Conclusiones	La violencia laboral puede influir en la actitud de los estudiantes de Enfermería hacia la profesión y su nivel de satisfacción con el trabajo.

<i>Artículo 16</i>		<i>Descripción</i>
Título del artículo	Factores asociados con la violencia contra los estudiantes de Enfermería del internado rotativo.	
Objetivo y pregunta	Determinar los factores asociados con la violencia contra los estudiantes de Enfermería del internado rotativo por parte de los usuarios a lo largo del periodo de prácticas preprofesionales.	
Material y método	El estudio presenta un diseño de investigación no-experimental, en la cual no hay manipulación de las variables por parte de los investigadores. Se basa en un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal, durante el periodo septiembre 2022-febrero 2023.	
Resultados	De la muestra estudiada correspondiente a 121 IRE, se puede evidenciar que el sexo femenino fue el más frecuente, con 81%.	
Conclusiones	Los internos de enfermería reciben un considerable número de agresiones laborales de tipo físico, verbal y psicológico a lo largo del periodo de prácticas preprofesionales, las cuales provienen principalmente de familiares de pacientes y colegas con jerarquías superiores.	
<i>Artículo 17</i>		<i>Descripción</i>
Título del artículo	Desafíos de aprendizaje de los estudiantes de Enfermería en entornos clínicos: un estudio cualitativo en Irán.	
Objetivo y pregunta	Determinar los factores asociados a la violencia contra los estudiantes de Enfermería del internado rotativo por parte de los usuarios a lo largo del periodo de prácticas preprofesionales.	
Material y método	En este estudio cualitativo llevado a cabo en 2012-2013, se seleccionaron 18 estudiantes universitarios de Enfermería mediante el método de muestreo intencional de la Facultad de Enfermería y Partería de las Universidades de Teherán y Shahid Beheshti.	
Resultados	Los estudiantes expresaron la incompetencia de los instructores de enfermería y el entorno de aprendizaje sin apoyo como los desafíos más importantes del aprendizaje clínico.	
Conclusiones	La presencia de instructores calificados en todos los aspectos de la práctica y un entorno clínicos de apoyo son parámetros importantes en el proceso de enseñanza y aprendizaje de los estudiantes.	

Conclusiones

Los resultados del análisis realizado revelan que, indistintamente de los contextos territoriales, la violencia laboral hacia los estudiantes se está convirtiendo en un problema mundial de salud pública, en virtud de que los estudiantes de Enfermería son un grupo potencialmente vulnerable para sufrir intimidación y acoso en el ámbito del trabajo en diferentes modalidades e intensidades por parte de profesores, supervisores y personal que labora en la institución, incluido el propio personal de enfermería.

Los estudiantes, durante sus prácticas, experimentan incertidumbre de encontrarse con nuevos entornos en el ejercicio de la práctica de su profesión, debido a las implicaciones de la interacción con diversas personalidades de compañeros, pacientes y familiares de los pacientes. Sin embargo, estas experiencias se llegan a tornar desagradables al verse inmerso en contextos de violencia laboral en donde aquellos pueden llegar a asumir conductas aprendidas a partir de lo experimentado, lo cual no es favorable para la formación personal y profesional de los y las estudiantes.

Derivado de lo anterior, se incentiva la reflexión en torno a la formación de los estudiantes como futuros profesionales desde los contenidos no solo teóricos y heurísticos aprendidos en las universidades, sino, más bien, desde los valores y conductas aprendidas de los estudiantes durante su formación profesional a partir de sus profesores y supervisores.

Por lo anterior, es necesario realizar más investigaciones de índole cuantitativa y cualitativa en México para explorar este fenómeno y analizar las diferencias en los sistemas educativos y de salud, así como la cultura de educación de enfermería desde las universidades.

Finalmente, estas conclusiones sugieren la necesidad de establecer o generar convenios que eviten las agresiones hacia los estudiantes por parte de los integrantes del sistema de salud, así como protocolos de atención oportuna a los casos que se requieran una vez que se detecta o se hace del conocimiento de esta situación por parte de los estudiantes.

Referencias

- Aghajanloo, A., Nirumand Zandi, K., Safavi Bayat, S., y Alavi Majd, H. (2011). Clinical violence in nursing students. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16(4), 284-287. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3583097/>
- Alba Leonel, A., Hernández Falcón, J., Papaqui Hernández, J., Ponce Roa, R., y Pérez Cabrera, S. (2015). *Magnitud de exposición de violencia en alumnos de enfermería en diversos escenarios*. VI Congreso Nacional de Tecnología aplicada a Ciencias de la Salud, 4, 5 y 6 de junio. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
- American Psychological Association (2023). *El abuso verbal contra los menores en Oriente Medio*. <https://www.humanium.org/es/el-abuso-verbal-contra-los-menores-en-oriente-medio/>
- Ayala Valenzuela, R. (2008). *Biopoder: el poder y la violencia en la formación de profe-*

- sionales de enfermería. *Educación Médica*, 11(3), 125-129. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000300004
- Baraz, S., Memarian, R., y Vanaki, Z. (2023). Learning challenges of nursing students in clinical environments. A qualitative study in Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 4(1), 52. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.162345>
- Birks, M., Can't, R. P., Russel Westhead, M., Üzar Özcentin, Y., y Tee DCLinP., S. (2017). Uncovering degrees of workplace bullying: A comparison of baccalaureate nursing students' experiences during clinical placement in Australia and the UK. *Nurse Education in Practice*, 25(1), 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.04.011>
- Buden, L. M., Birks, M., Cant, R., Bagley, T., y Park, T. (2017). Australian nursing students' experience of bullying and/or harassment during clinical placement. *Collegian*, 24(2), 125-133. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.11.004>
- Celebioğlu, A., Balci Akpınar, R., Küçükoğlu, S., y Engin, R. (2010). Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings: their emotions and behaviors. *Nurse Education Today*, 30(7), 687-691. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.006>
- Cheung, K., Ching, S. S., Hung Nam, Ch., y Sin Man Ho, S. (2023). Prevalencia e impacto de la violencia clínica hacia estudiantes de enfermería en Hong Kong: un estudio transversal. *Nurse BMJ Journals*, 9(5), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027385>
- Delors, J. (1994). Los Cuatro pilares de la educación. *La Educación encierra un tesoro* (pp. 91-103). El correo de la UNESCO. <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2012/11/CPP-DC-Delors-Los-cuatro-pilares.pdf>
- Díaz Oyarzún, Ch. S., y Pangui Placencia, V. C. (2010). *Violencia hacia el estudiante en los campos clínicos, por parte del equipo de enfermería, percepción del fenómeno en alumnos de 4 de enfermería de la UACH año 2010*. [Tesis de Licenciatura en Enfermería, Universidad Austral de Chile]. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmd542v/doc/fmd542v.pdf>
- Fernández Fernández, J. A., Sánchez Valdeon, L., Casado Verdejo, I., Gómez Salgado, J., Méndez Martínez, C., García Suárez, M., y Fernández García, D. (2022). Análisis de la intimidación y acoso experimentado por estudiantes de Enfermería de cuarto curso durante sus prácticas clínicas. *Revista Española de Salud Pública*, 96(1), 1-13.
- García Ruiz Jordán, I., y García Serrano, P. (2019). Agresiones sufridas por los estudiantes de enfermería. *Revista Enfermería del Trabajo*, 9(3), 139-144.
- Hallet, N., Gayton, A., Dickenson, R., Franckel, M., y Dickens G. L. (2023). Student nurses' experiences of workplace violence: A mixed methods systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 128(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105845>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informativa (2022). *Estadísticas a propósito del día internacional de la enfermera*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/sala-deprensa/aproposito/2022/EAP_ENFERMERA22.pdf
- Lucas Maffissoni, A., Da Silva Sanes, M., Gue Martini, J., Bresolin, P., y Claudino Da Silva Filho, C. (2021). Violencia en enfermería de pregrado: Experiencias e implicaciones

- en la perspectiva del estudiante. *Ciencia y Enfermería*, 27(30), 1-10. <https://doi.org/10.29393/CE27-30VGAC50030>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). *La violencia de género en los jóvenes. Una visión general de la violencia de género aplicada a los jóvenes en España*. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/07/estudio_violencia_web_injuve.pdf
- Moreno Cubillos, C. L., y Sepúlveda Gallego, L. E. (2013). Violencia y discriminación contra estudiantes de enfermería en una universidad pública colombiana. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2), 226-233. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072013000200008&lng=e&nrm=iso&tlng=es
- Organización Panamericana de la Salud (2023). *Prevención de la violencia*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
- Pérez Castro, E., Delgado Delgado, J., y Bueno Brito, C. (2023). Violencia percibida por estudiantes mexicanos de Enfermería durante sus prácticas clínicas. *Educación Médica*, 24(3), 1-8. <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-violencia-percibida-por-estudiantes-mexicanos-S1575181323000104>
- Shingón De La Cruz, L. M., y Arráiz de Fernández, C. (2023). Factors associated with violence against nursing students at the rotary internship. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3(464). <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023464>
- Tee, S., Sinem Üzar Özçetin, Y. S., y Russell-Westhead, M. (2016). Workplace violence experienced by nursing students: A UK survey. *Nurse Education Today*, 41, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.014>

7. Habilidades del pensamiento crítico en alumnos universitarios

[Critical thinking skills in university students]



MARÍA ELENA V. ESCALONA-FRANCO*

ROSA MARTHA FLORES-ESTRADA**

MARÍA DEL ROCÍO FLORES-ESTRADA***

VIRGINIA SALAZAR-DÍAZ****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.07>

Resumen

Este estudio tiene como objetivo analizar la axiología en estudiantes universitarios, centrándose en la comprensión de sus valores y creencias. Se utilizó un enfoque mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos, para obtener una visión completa de este fenómeno. El estudio descriptivo y transversal del periodo 2023B evaluó las habilidades del pensamiento crítico en 68 alumnos universitarios de la Universidad Autónoma del Estado de México mediante el instrumento Hape-ITH. Los resultados obtenidos muestran que los estudiantes presentan un nivel de desarrollo desigual en las diferentes dimensiones evaluadas: concentración (23.75%), pensamiento crítico (44.38%), técnicas de estudio (38.15%), motivación (24.33%) y condiciones de estudio (23.75%). Estos hallazgos indican que, si bien los alumnos poseen ciertas habilidades de pensamiento crítico, aún existe margen de mejora para lograr un desarrollo más equilibrado y sólido de esta competencia cognitiva fundamental. El pensamiento crítico permite a los

* Doctora en Educación. Profesora investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1373-4148>

** Doctora en Educación. Profesora investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1373-4148>

*** Doctora en Educación. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3183-5879>

**** Doctora en Desarrollo Humano. Profesora de asignatura definitiva en la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3894-2502>

estudiantes resolver problemas dentro y fuera del aula, por lo que su fomento es crucial para una formación integral. Estrategias como el aprendizaje basado en problemas han demostrado ser beneficiosas para el desarrollo de habilidades como la interpretación, el análisis, la inferencia, la explicación y la autorregulación. Sin embargo, la mayoría de los alumnos estudiantes están desarrollando un conjunto de habilidades de pensamiento y aprendizaje que les permitirán enfrentar con éxito los desafíos de su carrera y de la sociedad actual.

Palabras clave: *pensamiento crítico, estrategias de aprendizaje, motivación académica.*

Introducción

La formación integral de los estudiantes universitarios implica no sólo la adquisición de conocimientos, sino también el desarrollo de valores y actitudes que les permitan enfrentar los desafíos de la vida profesional y personal. Existe una necesidad de comprender mejor la axiología en los estudiantes universitarios para diseñar estrategias educativas que promuevan una formación integral y tomen en cuenta que la axiología se refiere al estudio de los valores y creencias de las personas, así como la influencia en su comportamiento y toma de decisiones (Ortiz et al., 2016).

La integración de la axiología en la educación superior se consolida como una disciplina que aborda la teoría de los valores y puede contribuir a configurar el proyecto educativo desde este enfoque, pues analiza la realidad de forma crítica y operativiza los valores en la formación (Prado et al., 2021). La axiología social puede desempeñar un papel importante en la mejora de la convivencia y el fomento de valores sociales en la comunidad universitaria, mediante la implementación de estrategias educativas basadas en la axiología (Ortiz et al., 2016). Algunos valores clave para la convivencia incluyen la solidaridad, la tolerancia, el respeto y la equidad de género (Catalana, 2019).

La integración de la axiología en la educación superior también está relacionada con el desarrollo cultural y social, al promover la diversidad

creativa, la interculturalidad y el desarrollo cultural comunitario. Estos enfoques pueden contribuir a la sostenibilidad al centrarse en las capacidades humanas (Cooperación, Iberoamericana, 2019). La formación integral de los estudiantes universitarios no se limita a la formación académica, sino que también incluye experiencias educativas complementarias en áreas y temas de su elección, como actividades deportivas y artísticas (Pensado, Fernández, María Elena et al., 2017). La integración de la axiología en la educación superior es fundamental para formar profesionales responsables, comprometidos y respetuosos de la diversidad, capaces de enfrentar los desafíos de la sociedad (Villegas et al., 2019).

La integración de la axiología (o teoría de los valores) en la educación superior es fundamental para la formación integral de los estudiantes. Esta integración busca promover el desarrollo de capacidades, valores y habilidades que favorezcan la trayectoria académica de los estudiantes y los preparen para enfrentar los desafíos de la sociedad (Prado, 2021). Algunos aspectos relevantes de la integración de la axiología en la educación superior incluyen la relación entre tecnología y valores, ya que las tecnologías juegan un papel importante en la formación de valores y en la interacción entre docentes y estudiantes en el entorno virtual de aprendizaje (Prado, 2021). El impacto de las tecnologías en los valores que equilibran la cosmovisión y las acciones humanas puede considerarse una disciplina que aborda la teoría de los valores (Prado, 2021). La aplicación de la axiología en el ámbito de las actividades y del comportamiento se da por medio de una formación relativa a los elementos que se identifican como deseables o preferibles en el plano social (Prado, 2021). Además, la perspectiva axiológica en educación tiene un carácter hipersistémico e interdisciplinar, lo que significa que se aplica a diversos problemas y contextos educativos. La axiología también se aplica buscando principios y estrategias éticas en ámbitos como la divulgación científica y la propiedad intelectual, y puede incluir proyectos para promover la educación moral en diferentes niveles educativos, como el bachillerato.

Los espacios de aprendizaje virtual, también conocidos como entornos virtuales de aprendizaje (EVA) o ambientes virtuales de aprendizaje (AVA), son herramientas digitales que permiten la formación de los alumnos de manera remota, puesto que funcionan como espacios educativos alojados en sitios web (Prado, 2021). Estos entornos pueden ser utilizados para el

e-learning, que consiste en educar exclusivamente a distancia y en línea, o para el *blended-learning*, que combina lo presencial y lo virtual (Prado, 2021). El uso adecuado de los espacios de aprendizaje virtuales implica tener en cuenta aspectos como mantener una comunicación constante y efectiva con profesores y compañeros de clase, organización y responsabilidad en el propio horario de estudio, participación activa en las actividades y discusiones del entorno virtual, así como reconocimiento de las ventajas y desafíos de los entornos virtuales. Estos espacios ofrecen numerosos beneficios, como la inclusión digital de alumnos y profesores, la estimulación de la enseñanza semipresencial y la posibilidad de interacción entre grupos de alumnos, incluso después de haber culminado el curso.

La formación integral de los estudiantes en el ámbito universitario busca el desarrollo de capacidades, valores y habilidades que favorezcan su trayectoria académica y los preparen para enfrentar los desafíos de la sociedad. La integración de la axiología en la educación superior contribuye a esta formación integral, promoviendo un profundo sentido de responsabilidad, compromiso social, tolerancia y respeto hacia la diversidad. Además, debe propender a la formación de un perfil del profesional caracterizado por su disposición a la aceptación y a la defensa de los valores éticos y morales. La formación integral de los estudiantes en el ámbito universitario no se limita a la formación académica, sino que también incluye experiencias educativas en áreas y temas de su elección, las cuales les brindan la libertad de diseñar una parte de su perfil profesional no necesariamente vinculado a su área de estudio. Esta formación complementaria puede incluir actividades deportivas y artísticas que contribuyen al desarrollo integral de los estudiantes.

Desarrollo

El pensamiento crítico es un concepto que se remonta a la antigua Grecia, donde filósofos como Sócrates y Platón desarrollaron técnicas para cuestionar y analizar la realidad (Iberdrola, 2019; Valero, 2020). A lo largo de la historia, diversos pensadores han abordado el tema del pensamiento crítico, proponiendo definiciones y estrategias para su desarrollo (Iberdrola, 2019; Valero, 2020; Saladino et al., 2012).

Platón, en su obra *La República*, presentó propuestas utópicas que abarcaban diversos aspectos de la organización social, política y educativa. Su visión utópica incluía una jerarquía social y política, dividida en tres clases: trabajadores, guardianes y filósofos, en orden ascendente de importancia (Muiña, 2017; “Platón”, 2023). Los gobernantes dirigirían el Estado, los guardianes lo protegerían y los trabajadores se encargarían de los oficios materiales (Muiña, 2017). Esta jerarquía se basaba en la idea de que cada individuo tenía una función específica y debía desempeñarla de manera justa y eficiente (Transformando la realidad, 2022). La formación de los ciudadanos era un pilar fundamental en la sociedad ideal de Platón. Propuso un sistema educativo en el que los niños serían seleccionados y educados de acuerdo con sus habilidades y aptitudes, con un enfoque en la filosofía, las matemáticas y la música. El objetivo de esta educación era formar a los futuros gobernantes y tutores, quienes estarían capacitados para tomar decisiones justas y sabias (Muiña, 2017). En su sociedad utópica, Platón planteó la abolición de la propiedad privada y la vida en familia para los guardianes y los filósofos. Estos grupos vivirían en comunidades y compartirían todos sus bienes, incluidas sus esposas e hijos. Por otro lado, los trabajadores tendrían derecho a la propiedad privada y a formar una familia (Muiña, 2017).

Los pensadores de la Ilustración se caracterizaron por promover ideas de libertad y razón en diversos aspectos de la vida humana. Uno de los principales conceptos defendidos por estos filósofos fue la confianza en la razón, que sostenía que el conocimiento humano podía combatir la ignorancia, la superstición y la tiranía para construir un mundo mejor (“Ilustración”, 2023). Creían que todo conocimiento podía ser alcanzado por medio de la razón, lo que entraba en conflicto con los dogmas religiosos y con los fundamentos hereditarios de la autoridad política (Gayubas, 2023). Los pensadores ilustrados defendieron la idea de que cada ser humano tiene derechos naturales, como el derecho a la vida, a la libertad y a la propiedad privada. Estos derechos deben ser protegidos por los gobiernos, cuya función era garantizar el bienestar de los ciudadanos (Enciclopedia Historia, 2018). Filósofos como Voltaire y Jean-Jacques Rousseau fueron especialmente críticos con instituciones como la Iglesia y el Estado, considerándolas obstáculos para el progreso y la libertad (“Ilustración”, 2023). Montesquieu,

uno de los filósofos ilustrados, estableció el principio de la división de los poderes del Estado en legislativo, ejecutivo y judicial, puesto que buscaba evitar la concentración de poder en una sola persona o institución, la cual garantizaría la libertad y el equilibrio en el gobierno (Gayubas, 2023).

En la actualidad, el pensamiento crítico se entiende como la capacidad de analizar y evaluar la consistencia de los razonamientos, especialmente de aquellas afirmaciones que la sociedad acepta como verdaderas en el contexto de la vida cotidiana, como las *fake news* (Dey, 2021). La definición de Bacon, que destaca la importancia de la reflexión, la paciencia y la honestidad intelectual en el pensamiento crítico, sigue siendo relevante en la actualidad (Iberdrola, 2019).

El pensamiento crítico es una habilidad fundamental en la formación de los estudiantes universitarios debido a su importancia en el desarrollo de la autonomía intelectual, la toma de decisiones informadas y la resolución de problemas complejos (Canese, 2017). Algunas características del pensamiento crítico son el razonamiento estructurado para llegar a la mejor solución posible de acuerdo con el contexto, comprender los vínculos entre las ideas y jerarquizar de acuerdo con la relevancia de los argumentos, mostrar interés y buena disposición, tener un pensamiento estructurado y resolver problemas (Universidad Anáhuac, 2021).

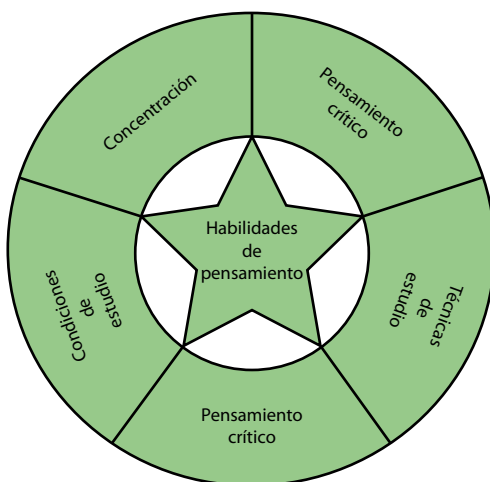
Para promover el pensamiento crítico en la formación universitaria, se han propuesto diversas estrategias, como el aprendizaje basado en problemas, que ha demostrado tener un efecto positivo en el desarrollo de habilidades relacionadas con el juicio de una situación específica, con datos objetivos y subjetivos (Nuñez et al., 2017). Además, el desarrollo de competencias institucionales, como el pensamiento crítico, que permite investigar y evaluar con perspectiva crítica, interdisciplinaria e intercultural los fenómenos del entorno, es fundamental (Elizalde et al., 2022).

Metodología

Mediante un diseño de investigación mixto y transversal, y con una muestra probabilística de 123 estudiantes, el objetivo fue describir las habilidades de pensamiento crítico en estudiantes de la Facultad de Odontología de la

Universidad Autónoma del Estado de México, durante el periodo 2022B. Para ello se utilizó el instrumento de Hape-ITH que permite identificar las cinco habilidades del pensamiento crítico. El análisis estadístico se realizó con el *software* SPSS versión 27.

Dimensiones de las habilidades del pensamiento



Fuente: Elaboración propia de acuerdo con Hape-ITH.

El instrumento de Hape-ITH (habilidades de pensamiento) se presenta en forma de cuestionario con 70 reactivos de tipo Likert. Se ha diseñado para evaluar diversos aspectos relacionados con el desarrollo del pensamiento crítico y las habilidades de aprendizaje de los estudiantes universitarios (García Duque, 2014). Este instrumento permite examinar:

- (a) La utilización y el desarrollo del pensamiento crítico: evalúa la capacidad de los estudiantes para analizar, cuestionar y evaluar la información de manera reflexiva y lógica (García Duque, 2014).
- (b) El tiempo y lugar de estudio: analiza cómo los estudiantes organizan y gestionan su tiempo y espacio de estudio, lo cual es fundamental para un aprendizaje efectivo (García Duque, 2014).
- (c) El uso de técnicas de estudio: identifica las estrategias y herramientas que los estudiantes utilizan para procesar y retener la información,

como el subrayado, los resúmenes o los mapas conceptuales (García Duque, 2014).

- (d) La capacidad de concentración en tareas académicas: evalúa la habilidad de los estudiantes para mantener la atención y enfocarse en las actividades de aprendizaje (García Duque, 2014).
- (e) La motivación: analiza los factores que impulsan a los estudiantes a comprometerse con su proceso de aprendizaje, como la satisfacción personal, el interés por la materia o las expectativas de éxito (García Duque, 2014).

La importancia de este instrumento radica en que permite obtener un panorama integral de las habilidades de pensamiento y aprendizaje de los estudiantes universitarios (García Duque, 2014). Al evaluar estos aspectos, se pueden identificar fortalezas y áreas de mejora, lo que facilita el diseño de estrategias de enseñanza y tutoría más efectivas para promover el desarrollo del pensamiento crítico y el aprendizaje autónomo (García Duque, 2014). Esto es fundamental para preparar a los estudiantes para los desafíos de la sociedad actual, en la cual la capacidad de analizar, cuestionar y resolver problemas de manera reflexiva y fundamentada es cada vez más crucial.

El cuestionario está constituido por un conjunto de afirmaciones con diversas opciones de respuesta, una columna “X” que se refiere a la frecuencia (siempre, algunas veces y nunca) con la que se lleva a cabo lo que plantea la afirmación. Y una columna “Y” referente al nivel de dificultad (fácil, difícil y muy difícil) con lo que se plantea en la afirmación (véase el anexo).

Es necesario registrar las puntuaciones necesarias que permiten evaluar cada uno de los subcampos: pensamiento crítico (reactivos 6, 7, 10, 13, 14, 33, 34, 42, 46, 50, 51, 52, 53, 54, 55 y 64); tiempo y lugar de estudio (reactivos 3, 4, 5, 24, 27, 29, 31, 40, 41 y 69); técnicas de estudio (reactivos 1, 2, 8, 9, 15, 19, 21, 22, 23, 25, 30, 45, 47, 48, 57, 58, 62 y 70); concentración (reactivos 11, 12, 20, 32, 35, 36, 37, 39, 49 y 60); y motivación (reactivos 16, 17, 18, 26, 28, 38, 43, 44, 56, 59, 61, 63, 65, 66, 67 y 68).

Resultados

Los resultados de la investigación sobre las habilidades de pensamiento de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México durante el periodo 2022B revelan un panorama interesante. Más de la mitad de los alumnos, 61%, cuenta con alguna técnica de estudio, lo que indica que poseen herramientas para procesar y retener la información de manera más efectiva. Aún más destacable es que 62.5% de los estudiantes demuestra tener un sólido pensamiento crítico, una habilidad fundamental para analizar, cuestionar y evaluar la información de manera reflexiva. En cuanto a la motivación, 59% de los alumnos reporta estar impulsado a comprometerse con su proceso de aprendizaje, lo cual es esencial para un desempeño académico sobresaliente. Además, 60% de los estudiantes cuenta con un lugar y tiempo dedicado al estudio, así como la capacidad de concentrarse en las tareas académicas, los cuales son factores clave para un aprendizaje efectivo. Resulta interesante observar la evolución de estas habilidades a lo largo de los diferentes semestres. La participación de los alumnos aumenta gradualmente, desde 12.50% en el primer periodo hasta 55.56% en el séptimo. Este incremento en la participación sugiere un mayor compromiso y motivación de los estudiantes conforme avanzan en su carrera. En cuanto al desarrollo del pensamiento crítico, los resultados muestran un crecimiento notable, pues pasan de 15.6% en el primer periodo a 62.5% en el séptimo. Este hallazgo es particularmente significativo, ya que demuestra que la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México está logrando formar estudiantes con una sólida capacidad de análisis, evaluación y resolución de problemas, habilidades fundamentales para su futuro desempeño profesional, dado que los estudiantes se encuentran desarrollando un conjunto de habilidades de pensamiento y aprendizaje que les permitirán enfrentar con éxito los desafíos de su carrera y de la sociedad actual.

Con lo anterior, los resultados de esta investigación reflejan un panorama alentador en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Conclusiones

Los resultados de las investigaciones citadas sobre habilidades de pensamiento en estudiantes de diferentes niveles educativos revelan un panorama interesante. En un estudio con alumnos de secundaria, si bien se encontró que 28.3% se ubicaba en un nivel bajo de pensamiento crítico en general, esto también implica que más de 70% se encontraba en niveles medio o alto (Loaiza et al., 2017).

Por otro lado, en una evaluación de habilidades de pensamiento en estudiantes universitarios, la concentración y las condiciones de estudio obtuvieron resultados por debajo de 25%, esto sugiere que al menos tres cuartas partes de los alumnos presentan un desarrollo adecuado de estas habilidades (Dey, 2021). Estos datos, aunque mejorables, no son del todo desalentadores.

Más preocupante resulta la conclusión de una investigación en la Universidad de Sonora, que se determinó la necesidad de modificar las estrategias de enseñanza-aprendizaje para desarrollar, en el alumnado, habilidades de pensamiento crítico y creativo (Aguilar Moreno, 2014). Esto sugiere que, a pesar de los esfuerzos realizados, aún existen áreas de oportunidad significativas en la formación de estas competencias fundamentales.

En resumen, si bien los resultados no son uniformemente positivos, la mayoría de las investigaciones señalan que más de la mitad de los estudiantes han desarrollado habilidades de pensamiento en algún grado. Sin embargo, está claro que aún queda trabajo por hacer para lograr que la totalidad de los alumnos alcancen niveles óptimos de pensamiento crítico, creativo y autorregulado. Implementar estrategias de enseñanza innovadoras y fomentar condiciones propicias para el estudio serán claves para avanzar en esta dirección.

Referencias

- Canese de Estigarribia, M. de I. (2017). *El pensamiento crítico en la formación profesional universitaria: Controversias y perspectivas en el contexto de la Educación Superior de Paraguay*. XVII Colóquio Internacional de Gestão Universitária, Mar del Plata, Argen-

- rina, 22 al 24 de noviembre. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/200532/1.%20Marta%20Canese%20Py.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
- Catalana (2019). Algunos valores clave para la convivencia: solidaridad, tolerancia, respeto y equidad de género. En J. Pérez (Ed.), *Convivencia y valores en la sociedad actual* (pp. 45-60). Occidente.
- Dey, C. (2021). *Importancia del pensamiento crítico*. <https://es.linkedin.com/pulse/importancia-del-pensamiento-cr%C3%ADtico-cecilia-dey>
- Elizalde García, A. A., Morales Holguín, A., y Aguilar Tobin, M. del C. (2022). La importancia del pensamiento crítico en la formación de los alumnos de diseño gráfico. *Zincografía*, 6(11), 210-227. <https://doi.org/10.32870/zcr.v6i11.130>
- Enciclopedia de Historia. (2018, 2023). *La Ilustración*. <https://enciclopediadehistoria.com/la-ilustracion/>
- Etecé (2022). *Ilustración*. <https://concepto.de/ilustracion/>
- Facione, P. A. (2011). Critical thinking: What it is and why it counts? https://www.student.uwa.edu.au/__data/assets/pdf_file/0003/1922502/Critical-Thinking-What-it-is-and-why-it-counts.pdf
- García Duque, C. E. (2014). La evaluación de habilidades de pensamiento superior. Una mirada a la evaluación en el aula de clase, en el campo de las ciencias naturales. *Revista Lasallista de Investigación*, 11(2). 146-158. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-44492014000200017&script=sci_arttext
- Gayubas, A. (2023). *Ilustración*. Enciclopedia Humanidades. <https://humanidades.com/ilustracion/>
- Iberdrola. (2019). *Pensamiento crítico. El valor del pensamiento crítico en la sociedad actual*. <https://www.iberdrola.com/talento/que-es-pensamiento-critico-como-desarrollarlo>
- Lisi, F. L. (2006). *La República de Platón y su influencia en el pensamiento utópico*. Universidad Carlos III de Madrid.
- Loaiza Zuluaga, Y. E., y Osorio, L. D. (2017). El desarrollo de pensamiento crítico en ciencias naturales con estudiantes de básica secundaria en una Institución Educativa de Pereira-Risaralda. *Diálogos sobre educación. Temas actuales en investigación educativa*, 9(16), 1-24. <https://www.redalyc.org/journal/5534/553457901009/html/>
- Muiña Fano, V. (2017). La política de Platón: Entre la utopía y la realidad. *Revista cultural La Soga*. <https://lasoga.org/la-politica-platon-la-utopia-la-realidad/>
- Núñez López, S., Ávila Palet, J. E., y Olivares Olivares, S. L. (2017). El desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes universitarios por medio del Aprendizaje Basado en Problemas. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, VIII(23), 84-103. <https://www.redalyc.org/journal/2991/299152904005/html/>
- Ortiz López, L. A. (2016). La Axiología Social como Estrategia Integradora en la Educación Universitaria Venezolana. *Revista Científica*, 1(2), 363-379. <https://www.redalyc.org/journal/5636/563660227021/html/>
- Palacios-Agurto, S. (2017). *Hábitos de estudio en estudiantes de tercer grado de educación secundaria del colegio de alto rendimiento de Piura durante el año escolar 2016*. [Tesis de Licenciatura en educación, nivel primaria, Universidad de Piura.]

- Prado Ortega, M. X. (2021). Enfoque axiológico en la Educación Superior mediante la interacción de los estudiantes en el Entorno Virtual de Aprendizaje. *E-Ciencias de la Información*, 11(1), 25-52. <https://doi.org/10.15517/eci.v11i1.41379t>
- Prado Ortega, M. X., y Mauricio, X. (2021). La integración de la axiología en la educación superior. *Científica Hallazgos*, 21(6), 1-12.
- Saladino García, A. (2012). *Pensamiento crítico*. UNAM. https://conceptos sociales.unam.mx/conceptos_final/506trabajo.pdf
- Torres Campos, E. (2021). Hilo de Ariadna No. 3: Una Propuesta Metodológica del uso de la Sátira para el Fomento de la Lectura y el Pensamiento Crítico en Estudiantes de Educación Media Superior. *Academia Journals*, 13(9), 1878-1883. <https://static1.squarespace.com/static/55564587e4b0d1d3fb1eda6b/t/617f5631ad4cd805453d81cf/1635735096073/Tomo+12+-+Art%C3%ADculos+del+Congreso+Academia+Journals+Hidalgo+2021.pdf>
- Universidad Anáhuac (2021, junio 18). Pensamiento crítico y su importancia en tu formación. Red de Universidades Anahuac. <https://www.anahuac.mx/blog/pensamiento-critico-y-su-importancia-en-tu-formacion>
- Utopías y distopías. (2022, marzo 19). Transformando la realidad. En busca de la utopía. <https://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/ecoblog/msicgon/2022/03/19/utopias-y-distopias/>
- Valero, D. (2020). *¿Qué es el pensamiento crítico? El rincón de Aquiles*. <https://elrincondeaquiles.com/pensamiento-critico/>
- Wikipedia. (2023a). Ilustración [La enciclopedia libre]. Wikipedia. <https://es.wikipedia.org/wiki/Ilustraci%C3%B3n>
- Wikipedia. (2023b). Platón [La enciclopedia libre]. Wikipedia. <https://es.wikipedia.org/wiki/Plat%C3%B3n#>

8. Percepción de calidad del cuidado y factores psicosociales en estudiantes de enfermería

*[Perception of quality of care and psychosocial factors
in nursing students]*



MÓNICA MONTSERRAT GALLARDO-REBOLLAR*

KARINA ISABEL CASCO-GALLARDO**

NANCY GRISELDA PÉREZ-BRIONES***

ANAHÍ RUIZ-LARA****

SHEILA ADRIANA MENDOZA-MOJICA*****

JOSÉ ANTONIO GUERRERO-SOLANO*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.08>

Resumen

Durante su formación, los futuros profesionales de enfermería realizan prácticas clínicas en un entorno real y de contacto directo con pacientes. En este entorno clínico, desempeñan diversas funciones de apoyo en la atención para garantizar una atención de calidad. Sin embargo, esta experiencia puede generar agotamiento y estrés en los estudiantes, lo que influye en su desarrollo profesional y actitudes futuras. El objetivo fue analizar la relación entre la percepción de calidad del cuidado y factores psicosociales (fatiga laboral y cansancio emocional) en estudiantes de enfermería.

* Licenciada en Enfermería. Pasante de servicio social en el Hospital General Renacimiento Dr. Donato G. Alarcón. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4467-3297>

** Doctora en Salud Pública. Profesora e investigadora de tiempo completo de la Escuela Superior de Tlahuelilpan de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0094-7416>

*** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora e investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6903-4039>

**** Doctora en Salud Pública. Profesora e investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0268-4023>

***** Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora e investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8910-5663>

***** Doctor en Ciencias de los Alimentos y Salud Humana. Profesor e investigador de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9331-9509>

Se realizó un diseño cuantitativo-correlacional aplicado a 138 estudiantes de Enfermería que han asistido a prácticas clínicas. Se aplicó una cédula de datos personales, el cuestionario de evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por enfermería ($\alpha=0.97$), el cuestionario de síntomas subjetivos de fatiga de Yoshitake ($\alpha=0.93$) y la Escala de Cansancio Emocional ($\alpha=0.92$). Se realizó estadística descriptiva como medidas de tendencia central y de dispersión, así como estadística inferencial como la prueba de Spearman. Se aplicaron las consideraciones éticas en investigación en salud y el consentimiento informado. La correlación entre el cansancio emocional y la fatiga laboral ($r=0.328$, $p<0.001$) indica que a mayor cansancio emocional hay mayor cansancio laboral. Asimismo, se encontró una correlación negativa entre la percepción de la calidad del cuidado con la fatiga laboral ($r=-.181$, $p<0.05$), lo que indica que, a mayor fatiga, se tiene una mala percepción de la calidad del cuidado. Es de relevancia que el estudiante busque formas de lidiar con el estrés, cansancio emocional y fatiga para cuidar su salud mental y así poder brindar una atención de calidad en el entorno hospitalario.

Palabras clave: *calidad de la atención de salud, estudiantes de enfermería, agotamiento psicológico, agotamiento profesional.*

Introducción

Las organizaciones de salud a nivel mundial reconocen los desafíos que surgen en un mundo cada vez más globalizado y asumen la responsabilidad de la calidad para mejorar continuamente la atención (Monje et al., 2018). Por esto último, la formación de estudiantes de enfermería es un proceso fundamental en la preparación de profesionales de la salud dedicados y competentes que brinden calidad en sus cuidados (Estrada Zapata, 2019).

La calidad se refiere a las características que tiene un servicio para satisfacer las necesidades del cliente. En el ámbito de la atención de enfermería, la calidad se entiende como la manera en que los profesionales implementan intervenciones de manera segura y oportuna para satisfacer las necesidades de los pacientes (Ruiz-Cerino et al., 2020).

La enfermería representa un recurso esencial y el elemento central indispensable en todo el proceso de atención médica. Esto se debe a que el personal de enfermería es quien dedica más tiempo al cuidado de los pacientes, ya que proporciona asistencia técnica, apoyo emocional, afectivo, social y espiritual. Estos aspectos se reflejan en el nivel de satisfacción de los usuarios y, por ende, en la evaluación de la calidad de la atención ofrecida (Borré Ortiz y Vega, 2014). La calidad es la cuestión más importante en el ámbito de la prestación de servicios sanitarios, especialmente en el campo de la enfermería. Dado que nunca se puede alcanzar un nivel absoluto de calidad, es imperativo revisar constantemente esta cuestión (Jamsahar et al., 2020).

En este contexto, la percepción de calidad del cuidado se convierte en un aspecto crucial, puesto que influye directamente en la manera en que los estudiantes interactúan con los pacientes y abordan situaciones clínicas. La calidad del cuidado proporcionado por los futuros enfermeros no sólo depende de su conocimiento técnico, sino también de su bienestar psicosocial durante el periodo de formación. Algunos de los desafíos significativos que enfrentan los estudiantes de enfermería son la carga emocional y la fatiga laboral asociada con sus responsabilidades académicas y clínicas (Estrada Araoz et al., 2022). La naturaleza exigente de los programas de estudios y las prácticas clínicas intensivas pueden dar lugar a niveles elevados de cansancio emocional y fatiga, lo que afecta no solamente la salud mental y emocional de los estudiantes, sino también su capacidad para brindar cuidado de calidad.

Los estudiantes de enfermería frecuentemente se ven afectados por estrés, cansancio corporal y emocional, esto debido a las obligaciones y responsabilidades, por ejemplo, la falta de tiempo, las tareas y compromisos universitarios, el aumento de obligaciones y la conciencia sobre la imposibilidad de cumplir con lo planeado, todo lo cual desencadena alteraciones que afectan su bienestar emocional (Uribe e Illesca, 2017)

Los estudiantes de enfermería pueden ser más vulnerables a los efectos nocivos del estrés secundario, pues están desarrollando las habilidades necesarias para desempeñar sus funciones profesionales con eficacia (Labrague, 2013). También se enfrentan a factores estresantes académicos (Aslan y Akturk, 2018), como la formación práctica en entornos caracterizados por

una gran carga de pacientes, recursos insuficientes y largas jornadas laborales (Mason y Nel, 2012), así como la falta de conocimientos y habilidades profesionales y la falta de claridad en las funciones y responsabilidades (Tharani et al., 2017).

Comprender la interconexión entre la percepción de calidad del cuidado y estos factores psicosociales es esencial para diseñar estrategias efectivas que mejoren tanto el bienestar de los estudiantes como la excelencia en la prestación de servicios de enfermería. Por ello, la presente investigación se plantea como objetivo analizar la relación entre la percepción de calidad del cuidado y factores psicosociales (cansancio emocional y fatiga laboral) en estudiantes de enfermería.

Metodología

El diseño de la presente investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal correlacional, debido a que se realizaron mediciones de la percepción de la calidad del cuidado, cansancio emocional y fatiga, lo que permitirá analizar cuál es la relación entre las variables (Grove y Gray, 2019).

La muestra fue calculada con el programa G Power, que consideró un grupo con una correlación de p H1 de 0.03, con un α probabilidad de error de 0.05, con un poder efecto $(1 - \beta)$ 0.98 y obteniendo una probabilidad de muestra de 138 sujetos.

El criterio de inclusión para la muestra fue que estudiantes de Enfermería de nivel técnico y licenciatura que hayan asistido a prácticas clínicas.

Por medio de un formulario en línea se aplicó una cédula de datos personales como: edad, género, región, religión, estado civil, grado de estudios, semestre, si padece alguna enfermedad, cuál es el factor estresante que más influye en su trabajo/prácticas y cuántos hijos tiene. El cuestionario de evaluación de los comportamientos de cuidado otorgado por enfermería (ECCOE) (Ossa et al., 2021) se utiliza para medir la percepción de enfermería sobre los cuidados otorgados y considera al paciente como un ser humano respetado y valorado. Consta de 63 preguntas tipo Likert compuesto de cinco opciones de respuesta: 1 = poca importancia, 2 = relativamente importante, 3 = medianamente importante, 4 = de importancia, 5 = mucha importancia. En esta

evaluación el participante marcaba la respuesta con la que él identificaba su cuidado, siendo 252-315 una alta percepción del cuidado. La muestra que alcanzó entre 63-188 puntos indica una mala calidad de la percepción del cuidado, mientras los que tienen una puntuación entre 189-251 indican una percepción media de la calidad del cuidado. Esta evaluación cuenta con un alfa de Cronbach de 0.977. Asimismo, se aplicó el cuestionario de síntomas subjetivos de fatiga de Yoshitake (Vega-Valero et al., 2019), el cual evalúa la fatiga laboral mediante 23 ítems y aborda tres dimensiones: la dimensión 1 incluye enunciados relacionados con los síntomas generales de fatiga; la dimensión 2 enunciados de fatiga física; y la dimensión 3 componentes psicológicos de la fatiga. Esta prueba se interpreta con 7 o más puntos en mujeres que indican fatiga, y en hombres 6 o más puntos para indicar fatiga. El alfa de Cronbach de este cuestionario es de 0.936.

La escala de cansancio emocional (ECE) (González Ramírez y Landero Hernández, 2007) está compuesta por 10 preguntas que hacen referencia al modo de pensar, sentir y actuar respecto a los estudios del participante, de acuerdo con los 12 últimos meses de vida, mediante la siguiente escala de valoración: RV = raras veces, PV = pocas veces, AV = algunas veces, CF = con frecuencia, S = siempre. Esta escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0.922.

La presente investigación se apegó a lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, y aplica el artículo 13º del capítulo 1, título segundo, que habla sobre tratar con respeto y proteger el bienestar del participante, explicándole de forma clara el objetivo del estudio y de toda actividad o procedimientos realizados en la investigación. Esto se cumplirá a través de la entrega y firma del consentimiento informado, mediante el cual se protegerán los derechos de los humanos del participante, su autonomía y su derecho a la libre decisión, que involucra la recolección y valoración de datos de este, guardando el respeto a la confidencialidad y el anonimato si así lo deseara, sin la intención de causar algún malestar o daño al sujeto de estudio en tiempo determinado (Ley General de Salud, 1984).

Resultados

La mayoría de la muestra se encuentra en el rango de edad de 16 a 21 años, con un porcentaje de 65.9%, lo cual lo vuelve el rango de edad más destacado. De acuerdo con los datos obtenidos, la mayoría de los sujetos de estudio mencionan ser mujeres (54.3%), por otro lado, la mayoría de las personas encuestadas refieren vivir en la región suroeste del país (Guerrero Oaxaca y Chiapas) con un porcentaje de 39.1%. En cuanto a la religión, la más predominante fue el catolicismo (39.1%). El grado de estudios de la mayor parte de los sujetos es cursando la licenciatura en Enfermería (73.2%). El semestre en el que se encuentra estudiando la mayoría de la muestra es el sexto semestre, con un porcentaje de 21.7%. La muestra destaca que no tienen hijos ($n = 135$). La mayoría de la muestra menciona no tener ningún tipo de enfermedad (96.4%). El resto de la información se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 8.1. *Características sociodemográficas de los participantes del estudio*

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Edad		
16-21	91	65.9
22-24	44	31.9
26-28	2	1.4
45	1	0.7
Género		
Mujer	75	54.3
Hombre	62	44.9
No binario	1	0.7
Región		
Región noreste (Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas)	8	5.8
Región noroeste (Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Sinaloa, Sonora)	8	5.8
Región occidente (Colima, Jalisco, Michoacán, Nayarit)	10	7.2
Región oriente (Puebla, Veracruz, Tlaxcala, Hidalgo)	11	8.0
Región sureste (Tabasco, Campeche, Quintana Roo, Yucatán)	15	10.9
Región centro norte (Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí, Zacatecas)	15	10.9
Región centro sur (Morelos, Estado de México, Ciudad de México)	17	12.3
Región suroeste (Guerrero, Oaxaca, Chiapas)	54	39.1

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Religión</i>		
Agnosticismo	1	0.7
Ateísmo	2	1.4
Testigos de Jehová	1	0.7
Cristianismo	32	23.3
Catolicismo	101	73.2
Ninguna	1	0.7
<i>Estado civil</i>		
Soltero	137	99.3
Casado	1	0.7
<i>Estudios</i>		
Licenciatura	101	73.2
Nivel técnico	37	26.8
<i>Semestre cursado</i>		
Primer semestre	4	2.9
Segundo semestre	15	10.9
Tercer semestre	9	6.5
Cuarto semestre	6	4.3
Quinto semestre	19	13.8
Sexto semestre	30	21.7
Séptimo semestre	17	12.3
Octavo semestre	12	8.7
Noveno semestre	26	18.8
<i>¿Padece alguna enfermedad?</i>		
Hipertensión arterial	1	0.7
Ansiedad	1	0.7
TDAH, depresión y ansiedad	2	1.4
Asma y síndrome de ovario poliquístico	1	0.7
No	133	96.4

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 8.2, se presentan las estadísticas univariadas de las escalas, cuya media es de 283.96 para la percepción de calidad del cuidado, lo que indica una alta percepción. Por otro lado, se encontró una media por género en los síntomas subjetivos de fatiga: en hombres de 13.11 y en mujeres de 12.85, lo que demuestra que ambos géneros tienen un alto nivel de fatiga. También se

encontró una media de 34.06 para el cansancio emocional, esto significa que la muestra tiene un alto nivel de cansancio emocional.

Tabla 8.2. Estadísticas univariadas de las escalas del estudio

Escalas		DE	Vmin	Vmax	IC
Percepción de calidad de cuidado	283.96	30.04	63	325	278.91-289.02
Síntomas subjetivos de fatiga laboral	12.8				
	H= 13.11	6.47	0	23	11.79-13.97
	M= 12.85				
Cansancio emocional	34.06	7.56	10	45	32.78-35.33

Nota: DE=Desviación estándar, X=media, Vmin=valor mínimo, Vmax=Valor máximo, IC=Intervalo de confianza, H= Hombre, M= Mujer.

Fuente: Elaboración propia.

Correlación de Spearman

En la tabla 8.3 se muestra la correlación positiva entre el cansancio emocional y la fatiga laboral ($r=0.328, p<0.001$), lo que indica que a mayor cansancio emocional hay mayor fatiga laboral, asimismo, se encontró una correlación negativa entre la percepción de la calidad del cuidado con la fatiga laboral ($r=-0.181, p<0.05$) lo que indica que a mayor fatiga se tiene una mala percepción de calidad de cuidado.

Tabla 8.3. Correlaciones entre variables de estudio

Variables	r	P
Cansancio emocional y fatiga laboral	0.328**	<0.001
Percepción de calidad de cuidado y fatiga laboral	-0.181*	<0.05

Fuente: Elaboración propia

Discusión

En este estudio participaron 138 estudiantes de la licenciatura en Enfermería. La mayoría eran mujeres (54.3%) estudiando la licenciatura en Enfermería (73.2%) cursando el sexto semestre (21.7%).

En relación con la valoración del instrumento ECCOE, los estudiantes de Enfermería tuvieron una media de 283.96, lo que indica una alta percepción en sus cuidados, cosa contraria a lo reportado por Arango Ossa et al. (2021) donde los profesionales puntuaron los comportamientos del cuidado otorgado con una valoración global de 89.4 ± 36.2 .

Se encontró que la muestra presenta altos niveles de cansancio emocional ($= 34.06$, $DE = 7.56$), lo que es similar a lo reportado por Contreras Sandoval et al. (2019) de lo cual se puede aseverar que el aspecto del agotamiento emocional fue alto (65.3%), la despersonalización se clasificó como baja (65.3%) y, por último, la realización personal como alta (46.9%).

Por otro lado, en este estudio se encontró que los hombres presentan un mayor nivel de fatiga laboral ($= 13.11$) comparado con las mujeres ($= 12.85$), caso contrario a lo reportado por Bayas Romero y Palacios Andrade (2019), ya que la fatiga laboral estuvo presente en 79.3% de las mujeres y en 78.3% de los hombres.

De igual forma, se encontró que la correlación entre el cansancio emocional y la fatiga laboral indican que a mayor cansancio emocional hay mayor cansancio laboral. A pesar de esta correlación, la muestra menciona tener una buena percepción de la calidad del cuidado. Estudios previos demuestran la relación entre el cansancio emocional y la fatiga laboral, por ejemplo, lo encontrado por Osorio-Spuler et al. (2023) en su estudio multicéntrico realizado en Chile y España, evaluaron el cansancio emocional en estudiantes de Enfermería y encontraron que las consecuencias se relacionan con la pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento físico y psicológico abrumador, fatiga, falta de motivación y disminución de la calidad de los cuidados. En la presente investigación se halló que el cansancio emocional y la fatiga laboral destacan la interrelación directa entre los aspectos emocionales y la carga de trabajo, subrayando que el agotamiento emocional puede ser un precursor del agotamiento laboral en este contexto académico y clínico.

Por otro lado, Manzano y Jiménez (2019) encontraron que el síndrome de *burnout* tiene una elevada prevalencia en los profesionales y estudiantes de enfermería, lo cual puede afectar la atención de calidad. Esto puede prevenirse mediante herramientas de afrontamiento adaptativo que minimicen las situaciones de riesgo y las manifestaciones de este, lo cual es similar a lo

que se encontró en esta investigación: la correlación negativa entre la percepción de calidad del cuidado y la fatiga laboral sugiere que el cansancio derivado de las demandas laborales puede afectar adversamente la percepción que los estudiantes tienen de la calidad de su propio cuidado.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio revelan vínculos significativos entre el bienestar psicosocial de los estudiantes de enfermería y su percepción sobre la calidad del cuidado proporcionado.

La relación positiva entre el cansancio emocional y la fatiga laboral subraya la influencia directa de los aspectos emocionales en la carga de trabajo, lo cual indica que el agotamiento emocional puede anticipar el agotamiento laboral en este entorno académico y clínico. La relación inversa entre la percepción de calidad del cuidado y la fatiga laboral sugiere que la fatiga resultante de las exigencias laborales puede afectar negativamente cómo los estudiantes perciben la calidad de su propio cuidado.

La implementación de intervenciones que aborden el bienestar emocional y manejen la carga laboral podría no sólo mejorar la salud mental de los estudiantes, sino también potenciar su capacidad para ofrecer cuidado de alta calidad

Referencias

- Arango Ossa, M. A., Henao López, C. P., Rivera Gallego, L. M., Piedrahita Maya, J., y Agudelo Gómez, A. (2021). Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgados a partir de la percepción del profesional de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 23, 1-10. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.ecco>
- Aslan, H., y Akturk, U. (2018). Nursing education stress levels of nursing students and the associated factors. *Annals of Medical Research*, 25(4), 660-666. <https://doi.org/10.5455/annalsmedres.2018.06.108>
- Bayas Romero, Y., y Palacios Andrade, K. (2019). Niveles de fatiga laboral en personal de salud y administrativo en el Hospital Carlos Andrade Marín y su relación con agresiones por parte de usuarios. Universidad del Pacífico.
- Borré Ortiz, Y. M., y Vega, Y. V. (2014). Perceived Quality of Nursing Care for Hospitalized

- Patients. *Ciencia y Enfermería*, 20(3), 81-94. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532014000300008>
- Contreras Sandoval, S., Bravo Cárdenas, A., Nicolas Bon, G., y Osses Parra, O. (2019). *Prevalencia de estrés académico y síndrome Burnout en estudiantes de tercer y cuarto año de enfermería en una Universidad Privada*, 2018. XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2019. <http://enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/viewFile/717/270>
- Estrada Araoz, E. G., Paricahua Peralta, J. N., Gallegos Ramos, N. A., Zuloaga Araoz, M. C., Paredes Valverde, Y., Quispe Herrera, R., y Velásquez Giersch, L. (2022). Cansancio emocional en estudiantes de una universidad pública peruana. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 14(3), 191-197. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6629161>
- Estrada Zapata, K. (2019). Pensamiento crítico: concepto y su importancia en la educación en Enfermería. *Index de Enfermería*, 28(4), 204-208. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300009
- González Ramírez, M. T., y Landero Hernández, R. (2007). Escala de cansancio emocional (ECE) para estudiantes universitarios: Propiedades psicométricas en una muestra de México. *Anales de psicología*, 23(2), 253-257. <https://www.redalyc.org/pdf/167-/16723211.pdf>
- Grove, S., y Gray, J. (2019). *Investigación en enfermería* (7ª ed.). <https://www.elsevier.com/books/investigacion-en-enfermeria/grove/978-84-9113-511-1>
- Jamsahar, M., Khaki, S., Zanjani, S. E., y Mashouf, S. (2020). Comparison of Quality of Nursing Cares from the Perspective of Nurses and Patients. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*, 5(4), 72-83. <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-285-fa.html>
- Labrague, L. J. (2013). Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *Health Science Journal*, 7(4), 424-435.
- Ley General de Salud (1984).
- Manzano Chico, P., y Jiménez Navascués, L. (2019). *Análisis del síndrome de burnout durante la formación de los estudiantes de enfermería*. [Tesis de Licenciatura en Enfermería, Universidad de Valladolid.]
- Mason, H. D., y Nel, J. A. (2012). Compassion Fatigue, Burnout and Compassion Satisfaction: Prevalence among Nursing Students. *Journal of Psychology in Africa*, 22(3), 451-455. <https://doi.org/10.1080/14330237.2012.10820554>
- Monje V., P., Miranda C., P., Oyarzún G., J., Seguel P., F., y Flores G., E. (2018). Perception of humanized nursing care by hospitalized users. *Ciencia y Enfermería*, 24. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532018000100205>
- Osorio-Spuler, X., Illesca-Pretty, M., González-Osorio, L., Masot, O., Fuentes-Pumarola, C., Reverté-Villarroya, S., Ortega, L., y Rascón-Hernán, C. (2023). Emotional exhaustion in nursing students. A multicenter study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57(319), 1-10. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0319en>
- Ruiz-Cerino, J. M., Tamariz-López, M. M., Méndez-González, L. A., Torres-Hernández, L.,

- y Duran-Badillo, T. (2020). Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública. *Sanus*, 5(14), 1-9. <https://doi.org/10.36789/SANUS.VI14.174>
- Tharani, A., Husain, Y., y Warwick, I. (2017). Learning environment and emotional well-being: A qualitative study of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 59, 82-87. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2017.09.008>
- Uribe T., M. Á., y Illesca P., M. (2017). Burnout en estudiantes de enfermería de una universidad privada. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 234-241. <https://doi.org/10.1016/J.RIEM.2016.11.005>
- Vega-Valero, C. Z., Ruíz-Méndez, D., y Nava-Quiroz, C. N. (2019). Una propuesta de Adaptación del Cuestionario de Síntomas de Fatiga Laboral. *Revista de Psicología y Ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(1), 73-86. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v10n1/2007-1833-rpcc-10-01-74.pdf>

9. Apoyo social y estrés durante la pandemia COVID-19 en estudiantes de enfermería

[Social support and stress during the Covid-19 pandemic in student nurses]



PERLA MARÍA TREJO-ORTÍZ*

ROXANA ARAUJO-ESPINO**

ALEJANDRO CALDERÓN-IBARRA***

LAURA BERENICE ZORRILLA-MARTÍNEZ****

ANA GABRIELA FLORES-ROMO*****

FABIANA ESTHER MOLLINEDO-MONTAÑO*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.09>

Resumen

La pandemia por COVID-19 impactó todas las áreas de desempeño del ser humano. Particularmente los jóvenes, además del confinamiento, tuvieron que adaptarse a una vida social y educativa sin precedente, lo cual les generó niveles altos de estrés que pudieron ser mediados por el apoyo social percibido. El objetivo fue determinar la asociación entre el apoyo social y el estrés percibido por la pandemia de COVID-19 en estudiantes de licenciatura en Enfermería. Se realizó un estudio descriptivo correlacional en 344 estudiantes de licenciatura en Enfermería de una universidad de Zacatecas, los cuales

* Doctora en Ciencias de Enfermería. Docente investigador y Coordinadora de Planeación en la Universidad Autónoma de Zacatecas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4441-446X>

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Directora en turno de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6684-9830>

*** Doctor en Investigación Educativa. Docente investigador de tiempo completo a la Universidad Autónoma de Zacatecas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4684-8096>

**** Doctora en Bioética. Docente investigadora en licenciatura y especialidades de la Universidad Autónoma de Zacatecas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1322-2326>

***** Doctora en Bioética. Docente investigadora de medio tiempo de la Universidad Autónoma de Zacatecas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4865-4519>

***** Doctora en Ciencias de la Educación. Docente investigadora de tiempo completo, titular C, de la Universidad Autónoma de Zacatecas "Francisco García Salinas". ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2150-8754>

fueron seleccionados por un muestreo aleatorio por conglomerados. Se aplicaron la escala de estrés percibido con la pandemia de COVID-19 (EEP-10-C) y la escala de apoyo social (MOS-SSS). Los datos fueron capturados y analizados en el SPSS versión 27. La mayoría de los participantes fueron del sexo femenino (76.2%), con un promedio de edad de 20.4 años ($DE = 1.81$), y que mayoritariamente cursaban el segundo y el cuarto semestre (28.5 y 27.3%, respectivamente). En una escala del 0 al 100, donde a mayor puntaje mayor la percepción tanto de apoyo social como de estrés, se encontró una media de 72.39 ($DE = 28.02$) y 42.02 ($DE = 13.45$), respectivamente, en cada una de estas variables. Resultó una asociación negativa y significativa entre el estrés y el apoyo social percibido ($r_s = -0.226$, $p < 0.01$). Como se ha descrito en otros estudios, el apoyo social percibido resulta fundamental para mantener la salud mental entre los jóvenes y hacer frente a adversidades inesperadas, como la contingencia sanitaria generada por el COVID-19. Debido a esto, será necesario buscar estrategias que permitan reforzar el apoyo de familia y amigos en los estudiantes.

Palabras clave: *apoyo social, estrés, estudiantes, enfermería.*

Introducción

A principios del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) declaró una emergencia de salud pública de importancia mundial, debido a la existencia del virus llamado SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa, denominada coronavirus o COVID-19, situación que generó incertidumbre y preocupación en toda la población (Zhu et al., 2020). Desde su descubrimiento, en todo el mundo se han registrado más de siete millones de muertes debidas al virus, de las cuales 5 272 ocurrieron en China, lugar en el que se originó el virus. Sin embargo, Estados Unidos encabeza la clasificación al aproximarse a los 1.2 millones de decesos, seguido de Brasil con alrededor de 704 795. México ocupa el quinto lugar con 334 336 defunciones (Plataforma Global de Datos e Inteligencia Empresarial [STATISTA], 2023).

La pandemia por COVID-19 no solamente originó lamentables decesos y secuelas físicas, también propició sentimientos de ansiedad y estrés por la

separación de seres queridos, un confinamiento prolongado, cansancio e incertidumbre, lo que causó un deterioro en la salud mental de toda la población (Antúñez et al., 2023; Balluerka et al., 2020), los estudiantes universitarios fueron uno de los grupos más afectados, particularmente los del área de ciencias de salud, quienes al encontrarse en escenarios clínicos simulados y reales tuvieron que abandonar la práctica y aprender aún con ciertas carencias pedagógico-didácticas en un tiempo récord (Changwon et al., 2020).

Los estudiantes universitarios, en especial los de la licenciatura en Enfermería, se encuentran en constante tensión debido a las múltiples actividades que realizan dentro de su proceso formativo, como la sobrecarga de actividades académicas, el constante contacto con el dolor y la enfermedad no sólo de los pacientes, sino también de los familiares, la aspiración y frustración por alcanzar un mejor promedio, además de la realización de actividades alternas como trabajar y estudiar a la vez, situaciones que los posicionan en un escenario difícil de controlar (Rull et al., 2011). Aunado a esto, la pandemia del COVID-19 acrecentó la complejidad de la vida universitaria y, en consecuencia, la manifestación de ansiedad y estrés, además de otros trastornos mentales (Marquina-Luján y Pineda-Palomino, 2020).

Al respecto, diversas investigaciones reportaron una prevalencia de estrés severo entre los jóvenes universitarios que osciló entre 30 y 77.2%. En contraparte, el estrés leve/moderado presentó cifras entre 50.34 y 77.4% y quienes resultaron más afectados fueron los jóvenes con un familiar diagnosticado con COVID-19, del género femenino y residentes de áreas rurales, todas ellas situaciones presentes en los estudiantes de Enfermería (Asenjo-Alarcon et al., 2021; Muvdi-Muvdi et al., 2021; Ortega-Ceballos et al., 2022; Pérez-Pérez et al., 2021; Sánchez-Rodríguez y Talavera-Talavera, 2021). Por su parte, Zambrano-Bermeo y Londoño-Chamorro (2023) lograron evidenciar un incremento acelerado y progresivo del estrés en los estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19, que se acompañó de sentimientos de soledad y una falta de control percibida, lo cual afectó, indiscutiblemente, su rendimiento académico y salud mental.

Por otro lado, frente a los problemas de salud mental cobra relevancia el apoyo social percibido, el cual se define como el conjunto de soportes afectivos, económicos y de seguridad que brindan los distintos grupos con los que se convive, así como las formas instrumentales, informativas o emo-

cionales de personas familiares, amigos o profesores (Saltzman et al., 2020), incluyendo el apoyo social brindado por las redes sociales, que durante la pandemia por COVID pueden contribuir a la salud mental de los jóvenes (Bavel et al., 2020; Saud et al., 2020).

De acuerdo con diversas investigaciones, el apoyo social actuaría como un factor protector, que permitiría al individuo enfrentar con mayor probabilidad de éxito los estresores del ambiente universitario y también potenciaría un desempeño académico satisfactorio (Johnson-Esparza et al., 2021; López et al., 2020; Rosa-Rodríguez et al., 2015). Además, el apoyo social se ha asociado, inversa y significativamente, con los niveles de depresión, ansiedad y estrés (Kugbey et al., 2015).

Por los antecedentes teóricos y empíricos antes descritos, resultó relevante verificar el papel que fungió el apoyo social para enfrentar las consecuencias de la pandemia. En este sentido se planteó el objetivo de determinar la asociación entre el apoyo social y el estrés percibido por la pandemia COVID-19 en estudiantes de la licenciatura en Enfermería.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal en el que participaron 344 estudiantes de licenciatura en Enfermería de una universidad de Zacatecas, los cuales fueron seleccionados por medio de un muestreo aleatorio por conglomerados (Burns y Grove, 2009).

Para la recolección de datos se aplicó una cédula de datos sociodemográficos que incluía sexo, edad, semestre, si además de estudiar trabajaban y, en este caso, horas dedicadas al trabajo. Para medir el estrés se utilizó la Escala de Estrés Percibido con la Pandemia de COVID-19 (EEP-10-C) elaborada por Campos Arias et al. (2020), con un Alpha de Cronbach de 0.86. Esta mide el estrés percibido en el último mes y está conformada por 10 ítems con opción de respuesta tipo Likert de cinco opciones, que van de 0 a 4, donde 0 = nunca, 1 = casi siempre, 2 = de vez en cuando, 3 = casi siempre y 4 = siempre. Los ítems 1, 2, 3, 6, 9 y 10 se califican de manera directa de 0 a 4 y los ítems 4, 5, 7 y 8, de forma inversa, de 4 a 0. Se calcularon índices del 0 al 100, donde a mayor puntuación mayor estrés.

El apoyo social fue medido con la escala de apoyo social (mos-sss) de Sherbourne y Stewart (1991), validada por Londoño-Arredondo et al. (2012), la cual obtuvo un Alpha de Cronbach de .90. Este mide el apoyo social en su dimensión estructural (el tamaño de la red social) y funcional (la utilidad que esta tiene). El instrumento consta de 20 preguntas. La primera pregunta (apoyo estructural o cuantitativo) se evalúa por medio del número crudo de miembros que conforman la red social. El resto del instrumento se presenta en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde nunca (con un valor de 1) hasta siempre (con valor de 5). Se calcularon índices del 0 al 100, donde a mayor puntuación mayor apoyo social. Todos los instrumentos fueron transcritos a un formulario de Google Forms para su aplicación.

Para iniciar con la recolecta de los datos se solicitó la autorización de los directivos del programa de licenciatura en Enfermería a quienes se requirió el listado y horarios de los grupos por semestre, con la finalidad de seleccionar aleatoriamente a los grupos participantes. Una vez localizados, se destinó a un profesor responsable para que explicara los fines de la investigación y, con apoyo del jefe del grupo, hiciera llegar el enlace para contestar las escalas. El estudio contó con la aprobación de un comité de ética en investigación y cada participante recibió un consentimiento informado vía electrónica, en donde se les garantizó la privacidad de sus datos, la voluntariedad de su participación y se otorgó una explicación amplia sobre el estudio, tal como lo estipula la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014).

Los datos fueron capturados y analizados en el paquete estadístico SPSS versión 27. Una vez que se determinó la distribución no normal de los datos, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman para determinar la correlación entre las variables de interés. Se trabajó con un nivel de significancia estadística de 0.05.

Resultados

De los 344 participantes, 76.2% fueron del sexo femenino y 23.8% del masculino, con un promedio de edad de 20.4 años ($DE = 1.81$), mínimo de 18 y

máximo de 30; en su mayoría de segundo y cuarto semestre (28.5 y 27.3%, respectivamente). De ellos, 70.1% sólo se dedica a estudiar y otro 29.9% indicó estudiar y trabajar, con una media de horas de trabajo a la semana de 15.8 ($DE = 11.9$).

Al calcular índices del 0 al 100 para las escalas de estrés y apoyo social percibido, en donde a mayor puntaje mayor la presencia de cada una de estas variables, el estrés obtuvo una media de 42.02 puntos ($DE = 13.45$), mínimo de 0 y máximo de 95.00, igualmente el apoyo social promedió en 72.39 puntos ($DE = 28.02$), cifras que podrían interpretarse como un estrés y apoyo social medio. Al cuestionar sobre el tamaño de la red social, se encontró que, en promedio, los estudiantes consideran contar con 5.76 amigos ($DE = 4.89$), cifra similar al cuestionar cuántos familiares cercanos tenían ($= 5.45$, $DE = 4.78$), tal como se muestra en la tabla 9.1.

Tabla 9.1. *Estrés y apoyo social percibido por los estudiantes de Enfermería*

<i>Variable</i>		<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Estrés percibido	42.02	45.00	13.45	0	95.00
Apoyo social	72.39	78.94	28.02	0	100
Amigos cercanos	5.76	5.00	4.89	0	30
Familiares cercanos	5.45	4.00	4.78	0	37

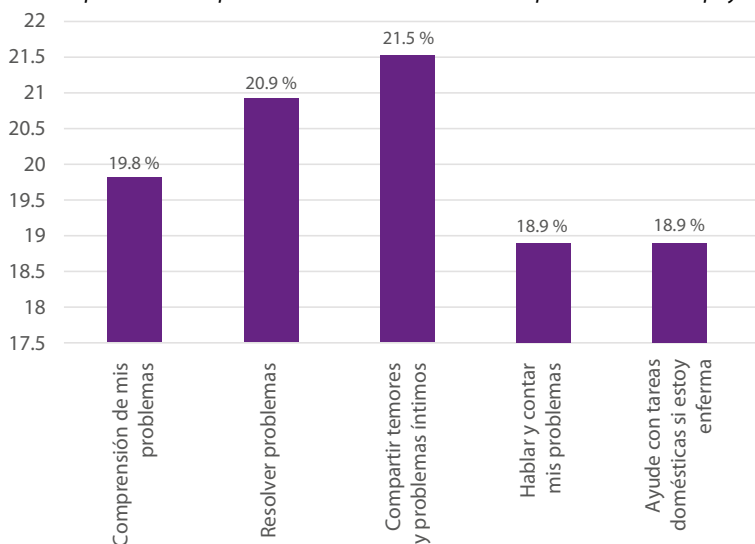
Nota: $n = 344$, X = promedio, Mdn = mediana, DE = desviación estándar.

Destaca que al analizar los aspectos en los que menor apoyo social se percibía, figuraron el tener alguien con quien compartir temores y problemas íntimos, alguien que les apoyara a resolver sus problemas y alguien que comprendiera sus problemas, como se muestra en la gráfica 9.1.

Igualmente, al cuestionar sobre el estrés durante la pandemia, resaltó que un 52.1% de los participantes indicó que nunca o casi nunca sentía tener todo controlado respecto a la pandemia, al igual que 47.9% que señaló que nunca o casi nunca sintió que tenía el control de dificultades derivadas por la infección, y 48% que manifestó no manejar los problemas personales relacionados con la pandemia (véase la gráfica 9.2).

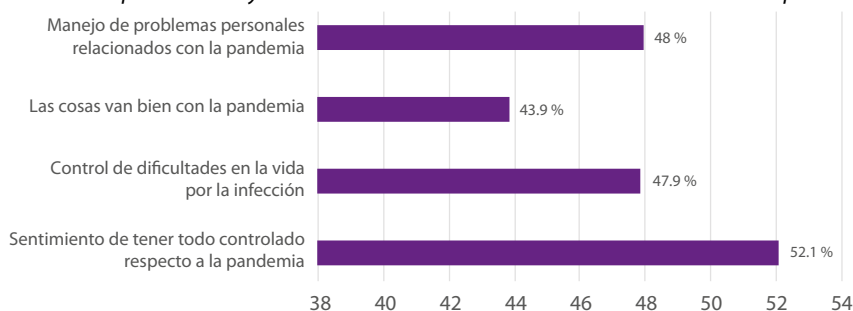
Al correlacionar las variables de estudio se encontró una asociación negativa débil y significativa entre el estrés y el apoyo social ($r_s = -0.226$, $p < 0.01$), es decir, a mayor apoyo social, menor el estrés percibido.

Gráfica 9.1. Aspectos en los que los estudiantes de Enfermería perciben menor apoyo social



Nota: sólo se presentan los cinco ítems con menor porcentaje.

Gráfica 9.2. Aspectos de mayor estrés entre los estudiantes de enfermería durante la pandemia



Nota: sólo se presentan los cuatro ítems con mayor porcentaje.

Conclusiones

Si bien la asociación entre las variables de interés fue débil, los resultados encontrados permiten dar cuenta de la importancia que tiene el apoyo social entre los jóvenes universitarios para hacer frente a diversos problemas, in-

cluidos los relacionados con la salud mental que derivan de eventos para los que no se está preparado, como la pandemia por COVID-19. En este sentido, resulta evidente la necesidad de fortalecer y educar a los estudiantes y su familia sobre la importancia de las redes de apoyo social y detectar de manera temprana a aquellos jóvenes que se perciben carentes o con bajo soporte social, para así evitar problemas futuros, tanto de salud como académicos. Por otro lado, resulta necesario continuar con la investigación del comportamiento y asociación de estas variables en un contexto ordinario para los alumnos.

Referencias

- Antúñez, Z., Vergara R.C. Álvaro I. L., Santander. J., Baader T., Álamo C., Arce M., Delgado, B. Laurin K. y Moncada C. (2023) Impacto de problemas de salud mental y apoyo social en la calidad de sueño: Seguimiento longitudinal antes y durante la pandemia de Covid-19 en universitarios chilenos. *Anales de Psicología*, 39(2), 188-196. <https://doi.org/10.6018/analesps.517321>
- Asenjo-Alarcón, J.A., Linares-Vásquez, O. y Díaz-Dávila, Y. (2021). Nivel de estrés académico en estudiantes de enfermería durante la pandemia de Covid-19. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 5(2), 59-66. <https://doi.org/10.35839/repis.5.2.867>
- Balluerka, N., Gómez-Benito, J., Hidalgo-Montesinos, M.D., Gorostiaga-Manterola, A., Espada-Sánchez, J.P., Padilla-García, J.L. y Santed-Germán, M.A. (2020) *Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento*. Universidad del País Vasco. <https://www.ehu.eus/documents/10136/14449156/Consecuencias+psicol%C3%B3gicas+COVID-19+PR3+DIG.pdf/90d9172a-49cf-dee4-e693-d3a79fcbc9f8>
- Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M., Crum, A., Douglas, K., Druckman, J., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E., Fowler, J., Gelfand, M., Han, S., Haslam, S. A., Jetten, J., Kitayama, S., ... Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support Covid-19 pandemic response. *Nature Human Behavior*, 4, 460-471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- Burns, N., y Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6ª ed.). Saunders Elsevier.
- Campo-Arias, A., Pedrozo-Cortés, M. J., y Pedrozo-Pupo, J. C. (2020). Escala de estrés percibido relacionado con la pandemia de Covid-19: una exploración del desempeño psicométrico en línea. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 229-230. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.005>
- Changwon, S., Hegde, S., Smith, A., Wang, X., y Sasangohar, F. (2020). Efectos de Covid-19 en la salud mental de los estudiantes universitarios en los Estados Unidos:

- estudio de encuesta por entrevista. *Revista de investigación médica en internet*, 22(9), 12-21. <https://www.jmir.org/2020/9/e21279>
- Johnson-Esparza, Y., Rodríguez Espinosa, P., Verney, S. P., Boursaw, B., y Smith, B. W. (2021). El apoyo social protege contra los síntomas de ansiedad y depresión: variaciones clave en estudiantes universitarios blancos latinos y no latinos. *Revista de Psicología Latinx*, 9(2), 161-178. <https://doi.org/10.1037/lat0000184>
- Kugbey, N., Osei-Boadi, S., y Atefoe, E. A. (2015). The Influence of Social Support on the Levels of Depression, Anxiety and Stress among Students in Ghana. *Journal of Education and Practice*, 6, 135-140. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2707-5>
- Londoño-Arredondo, N. H., Rogers, H., Castilla Tang, J. F., Posada Gómez, S., Ochoa Arizal, N. L., Jaramillo Pérez, M. A., Oliveros Torres, M., Palacio Sañudo, J. E., y Aguirre Acevedo, D. C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social International. *Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150. <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>
- López, F., Oyanedel, J. C., y Rivera-López, G. (2020). Calidad del sueño según progresión académica en estudiantes chilenos de Obstetricia. *Medi Sur revista electrónica*, 18(2), 211-222. <https://www.redalyc.org/journal/1800/180063279010/>
- Marquina-Lujan, R. J., y Pineda-Palomino, A. (2020) Autopercepción del estrés en aislamiento social en tiempos de Covid-19. *Revista ConCiencia EPG*, 5(1), 83-97. <https://doi.org/10.32654/CONCIENCIAEPG.5-1.6>
- Muvdi-Muvdi, Y., Malvaceda-Frías, E., Barreto-Vásquez, M., Madero-Zambrano, K., Mendoza-Sánchez, X., y Bohórquez-Moreno, C. (2021). Estrés percibido en estudiantes de enfermería durante el confinamiento obligatorio por Covid-19. *Revista Cuidarte*, 12(2), e1330. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1330>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Salud mental y consideraciones psicosociales durante el brote de Covid-19*. [WHO]. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- Ortega-Ceballos, P. A., Terrazas-Meraz, M. A., Zúñiga-Hernández, O. Y., y Macías-Carrillo, C. M. (2022). Estrés percibido en estudiantes universitarios durante la pandemia por Covid-19. *Revista Conciencia EPG*, 7(2), 68-88. <https://doi.org/10.32654/CONCIENCIAEPG.7-2.5>
- Pérez-Pérez, M., Fernández-Sánchez, H., Enríquez-Hernández, C. B., López-Orozco, G., Ortiz-Vargas, I., y Gómez-Calles, T. J. (2021) Estrés, ansiedad, depresión y apoyo familiar en universitarios mexicanos durante la pandemia de Covid-19. *Revista Salud Uninorte*, 37(3), 553-568. <https://doi.org/10.14482/sun.37.3.616.98>
- Plataforma Global de Datos e Inteligencia Empresarial. (2023). *Personas fallecidas a causa del coronavirus en el mundo*. [STATISTA, 2023]. <https://es.statista.com/estadisticas/1095779/numero-de-muertes-causadas-por-el-coronavirus-de-wuhan-por-pais/>
- Rosa Rodríguez, Y., Negrón Cartagena, N., Maldonado Peña, Y., Quiñones Berrios, A., y Toledo Osorio, N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 33-43. <https://doi.org/10.12804/apl33.01.2015.03>

- Rull, M. A., Serrano-Sánchez, M. L., Chávez-Méndez, M. T., Hidalgo-Montiel, P., y Vera-García, F. (2011) Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 1(31) 31-37. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/584>
- Saltzman, L., Hansel, T. C., y Bordnick, P. (2020). Factores de soledad, aislamiento y apoyo social en la era post-Covid-19 salud mental. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S55-S57. <https://doi.org/10.1037/tra0000703>
- Sánchez-Rodríguez, F. Y., y Talavera-Talavera, M. F. (2021) Nivel de estrés y ansiedad en estudiantes de enfermería durante la pandemia de Covid-19, *Revista peruana de medicina integrativa*, 6(3), 73-79. <https://doi.org/10.26722/rpmi.2021.63.203>
- Saud, M., Mashud, M., y Ida, M. (2020). Usage of social media during the pandemic: Seeking support and awareness about Covid-19 through social media platforms. *Journal of Public Affairs*, 20(4), e2417. <https://doi.org/10.1002/pa.2417>
- Secretaría de Salud (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud* (Reforma 2014). https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Sherbourne, C. D., y Stewart, A. L. (1991). *La encuesta de apoyo social de MOS*. *Ciencias Sociales y Medicina*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Zambrano-Bermeo, R. N., y Londoño-Chamorro, K. A. (2023). Estrés académico en estudiantes universitarios en situaciones de crisis y emergencias, *Enfermería Investigación, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 8(3), 77-85. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/2123>
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., y Tan, W. (2020). Un nuevo coronavirus procedente de pacientes con neumonía en China, 2019. *Revista de Medicina de Nueva Inglaterra*, 8(382), 727-733. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001017>

10. Sentido de vida en personas adultas mayores

[Meaning of life and satisfaction in older adults]



DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.10>

VIANEY MÉNDEZ-SALAZAR*

MIRIAM GONZÁLEZ-VALENCIA**

MARÍA DE LOS ÁNGELES CARPIO-RODRÍGUEZ***

LIVIA QUIROZ-BENHUMEA****

GABRIELA CERVANTES-ESPINOZA*****

MARLEN FABELA-MIXUXI*****

Resumen

En este capítulo se narra el sentido de vida de personas adultas mayores en una comunidad rural en Michoacán con tradiciones arraigadas, las cuales expresan el sentido de continuar con vida, lo cual adjudican a la vivencia de libertad, responsabilidad y autorrealización. Se realizó un enfoque cualitativo descriptivo y se utilizó una entrevista semiestructurada previo consentimiento informado de las personas adultas mayores que viven en la comunidad antes mencionada. Asimismo, se realizó un análisis de las experiencias narradas de su trayectoria de vida, lo cual permitió identificar la existencia o ausencia del sentido de vida y la autorrealización en el momento actual. De acuerdo con las respuestas obtenidas, se observa que las personas de la comunidad de San Luis municipio de Ocampo encomiendan su objetivo de vida a los designios de Dios; la mayoría lo encuentra en ser madre, esposa

* Doctora en Educación. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0105-5404>

** Licenciada en Gerontología. Practicante en el Centro de Estudios Psicológicos de la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5010-4217>

*** Doctora en Tanatología. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-45819151>

**** Licenciada en Enfermería. Profesora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7763-1167>

***** Doctora en Educación. Profesora de asignatura de la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5745-0713>

***** Maestra en Enfermería. Profesora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0262-6297>

e hija, encargada del cuidado y del hogar, así como en mantener una conducta socialmente aceptable de ser buena vecina y buena persona. Es importante mencionar que el género que predominó fue el femenino y sus respuestas fueron influenciadas por los roles de género tradicionalmente asignados.

Palabras clave: *sentido de vida, personas adultas mayores, satisfacción.*

Introducción

El término *sentido de vida* surge a partir de la experiencia del Dr. Viktor Frankl en los campos de concentración en que estuvo prisionero durante la segunda Guerra Mundial. En el momento en que fue despojado de su hogar, su familia, su ropa y toda pertenencia, y al encontrarse solo en una situación vulnerable, descubrió que el hombre, para sobrevivir a circunstancias adversas, necesita aferrarse a algo, y ese “algo” él lo denomina sentido de vida. (Zamora y Olman, 2013).

En este capítulo se narra cómo las personas interpretan y viven el sentido de sus vidas a lo largo de su trayectoria y de su curso vital. También explora si en el momento actual se sienten autorrealizados, si han logrado cumplir todas sus metas o si las circunstancias los han hecho experimentar un vacío existencial. Tomando en cuenta el aumento de la población mayor y los retos que ello implica, se debe resaltar un aspecto importante en la vejez como lo es la espiritualidad, la cual incluye aspectos como el sentido de vida, que tiene una gran influencia sobre el estado de salud. Asimismo, las personas mayores, a lo largo de su vida, experimentan cambios de roles significativos que provocan desorganización sociofamiliar y personal. También hay circunstancias que incluso pueden afectar el sentido de vida y el cumplimiento de sus metas o proyecto de vida, lo cual posiblemente trunca parte de su autorrealización. Los logros y metas de los entrevistados son de diferentes ámbitos del desarrollo personal, desde sentir que tienen una vida tranquila, lo necesario para sobrevivir, felicidad, una casa o un bien material, un negocio y redes de apoyo, hasta algunos que dicen no tener plan y simplemente “vivir la vida como venga”.

Durante la última etapa de su vida, las personas tienden a considerar culminado su proyecto vital y, con ello, surge la carencia o ausencia del sentido de vida hasta quedar a la espera de la muerte. Por ello, se considera relevante escribir el presente capítulo mencionando la importancia que tiene el sentido de vida para las personas adultas mayores, cómo ha impactado a lo largo de su vida, cómo lo perciben y las circunstancias que les han hecho sentir una pérdida o la recuperación de este, con la intención de mejorar el abordaje gerontológico integral y un mejor plan de intervención. El objetivo es describir el sentido de vida y autorrealización en personas mayores de la comunidad de San Luis, municipio de Ocampo, Michoacán.

Metodología

La investigación se diseñó con un enfoque cualitativo, debido a que busco comprender la realidad social del sentido de vida de las personas mayores en una comunidad rural en Michoacán, México. La metodología utilizada se sustenta en el razonamiento inductivo y ofrece explicaciones ideográficas; es abierta, libre e impredecible y, por lo tanto, es el mejor método para estudiar las diversas perspectivas de las personas mayores en torno al sentido de vida. Además, este método busca la comprensión de los fenómenos sociales desde las experiencias, puntos de vista y el entendimiento de los significados que asignan a sus creencias, acciones y valores. Los sujetos de estudio lo conforman 16 personas adultas mayores de 60 años, de los cuales tres pertenecen al género masculino y 13 al femenino, cuya residencia se encuentra en las comunidades de San Luis y El Rosario, municipio de Ocampo Michoacán.

Se utilizó un muestreo cualitativo por bola de nieve, el cual tiene las características de ser práctico, eficiente, por lo que es más fácil establecer una relación de confianza en el momento de realizar el acercamiento con los informantes. Cabe mencionar que con el apoyo del delegado se pudo contactar a las personas adultas mayores para realizar las entrevistas.

Para sustentar la investigación se utilizaron libros adquiridos en librerías y otros más en formato PDF de la biblioteca digital de la Universidad Autó-

noma del Estado de México, Universidad Nacional Autónoma de México, así como consultas de artículos de revistas.

En el trabajo de campo se visitaron a las personas adultas mayores en sus casas en varios encuentros. Cabe mencionar que se entrevistaron a 13 personas, nueve mujeres y cuatro hombres. Es importante comentar que, entre los entrevistados, el género femenino predominó más, debido a que los hombres aún trabajaban; otros más habían abandonado a sus parejas, situación por la cual se observa un número mayor de mujeres participantes en la investigación. Las entrevistas aplicadas, previo consentimiento informado, fueron grabadas con una grabadora reportera Sony.

El tipo de entrevistas fue semiestructurada conformada por tres categorías: sentido de vida (conformada por seis preguntas abiertas), autorrealización (conformada por cinco preguntas) y la categoría denominada vacío existencial (conformada por dos preguntas), lo que da un total de 13 preguntas. Asimismo, se agregaron preguntas para obtener datos sociodemográficos a fin de contar con más elementos en el momento de realizar el análisis. Concluida la obtención de los datos, se procedió a realizar la transcripción de las entrevistas, así como procedimientos para la disposición y transformación de datos. También se relacionaron las categorías y subcategoría mediante la codificación axial. Finalmente se presentaron los resultados mediante el uso de fragmentos narrativos con interpretaciones del investigador.

Resultados

El presente análisis e interpretación de datos obtenidos a partir de entrevistas a profundidad aplicadas por la investigadora se realizaron con el objetivo de conocer el sentido de vida de las personas mayores que viven en la Comunidad de San Luis, municipio de Ocampo, Michoacán

Los objetivos específicos de la investigación se encaminaron a detectar si cuentan con un proyecto de vida, saber si tienen metas futuras, identificar el vacío existencial y saber si las personas mayores se sienten realizadas hasta el momento actual de su vida. Para ello, se efectuaron 15 entrevistas a profundidad hasta alcanzar la saturación de datos. Las

categorías obtenidas fueron: afrontamiento, vacío existencial, sentido de vida, autorrealización y satisfacción personal.

Analizar el sentido de vida en personas mayores permitió tener un panorama más amplio sobre la trayectoria de vida y el sentir actual de estas, lo cual es importante al momento de realizar un plan terapéutico eficiente con visión centrada en la persona. Asimismo, ayuda a planificar el proyecto de vida de las personas mayores. A continuación, se presentan los datos obtenidos en el análisis de las entrevistas aplicadas (véase la tabla 10.1).

Tabla 10.1. *Datos sociodemográficos de los participantes*

<i>Género</i>	<i>Edad</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Viven con familiares</i>
Mujeres 80%	60-69, 60%	Casados 80%	Hogar 60%	Familia 36%
Hombres 20%	70-80, 40%	Separados 5%	Comerciantes 20%	Con esposo 50%
		Viudos 15%	Campo 13%	Viven solas 14%

Análisis por categorías

Sentido de vida

El experimentar que la propia vida tiene sentido es la fuerza motivacional del ser humano y la condición de autorrealización personal. Frente al psicoanálisis de Freud y la psicología individual de Adler, Frankl propone el análisis existencial como un fondo intelectual y metodológico de una psicoterapia fundamentada en la búsqueda y expresión de sentido (Ramos-Franco, 2015).

De esta manera, se puede mencionar que todas las personas tenemos “algo” por lo que seguir día a día, una motivación ante las situaciones adversas. Muchas veces, al encontrarse en condiciones o vivencias difíciles, el individuo encuentra la salida mediante ese algo, con el cual logra darle un sentido a su vida, un rumbo o un por qué seguir.

En las entrevistas realizadas, se encontró este sentido que las personas mayores de la comunidad de San Luis le dieron a su vida cuando se encontraron ante situaciones que no esperaban y que les provocaron temor, desequilibrio emocional, incertidumbre, tristeza o depresión en ciertos momentos.

A continuación, presentamos las respuestas de diferentes participantes, a las cuales se les asignaron códigos con las iniciales de su nombre y apellido y un número que representa la entrevista. Al preguntarles cuál es el objetivo en su vida, respondieron lo siguiente:

Tenemos que cuidarnos para vivir bien, ¿no?, o para estar mejor. LH2

Siento que, pues que estoy bien y que y me tengo que cuidar pa' seguir viviendo con mis hijos (sic). SD4

Cuidar a mis papás, más que nada a mi papá que estaba enfermito y ya pus yo lo cuidaba lo más que se podía, y orita pus me quedé así (soltera) pus ya (sic). LH2

De acuerdo con las respuestas obtenidas, se observa que las personas de la comunidad de San Luis enfocan su objetivo de vida a los designios de Dios. La mayoría lo sostiene en el deber de ser madre, esposa e hija encargadas del cuidado y del hogar, así como en mantener una conducta socialmente aceptable de ser buena vecina y buena persona. De acuerdo con Frankl, se dice que el camino hacia el sentido son los valores y que el órgano mediante el cual se conoce o devela el sentido es la conciencia moral (Croquevielle, 2011).

Es importante mencionar que la mayoría de los participantes fueron mujeres y sus respuestas están influenciadas por los roles de género tradicionalmente asignados. Ahora bien, al hacerles la pregunta sobre cuál es su motivación en la vida o “ese algo” que les da sentido, esa fuerza que las impulsó a seguir adelante cuando tuvieron situaciones complejas, comentaron lo siguiente:

Pus sí, yo sí. Ora tuve las ganas de vivir por mis hijos, otros días siquiera porque uno se pone bien grave de esta enfermedad [se refiere al COVID] yo le pedía a Dios que me diera una oportunidad de vivir otros días, y pus gracias a dios lo logré. GR3

Luego yo cuando me siento triste, triste, le pido a mi Dios fuerzas y ya como que me estoy acostumbrando, porque no me queda de otra (sic). EV5 82

Lo narrado por los participantes reafirma lo estudiado por Viktor Frankl, sobre la forma en que los individuos se aferran a “algo o alguien” para sobrevivir y encontrarle rumbo a su existencia. En palabras propias del autor y padre de la logoterapia existencial, existir quiere decir salir de sí mismo y ponerse frente a sí mismo, de manera que el hombre sale del nivel de lo corporal psíquico y llega a sí mismo pasando por el ámbito de lo espiritual.

Vacío existencial

El concepto de *vacío existencial* propuesto por la escuela de logoterapia de Viktor Frankl, se considera adecuado para encontrar un propósito de vida que ofrezca calma y serenidad a la persona, incluyendo así el abordaje de la esfera espiritual en el ámbito psicológico (Frankl, 1984).

De esta manera, se entiende como una sensación de apatía, aburrimiento o alteración social, acompañado de distimia, depresión, desesperanza, sentimiento de soledad, entre otros desórdenes mentales. También puede formar parte del proceso natural de alguna pérdida o duelo que vive una persona por cualquier índole. Al respecto los entrevistados comentaron los siguiente:

Lo más difícil de mi vida fue cuando se fue mi hija y que no supe nada de ella en 3 años y esos fueron los tiempos más difíciles de mi vida. No sabía si vivía o si estaba muerta. Y también cuando perdí a mi madre, cuando perdí a mi padre también porque son momentos muy difíciles. SD4

Había sido mi vida muy triste [...] sí, la verdad que sí. Desde los 16 años que me junté fue sufrir, sufrir, sufrir. El primer día que nos casamos me dio un aventón en el patio y hasta por allá fui a dar [...] El día que nos casamos [risa penosa] (sic). GR3

Las situaciones anteriores son derivadas principalmente por duelos de abandono y muerte. Cuando las circunstancias son inesperadas provocan alteraciones emocionales que alejan a la persona de su realidad actual y les traen sentimientos de tristeza, desesperación, alejamiento de las otras personas o familia, aislamiento y deseos suicidas.

Algunos hacen referencia al vacío existencial como tiempos difíciles, desesperación o miedo por no saber qué pasaría después. “Sentía que el mundo se me venía encima” es la frase que más consterna, de lo referido por los participantes, pues es como experimentan ese sentimiento de vacío existencial, al igual que otros como la muerte del cónyuge, la violencia intrafamiliar, el abandono por parte de la pareja, la muerte de los padres y la pérdida de la salud. Asimismo, el encontrarse en situaciones de mucha complejidad, sin saber el rumbo que tomarían sus vidas, esto les hizo encontrar un sentido y aferrarse a algo para poder superarlas, ser resilientes y adaptarse a la nueva vida que tenían.

No comía y este, namás me metía así debajo de las cobijas y ahí cerraba por dentro. MS1

Unos participantes refieren sentirse a veces tristes y en algunos momentos desearían desaparecer, pero en medio de la crisis logran recordar o encontrar el por qué seguir día a día:

Sí, hay momentos en los que quisiera mejor renunciar a todo, porque hay momentos que me presionan mucho, entonces este [...] ay, no. LH2

Con todo lo anterior, reafirmamos lo que Lukas dice sobre la falta de sentido de vida, y es que da lugar a una frustración existencial en la que la persona se desespera. Por tanto, entre el vacío existencial y la desesperanza existe una relación estrecha: ambas remiten a un estado de ánimo y motivación, sentimientos y expectativas sobre el futuro caracterizados por la apatía, el cansancio, la falta de ilusión, la sensación de inutilidad de la vida, el fatalismo y la desorientación existencial, lo que puede llevar a la comisión de suicidio (Lukas, 2001).

Estaba loca [risa y pena]. Una vez, me encerré en el cuarto y me andaban busque y busque y yo encerradota, le digo, cuando me sacaron de ahí namás temblaba así [hace movimientos con las manos y los pies], todo este pie y esta mano [señala la derecha] y dijo el doctor que estaba a punto de que me diera,

que se me reventara una vena del cerebro y que iba a estar en estado vegetativo y me iban a internar, pero no me dejé tampoco. MS1

La culminación de todo este proceso sucede cuando se llega de manera concreta a una decisión y, desde esta, a una acción que constituye la integración plena de todos los aspectos del ser humano, la cual se expresa en ámbitos espirituales, tal como se ha visto en los resultados de las entrevistas, en las que las personas mayores mencionan a Dios como aquel que principalmente les confiere el sentido de vida y les da la fuerza para superar las situaciones difíciles sobre el sentido de vida.

Satisfacción

Todos, en algún momento, hemos experimentado dichas emociones que resultan sumamente importantes respecto a la autorrealización personal, profesional, familiar y social.

Al preguntar a los participantes si se sentían felices y satisfechos con su vida, sus respuestas fueron las siguientes:

Yo me siento feliz y satisfecha, porque a pesar de todo lo que viví y sufrí yo salí adelante sola, sin nadie que me ayudara, yo sola me las arreglé para que mis hijos crecieran. Ya ahora de grandes empezaron a trabajar y fue que me hicieron esta casa (sic). MV6

Pus ratitos triste, porque pus no hay con quién platicar y luego a veces me siento contenta cuando veo a estos niños [se refiere a los hijos de su sobrino], pero luego me siento bien triste cuando todo se me pone bien difícil, me siento triste porque ni con quién platicar, ni quién me diga esto o lo otro. LH2 90

Yo siento que mi vida sí ha ido bien, después de que superé de lo de mi marido. Todo lo demás se me hace fácil, yo como, mi nieta se queda conmigo, mi nuera viene a comer a mi casa o yo voy a la suya, el chiste es que no me dejan sola, que yo estoy bien. Feliz de la vida, gracias a Dios (sic). MS1

Podemos observar expresiones de conformismo y de algunos deseos frustrados, pero pese a ello, como se mencionó anteriormente, se sienten satisfechos con su vida y sienten felicidad, aunque a veces las circunstancias no sean favorables.

En la siguiente expresión se puede observar un deseo insatisfecho: “pues en una parte”.

Las personas mayores de la comunidad de San Luis sienten satisfacción por su trayectoria de vida, aunque muchos tuvieron que experimentar y soportar circunstancias sumamente fuertes y difíciles que mermaron sus expectativas, tales como la violencia doméstica en todos sus aspectos, duelos, carencias, estrés, entre otros. Aun así, encontramos expresiones como:

La vida pa' mí fue muy dura y muy triste, pero pus ora ya estoy aquí y ve, feliz de la vida disfrutando lo que antes no tuve. MV6

Las personas consideran que su vida es buena y que son felices con algunos momentos tristes y que comparten dicha experiencia con sus familias; algunos mencionan que no se arrepienten de nada. Su proyecto de vida va encaminado al cuidado de sus hijos y nietos, pues aun cuando los hijos ya son casados solicitan apoyo de sus padres. En cuanto al proyecto de vida, refirieron el cuidado a sus nietos y otras más comentaron dejárselo al creador. No se observó un vacío existencial.

Conclusiones

Se logró identificar que el sentido de vida de las personas mayores de la comunidad ha sido cambiante a lo largo de su trayectoria de vida. Debido a las respuestas obtenidas, la mayoría lo atribuye a Dios y al amor por sus hijos y, aferrados a ello, pudieron superar circunstancias y situaciones difíciles en diversas etapas.

Cabe mencionar por referencias de las informantes que en la comunidad se presenta un alto índice de machismo. Las mujeres refirieron que a partir de que se casaron sufrieron violencia de tipo física, psicológica y económica. Señalaron que dejaron de sufrirlo hasta que sus hijos fueron mayores y

podían defenderlas, cuando quedaron viudas. Tienen la idea de que el hombre debe ser el proveedor del hogar. Asimismo, todas las mujeres entrevistadas hicieron alusión a que al casarse sabían que se dedicarían para siempre al hogar, a tener hijos y a cuidar de ellos. Con el tiempo, y debido a las circunstancias que fueron experimentado, sus ideas se fueron modificando y, con ello, algunas se volvieron emprendedoras e independientes económicamente. Cabe señalar que los hombres expresaron ser quienes proveen seguridad económica y protección al hogar, pues tienen desde niños esta visión y la conservan hasta la actualidad.

Es importante mencionar que lo narrado por la persona adulta mayor interviene en los comportamientos y en la adherencia a los planes terapéuticos, sobre todo cuando existe pérdida del cónyuge, porque con ello se disipa la estabilidad económica, y si no existe una red de apoyo lo suficientemente sólida, una motivación, un plan de vida o un sentido, las personas viudas llegan a padecer depresión y muerte prematura. La mayoría de las personas mayores viven con su esposo o su esposa, y con uno o más familiares. Tomando en cuenta que es una comunidad con tradiciones marcadas por sus antecesores, la mayoría de las familias se hace cargo de sus integrantes mayores y, quienes viven solos, mencionan contar con una red de apoyo de familiares directos y cercanos, así como programas de gobierno (pensión para el bienestar y apoyos municipales).

Para futuras investigaciones, se recomienda elaborar historias de vida a fin de indagar cómo fueron tratadas las personas adultas mayores por sus padres y lo que tuvieron que enfrentar al ser niñas y adolescentes.

Referencias

- Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1990) (2004). Behavioral health and aging: Theory & research on selective optimization with compensation. *The Gerontologist. Perspectivas desde las ciencias del comportamiento* (pp. 1-34). Cambridge University Press.
- Birren, J., y Schroots, J. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of ageing. En J. E. Birren, K. W. Schaie, R. P. Abeles, M. Gatz y T. A. (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 3-23). Academic Press.
- Croquevielle, M. T., y Traverso, G. (2011). El análisis existencia de Alfred Längle. La conducta en una vida con aprobación y consentimiento. En E. Martínez (Ed.), *Las psico-*

- terapias existenciales (pp. 119-136). *Manual moderno*. https://laengle.info/userfile/doc/Croquevielle,-Traverso-2011-El_analisis_existencial_de_AL.pdf
- Dorony-Saturno, L. M. (2014). "La crisis del vacío existencial", desde la depresión hasta la liberación, una forma de expresión de la violencia social estructural, destructiva y aniquilante. *Revista de psicología GEPU*, 5(2).
- Frankl, V. E. (1984). *El sufrimiento de la vida sin sentido*. En *Ante el vacío existencial existencial* (pp. 9-38). Herder. <https://www.centrodesarrollopsicologico.com/m/1/02.filosoficos/01.existencialismo/08.Frankl/Viktor-Frankl-El-vacio-existencial.pdf>
- Frankl, V. E. (1994). *La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre logoterapia*. Herder.
- Lukas, E. (2001). *Paz vital, plenitud y placer de vivir. Los valores de la logoterapia*. Paidós.
- Ramos, L. A. (2015). *Una aproximación al significado del análisis existencial en la logoterapia de Viktor Frankl*. *Avances de psicología*, 23(2), 149-154. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/159/144>
- Zamora, B., y Olman, A. (2013). Un psicólogo en los campos de concentración. Breve semblanza de Viktor Emil Frankl (1905-1997). *InterSedes, Revista de las sedes regionales*, 14(28), 254-261.

11. Implementación del modelo Calgary en una familia de Chihuahua, México

[Implementation of the Calgary model in a family from Ojinaga, Chihuahua, Mexico]



JESÚS ABRAHAM VALLES-GUILLÉN*

YADIRA MEJÍA-MEJÍA**

KARLA PAMELA MORIEL-GALARZA***

EGLANTINA MICAELA ÁNGELES-GARCÍA****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.11>

Resumen

El modelo Calgary permite visualizar de forma general cómo está constituido el núcleo familiar e indagar en las necesidades de salud. La familia que tiene un integrante con enfermedad crónica tendrá mayor demanda de cuidados y su participación es un determinante para el éxito o fracaso de la adherencia al tratamiento. El objetivo fue implementar un plan de cuidado con base en el modelo Calgary, en una familia que tiene a un integrante que padece diabetes tipo 2 (DT2). Se describe la estructura interna, externa, contexto, representación genográfica, genomapa, valoración del funcionamiento familiar con su rubro instrumental y expresivo. Se utilizaron las taxonomías NANDA, NIC/NOC para el plan de cuidados familiar con acción participativa, previo consentimiento informado. Se identificaron tres diagnósticos NANDA: procesos familiares disfuncionales, deterioro de la movilidad física y desequilibrio nutricional. Asimismo, se reconocieron los saberes previos sobre los padecimientos y se aclararon dudas con el apoyo de métodos didácticos para garantizar el aprendizaje. Finalmente, se

* Maestro en Enfermería. Trabajador activo en el área hospitalaria de la Secretaría de Salud en Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9147-9853>

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9466-3646>

*** Doctora en Ciencias de Enfermería. Docente de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4813-9653>

**** Doctora en Salud Pública. Miembro del grupo de investigación disciplinar Salud Comunitaria de la Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0621-7377>

realizaron ejercicios pasivos y activos para la madre, se explicó el plato del buen comer, ingesta de verduras para mejorar la alimentación diaria y se profundizó la dieta DASH en beneficio de los integrantes con DT2. El modelo Calgary es efectivo para realizar valoración familiar y abordar, a través de sus componentes, las necesidades específicas de las personas. También le permite a la enfermera analizar los recursos disponibles e interactuar con el cuidador principal para involucrarse en el cuidado. Los profesionales de enfermería deben realizar intervenciones en el primer nivel de atención para mejorar las condiciones de vida de las personas.

Palabras clave: *enfermera, estructura familiar, diabetes mellitus tipo 2, taxonomía.*

Introducción

La familia es un grupo de personas que comparten una carga genética similar y conviven en un entorno social, cultural y político, los cuales influyen directamente en sus valores humanos y relaciones externas. El modelo Calgary se caracteriza con tres categorías principales: la estructura, el desenvolvimiento y la funcionalidad, para identificar las necesidades en salud que permitan realizar el plan de intervención familiar (Wright y Leahey, 2012). Cuando un integrante de la familia presenta una enfermedad crónica, tendrá mayor demanda de cuidados, afecciones psicosociales y cambios en sus actividades diarias, lo cual repercute en los cuidadores e integrantes de la familia (Montelo et al., 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) refiere a que la diabetes tipo 2 (DT2) es una de las epidemias de mayor prevalencia a nivel global, con más de 500 millones de adultos con esta condición. Si continúa en crecimiento, para el año 2045, este número aumentará a 784 millones. La DT2 es considerada un problema de salud pública, la cual provoca que los recursos del gobierno se enfoquen en el tratamiento y control de las

personas que afectan la sustentabilidad socioeconómica de los países (Blanco et al., 2021).

La red de apoyo es una piedra angular para el éxito o fracaso de la adherencia al tratamiento, una familia disfuncional con nula información sobre la patología comparte estilos de vida poco saludables, sedentarismo y conductas nocivas para la salud que se consideran una limitante negativa que genera alteraciones metabólicas y funcionales (Flores et al., 2019).

La Asociación Americana de la Diabetes (ADA, 2023) refiere que los cambios de conducta de las personas deben enfocarse en: mantener un peso ideal, realizar actividad física, realizar un plan nutricional de acuerdo con las necesidades energéticas, evitar el consumo de tabaco y de alcohol, y en monitorizar la glucosa de manera constante. Por otra parte, los profesionales de enfermería deben de brindar información a la persona y a su familia, con la finalidad de que conozcan sobre las intervenciones necesarias y del plan terapéutico a seguir en el domicilio, para así evitar el retorno hospitalario y disminuir las complicaciones macro y microvasculares. Por lo tanto, la presente investigación tuvo como objetivo implementar un plan de cuidado con base en el modelo Calgary, en una familia que tiene a un integrante que padece DT2.

Método

Se utilizó el modelo Calgary para realizar la valoración de una familia que tiene un integrante con DT2. Mediante la entrevista y registros en el diario de campo se describió la estructura interna, externa, contexto, representación genográfica, genomapa y valoración del funcionamiento familiar con su rubro instrumental y expresivo. El abordaje se realizó en el domicilio de la familia ubicado en el municipio de Ojinaga, Chihuahua, y se utilizaron seudónimos para mantener el anonimato, previo consentimiento informado. Se identificaron diagnósticos de enfermería por medio de la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), mientras los resultados se ajustaron a la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) con la escala de medición: 1 nunca, 2 raramente, 3 a veces, 4 frecuentemente y 5 siempre, para los diagnósticos

1 y 3; y para el diagnóstico 2: 1 ninguno, 2 escaso, 3 moderado, 4 sustancial y 5 extenso. Para realizar las intervenciones se utilizó la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Resultados

Valoración de la estructura familiar

Estructura interna

La familia está compuesta por el padre, la madre y seis hijos. En la residencia familiar cohabitan los padres y dos hijos; a un lado de la vivienda principal habita la tercera hija.

Estructura externa

La madre es el sujeto seleccionado con mayor necesidad de cuidados, su edad es de 61 años y su grado de estudios llega a nivel preparatoria, presenta los siguientes antecedentes médicos: diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial sistémica (HTA), hemiplejia como secuela de evento cerebrovascular, insuficiencia venosa y úlceras por presión en la zona sacra. Mantiene hábitos alimenticios poco saludables y el familiar principal refiere que la madre no sigue el tratamiento dietético, además de que sufre de insomnio y permanece en cama la mayor parte del día. Desde que presentó complicaciones en su estado de salud se vio afectada en sus relaciones y acciones de vida cotidiana.

El tipo de familia está constituida como familia extensa. JM (padre), con 67 años de edad y nivel de estudios de carrera técnica, jubilado, se encontraba encargado de una iglesia cristiana como pastor, pero hace seis meses dejó el cargo para cuidar a su esposa. Presentó infarto hace 5 años, su tratamiento farmacológico consta de Losartán de 50 mg cada 12 horas. Acude cada 2 meses a su control médico familiar. El hijo mayor es casado, tiene dos hijos JM y NM, y viven en la ciudad de Chihuahua. Su grado máximo de estudios es la preparatoria y trabaja en una empresa privada, las visitas

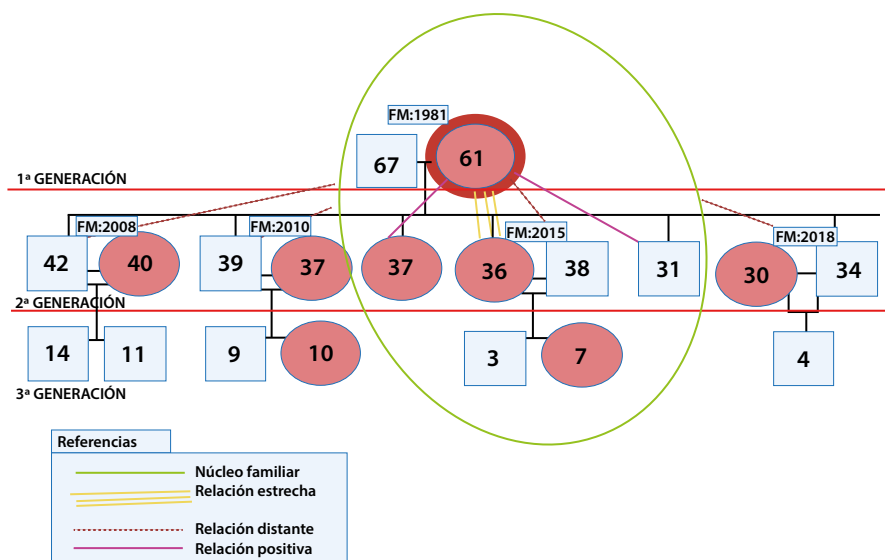
a los padres son mínimas. El segundo hijo, LMF, está casado con IF, con quien tiene dos hijos, AM y PF. Vive en la ciudad de Chihuahua, cuenta con estudios de secundaria, trabaja en una empresa maquiladora y está diagnosticado con HTA y obesidad grado II. Se expone que la interacción con el núcleo familiar es mínima.

La tercera hija es GMF, soltera y sin hijos, padece sobrepeso y HTA. Trabaja en una empresa agrícola, asiste con sus padres los fines de semana y después retorna a su trabajo los lunes; la empresa le ofrece una vivienda que cuenta con todos los servicios sanitarios. La cuarta hija es MMF, casada con CM, con quien tiene dos hijos, CF y LM. Trabaja para el Gobierno Federal en una institución y está diagnosticada con HTA; vive a un lado de la casa de los padres y es considerada como la líder del cuidado para su madre. El quinto hijo es DMF, soltero y sin hijos, tiene dos trabajos en una empresa privada de lunes a viernes en el turno matutino, sábados y domingos tiempo completo en empresa del Gobierno Federal; vive en casa de sus padres y padece obesidad grado I. La sexta hija es EMF, quien está casada con AM y tiene un hijo de nombre EM; vive fuera del país y visita escasas veces a sus padres debido a la situación laboral y lejanía; tiene estrecha relación por medios digitales.

Contexto

La familia MADO es mexicana, de raza mestiza, culturalmente influenciada por la religión cristiana con una base sólida de valores y profesante de su creencia; mantiene una unidad familiar y se identifica como una familia amorosa. Su domicilio se localiza en el municipio de Ojinaga. Para llegar al hogar debe de tomar un camino de terracería, hasta un terreno que compró el padre y donde fue construyendo su casa. Su situación económica es de un nivel medio-bajo, aunque cuentan con los servicios básicos como drenaje, agua y luz. Cada integrante cuenta con teléfono móvil e internet, y asisten a la iglesia por lo menos una vez a la semana. No se encontraron factores negativos para el desarrollo personal de cada integrante, pues mantienen su privacidad y la toma de decisiones personales es autónoma sin influencia de otro integrante de la familia. En la figura 11.1 se muestra la representación geográfica.

Figura 11.1. Representación geográfica familiar



Nota: la representación genográfica se ilustra con todos los integrantes de la familia: la primera generación ilustra a los padres; la segunda generación son los hijos y la tercera generación los nietos. Los cuadros azules representan al género masculino y los círculos rosas al femenino, mientras que el círculo doble ilustra nuestro sujeto con mayores necesidades de cuidado. Dentro de cada gráfico se visualiza la edad. Finalmente, el acrónimo FM significa fecha de matrimonio y las líneas conectadas a los gráficos representan la relación del integrante con el sujeto.

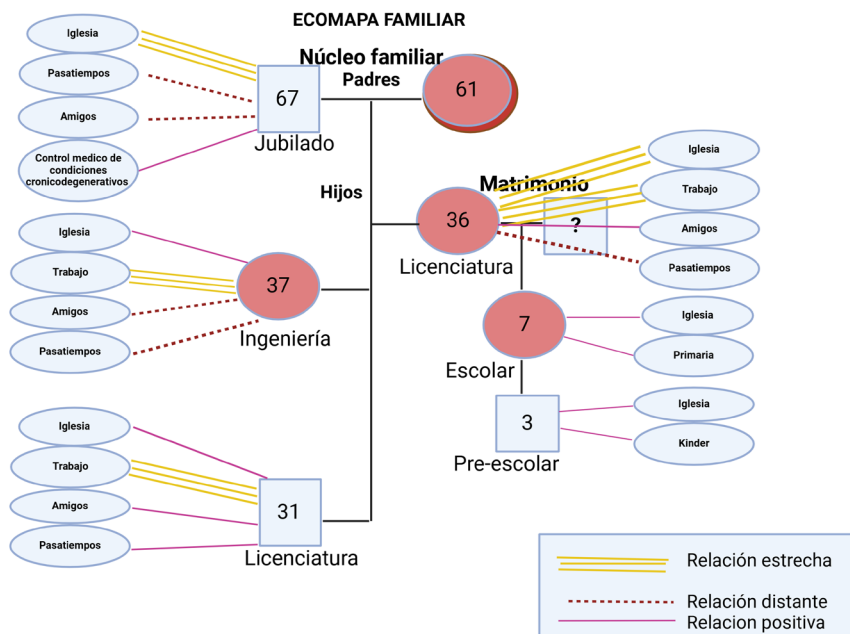
Valoración del desenvolvimiento de la familia

Las tareas del hogar están divididas por el esposo, quien realiza las labores domésticas; también es el encargado de la alimentación para la esposa y nietos. La hija, MMF, prepara la cena, además asiste en el baño y cambio de ropa de cama de la madre, puesto que su jornada laboral es matutina y en parte vespertina. El hijo, DMF, por sus dos trabajos, refiere que solamente en ocasiones ayuda por la mañana a asear la casa. La hija, JMF, es la encargada de labores domésticas, cuidado de sobrinos y asistencia para la higiene de la madre los fines de semana.

La participación de los hijos, GMF y LMF, es nula por sus trabajos y situaciones familiares. Igual es el caso de EMF, que vive fuera del país. Los

principales entrevistados fueron MF, sus dos hijos MMF y DMF, con participación activa y resolución de dudas en todo momento.

En representación del ecomapa (figura 11.2), las interacciones sociales de los padres son de vínculo negativo, ya que no se cuenta con actividades recreativas más allá de la asistencia a la iglesia y de las consultas médicas. Sin embargo, poseen un vínculo muy fuerte con la fe que profesan, pues cada sesión espiritual genera satisfacción y confort personal a pesar de estar en una situación complicada por la DT2. El señor JM está jubilado y con el apoyo económico de JMF y DMF distribuye los gastos del hogar. El integrante más importante es la hija MMF, ya que se encarga de organizar la agenda de citas médicas con la madre, establecer los horarios de los medicamentos y planificar las salidas del hogar de los padres.



Nota: el ecomapa familiar ilustra la relación que tienen los integrantes del núcleo familiar con sus actividades diarias recreativas y laborales, informa de igual manera el grado de estudios de cada integrante. Dos hijos se encuentran solteros conviviendo en el hogar y la hija MMF tiene su vivienda a un lado, con su esposo e hijos que se incluyen por su estrecha convivencia en la residencia principal.

Valoración del funcionamiento familiar

Dentro del rubro instrumental, se describen las actividades diarias de los sujetos de estudio. Se inicia con la madre, ya que es el sujeto más importante para abordar en nuestra investigación. Ella inicia el día con un desayuno, el cual es llevado a la cama por su esposo, después él realiza los cambios de posición corporal, cambio de pañal y brinda los medicamentos. Una vez terminadas las actividades higiénico-dietéticas, se describen los dinamismos recreativos de la madre: observar la televisión la mayor parte del día. A la hora de comer, de igual manera le llevan el alimento directamente a la cama los integrantes de la familia, ellos priorizan en los cuidados higiénicos. Existe más interacción social al momento de la llegada de los nietos, quienes juegan con ella en su cama. En esos momentos, realiza tareas en conjunto como pintar y dibujar, por la noche llega la hija MMF, quien prepara la cena y el baño en cama para su madre, y procede a limpiar las úlceras por presión del área sacra. Finaliza su participación al dar los medicamentos, toma de signos vitales con aparatos electromédicos y permite el descanso.

El esposo inicia su día elaborando el desayuno y continúa con las actividades domésticas del hogar. Cuando llegan de los nietos, juega con ellos y presta atención de que no vayan a lastimarse en la vivienda, está al pendiente de los cuidados higiénicos de la esposa y tiene mayor actividad social cuando ingresan los hijos a la vivienda, además apoya a los integrantes de la iglesia cristiana con asesorías para la resolución de problemas. Sale del domicilio únicamente cuando hay reunión en la iglesia o ante una cita médica en la institución hospitalaria. Refiere no tener salidas con amigos o pasatiempos más allá de la responsabilidad del cuidado de su familiar.

La hija JMF es la encargada del cuidado de su madre los fines de semana, asiste a las reuniones de la iglesia en familia y además disfruta el tiempo con sus sobrinos; comenta tener pocos amigos en la ciudad. De lunes a viernes se dedica únicamente al trabajo y su principal actividad recreativa es ver televisión en las plataformas de contenido multimedia. No realiza actividad física, refiere proporcionar alimentos chatarra no incluidos en las

indicaciones dietéticas de la madre y sobrinos para compensar el tiempo que asiste a cuidarlos.

El hijo DMF es el encargado de la limpieza los días que no está trabajando, ayuda a la movilización de la madre en cama y la asiste cuando tiene consulta con el médico en los servicios de salud. No realiza actividad física y refiere consumir comida rápida por falta de tiempo para preparar en casa. Su jornada inicia a las 8:00 am, tiene dos horas de comida en las que regresa al hogar, para después regresar a su trabajo, tiene salidas con amistades una o 2 dos veces por semana a restaurantes y bares. Es soltero.

En relación con lo anterior, el estilo de vida poco saludable como el sedentarismo, la falta de actividades recreativas, el ineficaz manejo de la herida en el sacro y la desinformación sobre la DT2 y HTA, puede conducir a complicaciones de salud más graves en los integrantes de la familia.

Valoración funcional expresiva

Se observó la dificultad del sujeto principal MF para canalizar emociones, por lo que no comunica su sentir y los sentimientos presentes de su situación de salud. Hace seis meses, aproximadamente, perdió las habilidades de la marcha y autonomía de movilidad del lado derecho. Sus familiares comentan que no desea acudir a atención psicológica especializada para manejar el duelo, ya que no expresa cómo ha sido para ella vivir con la pérdida de su calidad de vida. Sus hijos comentan que nunca han visto a la madre llorar o quejarse de su situación y que sólo expresa dolores físicos.

En cuanto a los roles familiares, MF contribuye a la crianza de sus nietos y al cuidado de ellos desde su cama. Los hijos cuentan con matrimonios sólidos, mientras que la hija MMF es la responsable de la organización de la atención médica de su madre, además de tener mayores conocimientos para el cuidado, gracias a que sabe medir la glucosa, tomar signos vitales y realizar curación de heridas. A pesar de las largas jornadas laborales todos los integrantes contribuyen al cuidado de la madre en casa. Los hijos mayores y la hija menor, al vivir fuera de la ciudad, contribuyen al cuidado de la madre apoyando económicamente para el material y el medicamento.

Plan de cuidado familiar

Se identificaron tres diagnósticos NANDA. El primero clase 02: relaciones familiares, procesos familiares disfuncionales, factores relacionados con las habilidades de afrontamiento inadecuadas y habilidades ineficientes para la solución de problemas. NOC es el apoyo familiar durante el tratamiento. Se consideró como indicador que los miembros de la familia expresara deseo de apoyar y colaborar en la determinación de los cuidados de la persona que padece DT2, pues el deseo de auxiliar obtuvo una calificación de 3 y una meta de 5.

NIC de enseñanza: proceso de enfermedad evalúa el nivel de conocimientos de la persona relacionado con su enfermedad. Identificar lo que ya ha hecho para controlar los síntomas y describir los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones, controlar el proceso de la enfermedad, enseñar al paciente medidas para controlar y minimizar síntomas, entre otros.

Se trabajó con la familia partiendo de la información que tenía cada integrante sobre la DT2. En esta intervención se utilizó material didáctico, mediante el cual se realizaron preguntas detonantes y al finalizar la participación se aplicó un cuestionario, gracias al cual se detectaron mitos sobre el desarrollo de las complicaciones de la DT2 y HTA. En esta fase se realizó en conjunto un registro de los signos de híper e hipoglucemia, del manejo de insulina, del manejo de heridas, de la clasificación de la HTA y de los daños macro y microvasculares con lenguaje no técnico.

En el segundo diagnóstico NANDA: actividad/ejercicio, el diagnóstico: deterioro de la movilidad física; factores relacionados: estilo de vida sedentario y características definitorias; se consideraron los cambios en la marcha. NOC es el conocimiento de la actividad prescrita. Se manejaron indicadores como el propósito de la actividad: estrategia para el incremento gradual y beneficios de la actividad y del ejercicio, con una calificación de 2 y una meta de 4. NIC: terapia de ejercicios, movilidad articular y terapia de actividad para ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo, enseñar al paciente/familiar a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimientos pasivos o activos, fomentar que se siente en la cama, en un lado de la cama o en una silla,

según su tolerancia, así como ayudarlo a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.

También se le debe ayudar a que programe periodos específicos de actividad de diversión en la rutina diaria. Ayudar a la familia a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos. La familia cuenta con la mayoría de los integrantes con algún padecimiento crónico. Es bien conocido que la persona con DT2 e HTA está obligada a realizar actividad física por lo menos 30 minutos al día, por lo cual se realizaron los ejercicios pasivos y activos para la madre haciendo hincapié en que deben realizarse diariamente. A los familiares, por su parte, se les indicó actividad física como caminatas que pueden hacer en casa o bien dentro de la colonia. Lo importante es cumplir con el tiempo establecido.

Tercer diagnóstico clase d: nutrición. Diagnóstico: desequilibrio nutricional con ingesta superior a las necesidades. Factores como el aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, patrón de alimentación disfuncional. NOC de conducta adhesión: dieta saludable, indicadores; establecer objetivos dietéticos alcanzables y seleccionar alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas. Calificación 2 y una meta de 4. NIC: manejo de los trastornos de la alimentación. Se debe enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con el paciente y vigilar la ingesta diaria de alimento calórico. Asimismo, se debe proporcionar apoyo (terapia de relajación, ejercicios de sensibilización y oportunidades de hablar con los sentimientos), pues a medida que el paciente incorpora nuevas conductas de alimentación, cambia su imagen corporal y su estilo de vida. Finalmente, es necesario que se clasifiquen desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de su líder, y se atiendan a las necesidades del grupo como un todo, así como las necesidades de los miembros individuales.

Con el apoyo de material digitalizado, se realizó la intervención a la familia. Lo primordial fue identificar los alimentos prohibidos, ya que se encontraron diversos productos no adecuados. Se les explicó los alimentos que generan descontrol en la glucosa y elevación de la presión arterial y no contienen los nutrientes necesarios. Asimismo, se les habló sobre el plato del buen comer y la ingesta de verduras para mejorar la alimentación diaria. En este caso, se profundizó la dieta DASH en beneficio de los integrantes con

enfermedad crónica y se hicieron compromisos familiares, ya que si todos son parte del cambio será más difícil el fracaso.

Conclusiones

El modelo Calgary es efectivo para realizar la valoración familiar y abordar a través de sus componentes, las necesidades específicas de las personas sin olvidar que la familia es un sistema único y genuino. El conocimiento familiar permite proponer un plan de cuidados más viable y oportuno para la persona que padece complicaciones de la DT2 y permite a la enfermera analizar los recursos disponibles al momento de interactuar con el cuidador principal en su hogar. Con ello, permite mejorar el estado de salud de las personas por medio de un ambiente de total confianza.

Para identificar resultados significativos después de una intervención familiar, se requiere considerar el tiempo y realizar el seguimiento. En el caso de la familia MADO, se encontraron mitos sobre la DT2, los cuales fueron resueltos con información verídica y además se establecieron metas claras y fáciles de seguir por los integrantes.

Los profesionales de enfermería deben realizar intervenciones en la comunidad para mejorar las condiciones de vida de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles y falta de información. Se comprobó que el modelo Calgary es una herramienta de apoyo para la enfermera que le permite identificar las necesidades que requieren mayor necesidad y el o los integrantes con mayor necesidad de cuidados.

Referencias

- Blanco, E., Chavarría, G., y Garita, Y. (2021). Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. *Revista Médica Sinergia*, 6(2), e639. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.639>
- Casas, P., Ramírez, E., Guillén, R., Sánchez, A., y Sánchez, S. (2016). *Salud familiar y enfermería*. El Manual Moderno.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2019). *Diseño conceptual*. <https://ensanut.>

- insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
- Flores Garnica, A., Casas Patiño, D., Maya Martínez, M. de los Á., Sánchez Repizo, Y., y Rodríguez Torres, A. (2019) Representaciones sociales de la dieta en pacientes con Diabetes Mellitus controlada y descontrolada. *Interfaces Científica*, 7(2), 73-90. <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2019v7n2p73-90>
- Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Edición 2019. https://revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
- Herdman, H., y Kamitsuru, S. (2021-2023). *NANDA Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación*. Elsevier.
- Kim, H., y Andrade, F. (2016). Diagnostic status of hypertension on the adherence to the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *Preventive Medicine Reports*, 4, 525-531. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.09.009>
- Montelo, H., Dos Santos, K., y Silva, S. (2014). Modelo Calgary de evaluación de la familia: experiencia en un proyecto de extensión. *Cogitare Enfermagem*, 19(3), 536-544. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32729/23239>
- Peres, P., Rodrigues, E., Araújo, E., Amaral, L., Chaves, M., y Bezerra, A. (2016). Evaluation of families with two or more mastectomized women: a case study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(1), 83-95.
- Sánchez, C., Pichardo, E., y López, P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140(S2), 3-20.
- Valdespina, C. (2018-2020). *Clasificaciones NANDA, NOC, NIC. SALUSPLAY*.
- Wright, L., y Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). Roca.

12. Modelo explicativo del dolor musculoesquelético en personal de enfermería, estrategias de afrontamiento y calidad de vida

[Explanatory model of musculoskeletal pain in nursing staff, coping strategies, and quality of life]



JORGE GABRIEL TUZ-COLLI*

YOLANDA FLORES-PENA**

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.12>

Resumen

El dolor musculoesquelético (DME) es la principal causa de ausentismo e incapacidad en el personal de enfermería. Abordarlo mediante el modelo de adaptación de Roy (2008) se consideró de interés para explicar cómo el personal de enfermería se adapta al DME.

El objetivo fue proponer un modelo explicativo del DME basado en el modelo de adaptación de Roy (MAR). Para ello, se siguió el procedimiento de formalización propuesto por Fawcett (1999): 1. identificación de conceptos; 2. clasificación de conceptos de la teoría de rango medio (TRM); 3. identificación y clasificación de las proposiciones de la TRM, significado empírico en términos observables y medibles; 4. organización jerárquica de las proposiciones en conjuntos; y 5. construcción del diagrama conceptual teórico empírico. Resultados: se desarrolló el modelo teórico de adaptación al DME en personal de enfermería, en el que el DME es el estímulo focal. Los modos adaptativos fueron: (a) fisiológico: fatiga física; (b) función del rol: ausentismo laboral y presentismo; y (c) autoconcepto: estrés, ansiedad y depresión. Entre las estrategias de afrontamiento al DME, la automedicación y espiritualidad, entre otras, la variable resultante es la adaptación y sus indicadores son calidad de vida, agotamiento emocional y despersonalización. El DME que padece el

* Doctorante en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Campeche. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1710-1428>

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora titular de la Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6200-6553>

personal de enfermería puede ser analizado y guiado por el modelo de adaptación de Roy.

Palabras clave: *dolor musculoesquelético, personal de enfermería, estrategias de afrontamiento, adaptación.*

Introducción

El dolor musculoesquelético (DME) es de gran prevalencia a nivel mundial, representa un grave problema de salud pública, dado que afecta hasta a 33% de las personas a lo largo de la vida (Soler-Font et al., 2019). Asimismo, es la principal causa de ausentismo por enfermedad en los trabajadores de la salud, principalmente en el personal de enfermería. El DME es el dolor agudo o crónico que afecta huesos, músculos, ligamentos, tendones e incluso nervios, asociado a los trastornos musculoesqueléticos (TME). El síntoma común en estas lesiones es el dolor (El-Tallawy et al., 2021; Zhang et al., 2020), que incluye el dolor de espalda, dolor de cuello, hombro, la osteoartritis, la artritis reumatoide y el dolor asociado a esguinces musculares, fracturas, traumatismos entre otros (El-Tallawy et al., 2021).

El personal de enfermería vive un proceso de trabajo arduo, agotador física y psicológicamente, por lo cual el DME impacta en su actividad laboral. En casos graves o crónicos puede llegar a incapacidades temporales o permanentes de tipo parcial o total, lo que ocasiona jubilaciones tempranas y déficit de recursos humanos, que a su vez influye en la disminución de la productividad, así como en la calidad y seguridad que se brinda a los usuarios (Ley Federal del Trabajo [LFT], Art. 477; OMS, 2020, 2022; U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 2016).

En Europa, se reportó que 39 000 trabajadores de la salud experimentaron DME, la mayor prevalencia se reportó en el personal de enfermería (37%). En Estados Unidos se reportó una prevalencia de 74% en una muestra de 1 163 enfermeras en Illinois y Nueva York (Trinkoff et al., 2002). La evidencia en estudios señala que los trabajadores de enfermería tienen cuatro veces más riesgo de presentar TME en comparación a los trabajadores del sector industrial. Igualmente, la incidencia de dolor lumbar en auxiliares de

enfermería es mayor en comparación con otras ocupaciones que implican mayor carga física, como los trabajadores de la construcción y los recolectores de basura (Fernández et al., 2014; Thinkhamrop et al., 2017).

La prevalencia del dolor lumbar (DME) se incrementa en edades de 35 a 55 años y, a medida que la población mundial envejece, aumentará debido al deterioro de los discos intervertebrales. Se estima que 3.5% de las enfermeras han abandonado la profesión debido al dolor de espalda (Moussa et al., 2015). En México, la investigación sobre el DME en el personal de enfermería es limitada. Se ha reportado poca información sobre su prevalencia, asociaciones, estrategias de afrontamiento y se carecen de datos actuales. Según la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), en el 2018 el DME en la mayoría de los casos fue atribuible a TME.

Al presentar DME el personal de enfermería inicia el proceso de adaptación mediante estrategias de afrontamiento para aliviar el dolor y respuestas adaptativas que podrían tener repercusiones en su calidad de vida y en su atención de los usuarios. Sin embargo, hasta ahora la investigación sobre el tema se ha centrado en la prevalencia y al estudio de los factores de riesgo, incluyendo los psicosociales, demográficos, físicos, mentales y laborales. También se encontró que el DME puede asociarse a estrategias de afrontamiento poco exploradas, como la automedicación y la polifarmacia, y a conductas como el presentismo, el agotamiento emocional y la despersonalización (respuestas adaptativas ineficaces). Otros estudios señalan que el personal de enfermería adopta diversas estrategias individuales para afrontar el dolor, ya que este puede afectar el desempeño laboral y tener repercusiones en su bienestar biopsicosocial y espiritual.

La revisión de la literatura ha demostrado que existen modelos o teorías relacionadas con el dolor, pero estos se centran en el dolor crónico en adultos mayores (Dunn, 2005; Nawai, 2019), así como en explicar los mecanismos biológicos y biomecánicos de su origen (Araya y Pinto, 2018). Existen pocos modelos o teorías de enfermería que expliquen el fenómeno del DME desde una visión holística. El DME es un fenómeno multifactorial, por lo que es necesario enmarcarlo bajo un modelo teórico que permita describir y esquematizar las relaciones/efectos, así como las variables de resultado. En consecuencia, se determinó utilizar el MAR, ya que es un modelo teórico que explica cómo las personas responden a los cambios de su entorno de

manera integral (adaptación). Sus conceptos de *estímulos*, *afrontamiento*, *respuestas adaptativas* y *adaptación* se relacionan con la evidencia empírica relacionadas con DME. Por lo tanto, el propósito de este estudio es proponer un modelo explicativo denominado modelo de adaptación al DME en personal de enfermería (MADME-PE), basado en el MAR (2008). Debido a esto se desarrolló una teoría de rango medio para el conocimiento científico de la disciplina de enfermería lo que ha aportado una base teórica para el cuidado en el ejercicio profesional y calidad de vida del personal de enfermería.

El modelo de adaptación de Roy

El modelo de adaptación de Roy guió esta propuesta. En este apartado se describen los conceptos de la teoría madre: estímulos, procesos de afrontamiento, respuestas adaptativas y el concepto general de adaptación. Para Roy, el ambiente son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y conducta de la persona. Estas condiciones las refiere como estímulos. Los estímulos son aquellos que provocan una respuesta. El estímulo es externo, cuando proviene del ambiente, o interno, cuando ha sido originado en el ambiente del propio organismo. Los estímulos se clasifican en focal, contextual o residual: “Los estímulos del entorno externos e internos activan los procesos de afrontamiento” (Roy, 2008, p. 50). El estímulo focal es el más cercano a la conciencia de una persona, pues lo enfrenta inmediatamente la persona y requiere de toda su atención y energía en un momento determinado. Los estímulos contextuales están presentes en una situación dada y contribuyen al efecto del estímulo focal, no demandan toda la atención de la persona, pero sí influyen en la situación. Los estímulos residuales son aquellos cuyos efectos son inciertos en una situación dada e involucran las creencias y actitudes sobre los que la persona no tiene conciencia. Cuando se conoce la fuente del estímulo, este deja de ser un estímulo residual y se vuelve contextual o focal (Roy, 2008, p. 36).

Los procesos de afrontamiento se definen como formas innatas o adquiridas que responden a los cambios ambientales. Los procesos de afrontamiento innatos son genéticamente determinados y vistos como procesos automáticos e inconscientes. Roy los nombra subsistema regulador y cog-

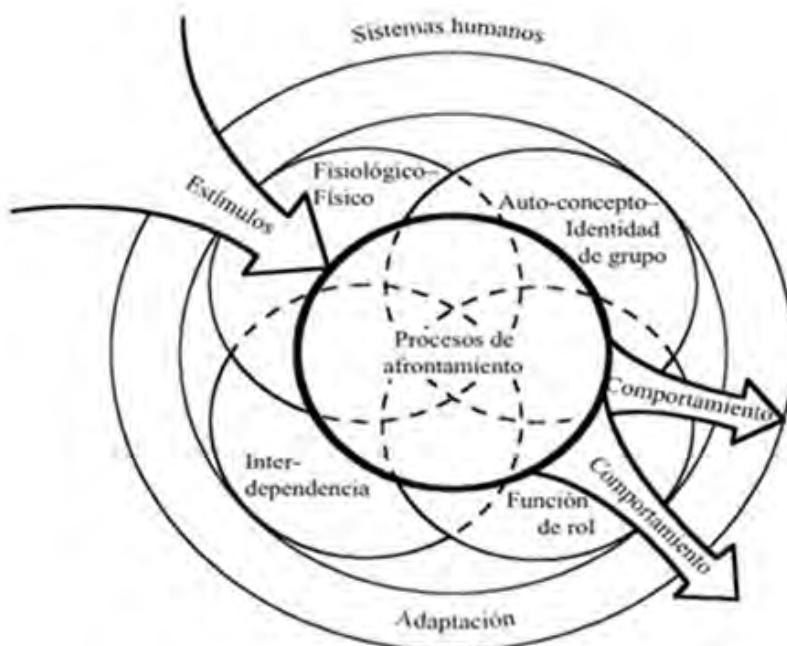
nator. El regulador y el cognator son los subsistemas capaces de responder e influir al ambiente cambiante. El subsistema regulador se representa mediante procesos neurológicos, químicos y endocrinos. Los estímulos del ambiente interno y externo actúan como entradas al sistema nervioso que repercuten en fluidos, electrolitos, balance ácido-base y sistema endocrino, lo cual produce respuestas fisiológicas. Los procesos de afrontamiento adquiridos son desarrollados por medio de estrategias de aprendizaje, juicio y emociones. El subsistema cognator comprende habilidades humanas para pensar, sentir y actuar, y se refleja mediante cuatro canales cognitivo-emocionales: percepción y proceso de información, aprendizaje, juicio y emoción. El proceso de la información perceptiva incluye actividades de atención selectiva, codificación y memoria (Roy, 2008, p. 41).

Las respuestas adaptativas se presentan en cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia. Las conductas en el modo fisiológico se asocian con los procesos físicos y químicos correspondientes a la función del organismo, pues se manifiestan por medio de las funciones fisiológicas de células, tejidos, órganos y sistemas del cuerpo humano, en los que se presentan procesos complejos para la integridad fisiológica. Las conductas en el modo de autoconcepto se refieren a aspectos psicológicos y espirituales de la persona. El autoconcepto involucra el compuesto de todas las creencias y sentimientos que la persona tiene acerca de sí misma en un tiempo determinado, y se divide en dos componentes: el yo físico y el yo personal. El modo de función del rol es un conjunto de lo que se espera que haga una persona que ocupa una posición determinada cuando se relaciona con otra que ocupa otra posición. La función del rol incluye la posición, el desempeño y el dominio del rol. En el desempeño del rol, se enfocan específicamente los roles que la persona ocupa en la sociedad. Roy divide los roles en tres: primarios, secundarios y terciarios. El modo de interdependencia se relaciona con las interacciones cercanas de las personas con el propósito de satisfacer las necesidades de afecto, desarrollo y recursos para lograr integridad en las relaciones.

Para Roy la adaptación es el proceso y resultado gracias al cual aquellas personas que tienen la capacidad de pensar y sentir optan conscientemente por integrarse a su entorno, ya sea como individuos o grupos (Roy, 2008, p. 28). El MAR sostiene que los comportamientos o respuestas pueden cons-

tituir estímulos que entran nuevamente en el proceso de afrontamiento, mediante el proceso de retroalimentación. Las respuestas pueden ser adaptativas que promuevan la integridad de la persona, o ineficaces que no contribuyen a la integridad del sistema humano. A continuación, se describe la representación gráfica de los sistemas humanos del MAR.

Figura 12.1. *Sistemas humanos de acuerdo con el modelo de adaptación de Roy (2008)*



Método

Para el desarrollo del MADME-PE se siguió el proceso de formalización conceptual-teórica-empírica (CTE) que permite la identificación de los conceptos y proposiciones que componen un modelo conceptual, así como de aquellos que conforman una teoría de rango medio y la identificación de los indicadores empíricos de investigación. Se siguieron los cinco pasos con base en el método de Fawcett (1999).

Paso 1: identificación de conceptos

En este paso se identificó el modelo conceptual y los conceptos que guiaron el desarrollo de la teoría de rango medio (TRM). También se identificaron y clasificaron los conceptos a probar. El modelo conceptual fue el MAR. Para el desarrollo de esta propuesta, los conceptos que se emplearon fueron los siguientes: estímulo focal y contextual; de los procesos de afrontamiento se abordó el cognator; de las respuestas adaptativas los modos fisiológico, función de rol y autoconcepto; y el concepto general de adaptación. Los conceptos que comprenden la propuesta del MADME-PE se nombran en el paso dos.

Paso 2: clasificación de conceptos de la teoría de rango medio

En este paso se clasificaron los conceptos de MADME-PE con base en su grado de observación empírica y las características de medición. Los conceptos se clasificaron de acuerdo con el *continuum* de observabilidad de Kaplan (1964), que indica qué tan directamente es observable un fenómeno. Para este estudio, el estímulo focal está representado por la presencia, la duración, la intensidad y localización del DME, que puede observarse indirectamente debido a que no es posible de manera directa. Para la aproximación de este concepto la presencia, duración y localización será registrado en un cuestionario nórdico estandarizado de percepción de síntomas musculoesqueléticos (NMQ, por sus siglas en inglés) (Kourinka et al., 1987) y la intensidad con la escala visual análoga (EVA).

El estímulo contextual está representado por los siguientes factores o características: biológicos (el sexo, la edad, la comorbilidad e índice de masa corporal [IMC]); sociodemográficos (estado civil y nivel académico); estilos de vida (horas de sueño y actividad física); psicosocial (fumar, consumo de alcohol y conocimientos de ergonomía); y laboral (carga de trabajo, turno, horas laboradas, días laborados, antigüedad, servicio hospitalario, categoría, uso de equipo de protección personal [EPP]). Estos factores son conceptos no observables que serían documentados mediante la cédula de datos contextuales que incluyen los conceptos biológicos, sociodemográficos, estilos

de vida, psicosocial y laborales. La variable IMC es un concepto observable que se obtiene por la medición del peso corporal en kilogramos y la talla en metros.

Se seleccionó el proceso de afrontamiento del subsistema cognator que está representado por la automedicación, polifarmacia, consulta médica y terapias alternativas, dado que son algunas de las opciones a las que recurre el personal de enfermería ante el DME. Se consideran conceptos no observables directamente y pueden ser documentados en un cuestionario estructurado de consumo de medicamentos y terapias alternativas. Otra estrategia es la espiritualidad, que puede ser documentada por el cuestionario de perspectiva espiritual de Reed (1987).

En las respuestas adaptativas, el modo fisiológico está representado por el insomnio y la fatiga física. Estos conceptos no son observables directamente y se registran en el cuestionario de índice de gravedad del insomnio (ISI, por sus siglas en inglés) (Morin, 1993) y la escala de severidad de la fatiga (FSS, por sus siglas en inglés) (Krupp et al., 1992). El modo función de rol está representado por el ausentismo laboral y presentismo. Estos conceptos se miden indirectamente. El ausentismo es documentado por un cuestionario de autorreporte de ausentismo por DME; mientras que el presentismo por la escala de presentismo Stanford-6 (SPS 6, por sus siglas en inglés) (Koopman et al., 2002). El modo autoconcepto está representado por el nivel de estrés, ansiedad y depresión documentados en la escala de autoinforme de estrés, ansiedad y depresión (DASS21, por sus siglas en inglés) (Lovibond y Lovibond, 1995).

La adaptación para esta propuesta se consideró como respuesta adaptativa de manera general y está representada por el concepto *calidad de vida*, que se infiere por el cuestionario de autoinforme para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (WHOQOL-BREF, por sus siglas en inglés) (OMS, 1998). De este cuestionario se utilizaron sólo las preguntas relacionadas con el nivel de dolor, ansiedad y depresión. De igual modo, la respuesta ineficaz está representada por el agotamiento emocional y la despersonalización. Ambos conceptos no son observables directamente, por lo que se documentarán con las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización del Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS, por sus siglas en inglés) (Maslach et al., 1986).

Pasos 3 y 4: identificación, clasificación y organización jerárquica de las proposiciones

En este paso se plantearon las proposiciones que son los enunciados declarativos sobre uno o más conceptos de la teoría. En este caso, las proposiciones originales utilizadas del MAR son de tipo relacional, ya que indican el vínculo entre dos o más conceptos. Las proposiciones de la formalización CTE que se plantearon fueron:

Primera. Los estímulos contextuales contribuyen al efecto del estímulo focal (Roy, 2008). Se cuenta con fundamentación científica que respalda la primera proposición del estudio: los factores sexo, edad, comorbilidad e IMC; estado civil y nivel académico; horas de sueño y actividad física; fumar, consumo de alcohol y conocimientos de ergonomía; carga de trabajo, turno, horas laboradas, días laborados, antigüedad, servicio hospitalario, categoría y uso de equipo de protección personal (EPP), influyen en la presencia, duración, intensidad y localización del DME en el personal de enfermería.

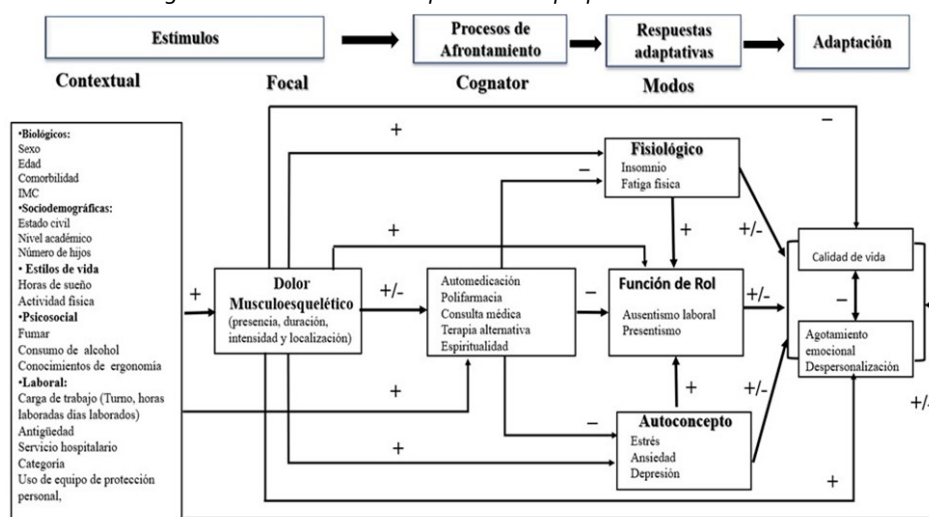
Segunda. “Los estímulos del entorno externos e interno activan los procesos de afrontamiento” (Roy, 2008, p. 50), por lo que la segunda proposición del estudio fue el DME y los factores biológicos, sociodemográficos, estilos de vida, psicosocial y laborales influyen en la automedicación, la polifarmacia, acudir a consulta médica, el uso de terapias alternativas y la espiritualidad en el personal de enfermería.

Tercera. El regulador y el cognator son los subsistemas capaces de modificar las respuestas de adaptación (Roy, 2008). De acuerdo con lo anterior, la tercera proposición del estudio fue: la automedicación, la polifarmacia, acudir a consulta médica, el uso de terapias alternativas y la espiritualidad pueden disminuir el insomnio, la fatiga física, el ausentismo laboral, el presentismo, el estrés, la ansiedad y la depresión en el personal de enfermería.

La cuarta proposición de Roy (2008) refiere que los estímulos influyen en la respuesta de adaptación. Por lo que la cuarta proposición del estudio fue: el DME influye en la calidad de vida, agotamiento emocional y la despersonalización del personal de enfermería. Asimismo, el DME se relaciona con la fatiga física, el ausentismo laboral, el presentismo, el estrés, la ansiedad y la depresión en el personal de enfermería.

La quinta proposición: “las respuestas adaptativas, promueven los objetivos de adaptación y la integridad del sistema humano” (Roy, 2008, p. 39). Con base en esto, la quinta proposición es: el insomnio, la fatiga física, el ausentismo laboral, el presentismo, el estrés, la ansiedad y la depresión influyen en la calidad de vida, en el agotamiento emocional y en la despersonalización del personal de enfermería. La figura 12.2 presenta gráficamente la síntesis de la teoría, en ella se describen las relaciones de los conceptos y los supuestos del MAR con la teoría de rango medio.

Figura 12.2. Relaciones conceptuales de la propuesta del MADME-PE

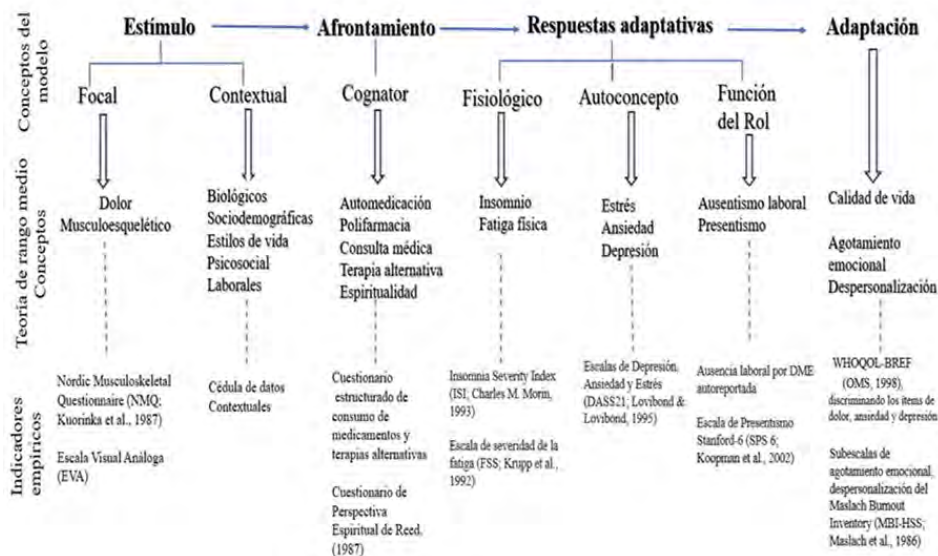


Las proposiciones se organizaron con base en su nivel de abstracción. Las cinco proposiciones del MAR son proposiciones abstractas por ser aplicables a fenómenos generales, por lo tanto, las proposiciones derivadas del MADME-PE se consideran proposiciones medianamente abstractas, ya que están enfocadas a un fenómeno específico (Fawcett, 1999).

Paso 5: construcción del diagrama CTE

El quinto paso es la construcción del diagrama CTE (figura 12.3).

Figura 12.3. Diagrama de formalización conceptual-teórica-empírica (CTE del MADME-PE)



Resultados

Se desarrolló una propuesta de modelo teórico de adaptación al DME en personal de enfermería (figura 12.2), integrado por los conceptos: (a) estímulo focal representado por la presencia, duración, intensidad y localización del DME; (b) el estímulo contextual por los factores sociodemográficos (estado civil y nivel académico); biológicos (el sexo, la edad, comorbilidad e IMC); estilos de vida (horas de sueño y actividad física); psicosociales (fumar, consumo de alcohol y conocimientos de ergonomía); y laborales (carga de trabajo, turno, horas laboradas, días laborados, antigüedad laboral, servicio hospitalario, categoría y uso de EPP); (c) el proceso de afrontamiento cognator representado por las estrategias de afrontamiento individual, tales como automedicación, polifarmacia, consulta médica, terapias alternativas y la espiritualidad; como respuestas adaptativas: (d) el modo de adaptación fisiológico, bien sea el insomnio y la fatiga física; (e) el modo de adaptación función de rol, tal como el ausentismo laboral y el presentismo; y (f) el modo adaptativo autoconcepto, representado por el autorreporte

de estrés, ansiedad y depresión; finalmente, (g) adaptación por el concepto calidad de vida y como respuesta ineficaz de adaptación representado por el agotamiento emocional y la despersonalización.

Conclusiones

La teoría de rango medio denominada modelo de adaptación al dolor musculoesquelético en personal de enfermería fue el resultado de la aplicación del método de formalización conceptual-teórico-empírico de Fawcett, basado en los conceptos y supuestos del modelo de adaptación de Roy, así como en la literatura relacionada con el DME. Se recomienda verificar empíricamente los supuestos y relaciones planteadas para poder confirmarse o plantear nuevas relaciones, así como para fortalecer el modelo con evidencia relacionada a la salud laboral, incluyendo las estrategias adaptadas en el lugar de trabajo (ergonomía) con el objetivo de mantener la productividad y prevenir el progreso del DME en el personal de enfermería. Esto permitirá generar conocimiento científico para diseñar intervenciones dirigidas a la prevención y manejo del DME, que contribuirán a la salud laboral y calidad de vida del personal de enfermería.

Referencias

- Cargnin, Z. A., Schneider, D. G., Vargas, M. A. de O., y Machado, R. R. (2019). Non-specific low back pain and its relation to the nursing work process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2915.3172>
- Cezar-Vaz, M. R., Xavier, D. M., Bonow, C. A., Vaz, J. C., Cardoso, L. S., Sant'Anna, C. F., da Costa, V. Z., Nery, C. H. C., Alves, A. S., Vettorello, J. S., de Souza, J. L., y Loureiro, H. M. A. M. (2023). Musculoskeletal pain in the neck and lower back regions among PHC Workers: Association between workload, mental disorders, and strategies to manage pain. *Healthcare*, 11(3), 365. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030365>
- Dunn, K. S. (2005). Testing a middle-range theoretical model of adaptation to chronic pain. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 146-156. <https://doi.org/10.1177/0894318405274827>
- El-Tallawy, S. N., Nalamasu, R., Salem, G. I., LeQuang, J. A. K., Pergolizzi, J. V., y Christo, P. J. (2021). Management of musculoskeletal pain: An update with emphasis on chronic

- musculoskeletal pain. *Pain and Therapy*, 10(1), 181-209). <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00235-2>
- Fawcett, J. (1999). *The Relationship of Theory and Research* (3ª ed.). Davis Company.
- Fernández González, M., Fernández Valencia, M., Manso Huerta, M. Á., Gómez Rodríguez, M. P., Jiménez Recio, M. C., y Del Coz Díaz, F. (2014). Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores "Mixta" de Gijón. *Gerokomos*, 25(1), 17-22. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100005>
- Moussa, M., Moussa, M., Hassan El-Ezaby, H., y El-Mowafy, R. I. (2015). Low back pain and coping strategies among nurses in Port Said City, Egypt. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(7), 55. <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n7p55>
- Nawai, A. (2019). Chronic pain management among older adults: A scoping review. *SAGE Open Nursing*, 5. <https://doi.org/10.1177/2377960819874259>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Trastornos musculoesqueléticos*.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Roy, C. (2008). *The Roy Adaptation Model* (3ª ed.). Pearson.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2018). *Las enfermedades de trabajo y los trastornos musculoesqueléticos por ejercicio o motivo del trabajo, en México*.
- Soler-Font, M., Ramada, J. M., Van Zon, S. K. R., Almansa, J., Bültmann, U., Serra, C., Merelles, A., Peña, P., y Vargas-Prada, S. (2019). Multifaceted intervention for the prevention and management of musculoskeletal pain in nursing staff: Results of a cluster randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 14(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225198>
- Trinkoff, A. M., Lipscomb, J. A., Geiger-Brown, J., y Brady, B. (2002). Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 41(3), 170-178. <https://doi.org/10.1002/AJIM.10048>
- Zhang, Y., ElGhaziri, M., Nasuti, S., y Duffy, J. F. (2020). The comorbidity of musculoskeletal disorders and depression: Associations with working conditions among hospital nurses. *Workplace Health and Safety*, 68(7), 346-354. <https://doi.org/10.1177/2165079919897285>

13. Comportamiento sexual y actitudes hacia la sexualidad en la vejez en adultos jóvenes colombianos

*[Sexual behavior and attitudes towards sexuality in old age
in Colombian young adults]*



DANIELA COCA-SOSA*
JOSUÉ MEDINA-FERNÁNDEZ**

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.13>

Resumen

La sexualidad es un factor de la vida que todas las personas construyen de manera social, la cual es determinada por la actividad sexual, el comportamiento, la función, las actitudes, la motivación y la asociación que se enmarcan en la sexualidad. Por esta razón, la sexualidad es transversal en los periodos de vida del ser humano hasta la vejez, aunque en la cotidianidad no es mencionada en los adultos mayores. El objetivo fue analizar la relación entre el comportamiento sexual y las actitudes hacia la sexualidad en la vejez. Se realizó un estudio correlacional en una muestra de 90 adultos jóvenes colombianos, con edades entre 19 y 26 años. Con una encuesta virtual se aplicaron las escalas Sexuality Scale (ss) y el Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale (ASKAS), el cual mide el comportamiento sexual y actitudes hacia la vejez. Se aplicó estadística inferencial la cual considera la normalidad de los datos, estadística descriptiva e inferencial como la prueba correlacional de Spearman. Participaron 90 adultos jóvenes colombianos, en su mayoría de sexo mujer (58.9%), de género femenino (56.7%), con un estado civil soltero (92.2%) y un grado máximo de estudios de bachillerato (65.6%). Se encontraron diferencias de medias significativas en las actitudes hacia la sexualidad en la vejez entre los jóvenes que conviven y no conviven con adultos mayores,

* Estudiante de Psicología. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8744-8891>

** Doctor en Salud Pública. Profesor e investigador de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0588-9382>

siendo más positivas las actitudes en el grupo que convive con este grupo etario. No se encontraron relaciones significativas entre las escalas ss y ASKAS, más que aquellas entre las subescalas autoestima y depresión sexual. La autopercepción en la sexualidad de adultos jóvenes no se relaciona con sus actitudes hacia la sexualidad del adulto mayor, por lo que es importante la interacción entre estos dos grupos etarios para reducir las actitudes edadistas que puedan surgir hacia el adulto mayor.

Palabras clave: *sexualidad, estereotipo sexual, adulto mayor, adulto jóvenes.*

Introducción

La sexualidad es un factor de la vida que todas las personas construyen de manera social, la cual es determinada por la actividad sexual, el comportamiento, la función, las actitudes, la motivación y la asociación que se enmarcan en la sexualidad (Srinivasan et al., 2019). Por esta razón, la sexualidad es transversal en los periodos de vida del ser humano hasta la vejez. Aunque en la cotidianidad no es mencionada en los adultos mayores, está demostrado que una gran parte de ellos son sexualmente activos (Arias y Iacub, 2013), pues participan no sólo en actividades genitales, como penetración vaginal, masturbación y sexo oral, sino también en actos como tocar, besar, acariciar y abrazar (González y Guerrero, 2022).

No obstante, existen determinantes que intervienen en la sexualidad durante la vejez, como son la disponibilidad de parejas, la actividad sexual previa durante la adultez, el estado físico por la tendencia a tener cambios anatómicos y fisiológicos, las enfermedades crónicas, la salud mental, las normas culturales y las diferencias de género (González y Guerrero, 2022; Srinivasan et al., 2019). Por consiguiente, se han realizado investigaciones sobre cómo los adultos mayores perciben su sexualidad, como el caso de Pareja (2020), quien encontró con la Sexuality Scale que las mujeres mayores tienen consideraciones positivas de sus relaciones sexuales, con un nivel alto de autoestima sexual y bajos niveles de depresión y preocupación sexual.

A su vez, se han estudiado las actitudes hacia la sexualidad del adulto mayor, debido a que este juicio evaluativo influye en el procesamiento de la

información y llega a dirigir el comportamiento de las personas hacia tendencias negativas o positivas (Maio y Haddock, 2010). Por lo tanto, existen investigaciones que encuentran tanto actitudes positivas como negativas frente a la sexualidad del adulto mayor (Cerquera et al., 2012), como otras que encuentran una actitud positiva (Terán, 2019), sin diferencias significativas por sexos y que, a pesar de las enfermedades y tratamientos médicos comunes en este periodo, mencionan que la sexualidad no se pierde completamente. También se ha encontrado que aquellos adultos mayores que viven en pareja muestran actitudes más liberales hacia la sexualidad (Morrell et al., 2018).

En adición, se han estudiado, junto con las actitudes, el conocimiento de la sexualidad en la vejez, y se encontró en un primer estudio (Fonseca et al., 2016) que la mayoría de los participantes tenía un nivel de conocimiento entre alto y medio, además de una mayor proporción a actitudes neutras. Sin embargo, los hombres fueron quienes tendieron más a una actitud positiva; de otro lado, se encontró una asociación positiva entre los conocimientos y las actitudes.

En contraste, se han hecho estudios sobre las actitudes en profesionales de la salud en Brasil y se encontró que, aunque una gran parte de enfermeros tenían conocimientos sobre la sexualidad del adulto mayor, mostraron actitudes con tendencias negativas hacia esta (Evangelista et al., 2019). Similarmente, en México los médicos familiares y residentes reconocieron la importancia de la actividad sexual en la vejez, pero no llevan a cabo acciones con sus pacientes en función de la sexualidad de los adultos mayores (Gutiérrez et al., 2020); con profesionales de enfermería se encontró que tenían actitudes negativas, y que a menor edad del profesional mayores estereotipos hacia la vejez y sexualidad en esta etapa (Medina et al., 2020; Medina et al., 2021).

Incluso, se han evaluado las actitudes en otras poblaciones como en infantes, en quienes se detectó que tenían mayores prejuicios hacia la vejez que personas con mayor edad (Cerquera et al., 2010). Por su parte, los adolescentes tenían actitudes positivas, así como aquellos que convivían con adultos mayores además de las mujeres (Bedoya et al., 2021). En adultos jóvenes hubo actitudes neutras tendiendo a ser bajas (Hernández et al., 2021), aunque en Estados Unidos se concluyó que en adultos jóvenes había

actitudes más fuertes y negativas, que incrementaban según aumentaba la edad del adulto mayor (Waterman, 2012). Finalmente, en adultos se encontraron actitudes más positivas en comparación con los adolescentes (Cerquera et al., 2012).

Asimismo, las actitudes hacia la sexualidad se encuentran relacionadas de cierta manera con el autoconcepto e imagen que tienen las personas de sí mismas junto con las expectativas que tienen hacia la sexualidad (García et al., 2020). Respecto a la autoestima y las actitudes hacia la sexualidad, en un estudio de Colombia (Oviedo, 2021) se encontró que a mayor autoestima sexual en mujeres, mayor actitud erotofílica tienen en la sexualidad. En adultos mayores en Ecuador (Moreno, 2023), se encontró que a mayor autoestima, mayor actitud positiva hacia la sexualidad del adulto mayor y que los adultos mayores mostraban una actitud positiva. No obstante, es necesario mencionar que los participantes, en su mayoría, se encontraban casados o en convivencia con una persona con la que mantenían un vínculo afectivo.

A nivel mundial, una de cada dos personas tiene actitudes edadistas contra las personas mayores, es decir, tiene actitudes guiadas por la edad para categorizar a una persona con atributos que la ponen en desventaja o injusticia. Estas actitudes se manifiestan por medio de estereotipos, prejuicios y discriminación, los cuales generan afectación en el bienestar, calidad de vida, salud física y mental de las personas mayores. Además, en relación al presente estudio, representa una restricción para expresar libremente su sexualidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Por otra parte, los cambios físicos y fisiológicos en este grupo etario ocasionan la creencia de que son seres asexuados, por lo que las actitudes negativas hacia la sexualidad en la vejez hacen que no se considere el cuidado de esta dimensión. Sin embargo, la naturaleza íntima de los cuidados junto con el contacto cercano y constante con la persona adulta mayor brindan una oportunidad para su atención. Por ello se vuelve necesario abordar todas las perspectivas del ser humano, basado en el entendimiento hacia los modelos de envejecimiento activo y exitoso (Guerrero y Ojeda, 2017). A su vez, es importante crear una cultura de envejecimiento en los adultos jóvenes colombianos, dado que permitirá eliminar prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez, con miras a brindar un cuidado holístico e integral.

Dicho lo anterior, se planteó como objetivo de la presente investigación analizar la relación entre el comportamiento sexual y las actitudes hacia la sexualidad en la vejez, en adultos jóvenes colombianos.

Metodología

Este estudio tuvo un diseño correlacional, porque permitió analizar las relaciones posibles entre las variables, con el objetivo de analizar el grado de asociación entre estas y la fuerza de dicha relación (Mertler, 2021). Además, es una investigación de corte transversal que tiene mediciones en un tiempo único.

La muestra estuvo conformada por 90 adultos jóvenes colombianos, con edades entre 19 y 26 años, con un promedio de 21 años, de los cuales 37 eran mujeres y 53 hombres. Fue determinada con el programa G Power 3.1.9.7 y se consideró una probabilidad de error de 0.05, poder de efecto ($1 - \beta$) de 0.95 y una correlación de PH1 de 0.3. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, para lo cual se incluyeron a todas las personas que cumplían con estos requisitos. Se excluyeron participantes menores de 18 años y aquellos que se retiraron del estudio o quienes no completaron la recolección de información por medio de los instrumentos.

Se utilizaron como instrumentos una cédula de datos personales y dos escalas. La primera se trató de la Sexuality Scale, con la versión validada en Colombia (Soler et al., 2016), que tuvo un alfa de Cronbach por encima de 0.83 en sus factores. Este instrumento mide lo que las personas piensan y sienten sobre su propia sexualidad, por medio de tres factores: la autoestima (preguntas 1 a 5), es decir, la tendencia a evaluación positiva a su relación con los demás en la dimensión de la sexualidad; la depresión sexual (preguntas 6 a 10), es decir, la tendencia a sentimientos de tristeza frente a los aspectos sexuales de su vida; y la preocupación sexual (preguntas 11 a 15), es decir, la tendencia a tener pensamientos hacia la sexualidad de manera repetitiva. Dicho instrumento consiste en 15 preguntas tipo Likert de cinco opciones, donde 1 representa “en total desacuerdo” y 5 representa “totalmente de acuerdo”, con inversión de los ítems 4, 7 y 10. Tiene un rango de

puntuación entre 5 y 25 en cada uno de los factores evaluados, en donde puntuaciones elevadas corresponden a un alto nivel del factor.

La segunda escala utilizada fue el ASKAS en su versión colombiana (Fonseca et al., 2016), que obtuvo una confiabilidad de 0.87 en sus factores. Este instrumento mide las actitudes y conocimientos sobre la sexualidad en los adultos mayores. La subescala de conocimientos consiste en 35 afirmaciones en las que se elige una de tres opciones de respuesta que tiene una puntuación, en donde “verdadero” es 1, “falso” es 2 y “no sé” es 3, y en donde a menor puntuación hay mayor conocimiento, el cual puede oscilar entre puntuaciones de 35 a 105. En la subescala de actitudes hay 26 preguntas tipo Likert con siete opciones de respuesta, donde 1 es “desacuerdo” y 7 es “de acuerdo”. Puede haber puntuaciones entre 26 y 182, en donde a menor puntuación más favorable es la actitud hacia la sexualidad. Ambas subescalas tienen ítems inversos.

Se analizó con el *software* Statistic Package for the Social Science (SPSS) versión 21 y la información se redactó en un Word versión 2306. Se utilizó estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes, media, desviación estándar e intervalo de confianza. Para la identificación de la normalidad de los datos se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov para las variables cuantitativas, de la cual se obtuvo una distribución no paramétrica ($p > 0.05$). La correlación de las variables de estudio se realizó mediante la prueba inferencial de Spearman.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la División Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. De igual manera, se adhiere a la ley 1090 de 2006 de Colombia, que establece como deber el velar por el bienestar y los derechos de las personas ante cualquier daño o perjuicio; utilizar instrumentos validados y confiables, que impliquen el menor riesgo posible; brindar toda la información por medio de un consentimiento informado a las personas que estarán participando en la investigación, sobre los procedimientos, voluntariedad del estudio y posibles riesgos a los cuales pueden estar inmersos; y buscar garantizar la rigurosidad metodológica y ética de la investigación.

Resultados

En el estudio participaron 90 adultos jóvenes colombianos (tabla 13.1), presentándose en su mayoría de sexo mujer (58.9%), de género femenino (56.7%), con un estado civil soltero (92.2%) y un grado máximo de bachillerato (65.6%); además, la mayoría convive con un adulto mayor (71.1%) y entre estos en su mayoría tenían un tiempo de convivencia mayor de 11 años (30%).

Tabla 13.1. *Descriptivos sociodemográficos de adultos jóvenes*

<i>Variable</i>		<i>fr</i>	<i>%</i>
Sexo	Hombre	37	41.1
	Mujer	53	58.9
Género	Masculino	36	40.0
	Femenino	51	56.7
	No binario	2	2.2
	No reporta	1	1.1
Estado civil	Soltero	83	92.2
	Unión libre	6	6.7
	Casado	1	1.1
Nivel educativo	Bachillerato	59	65.6
	Técnico	5	5.6
	Tecnólogo	4	4.4
	Pregrado	20	22.2
	Posgrado	2	2.2
Convivencia con el adulto mayor	Sí	64	71.1
	No	26	28.9

Nota: *fr* = frecuencia, % = porcentaje.

Por otra parte, en la tabla 13.2 se observa que el promedio de edad fue de 21 ($DE = 1.6$); entre las puntuaciones de la ss, la muestra tuvo una alta autoestima sexual ($M = 20.16$), una baja depresión sexual ($M = 9.26$) y preocupación sexual ($M = 10.13$), con desviaciones de 4 a 4.5 puntos, aproximadamente en los tres factores. En cuanto a las subescalas del ASKAS, se encontró un conocimiento de la sexualidad del adulto medio ($M = 71.42$), por tener puntuaciones centrales de la subescala, respecto a la actitud hacia la sexualidad del adulto mayor hubo una actitud favorable en la muestra ($M = 56.92$).

En cuanto a comparaciones entre las medias, en la tabla 13.3 se encontraron diferencias de medias significativas de las actitudes hacia la sexualidad en la vejez entre los jóvenes que conviven y no conviven con adultos mayores, de manera que resultaron más positivas las actitudes en quienes conviven con este grupo etario. En adición, con esta misma diferencia entre grupos, se encontraron diferencias significativas en la preocupación hacia la sexualidad de los jóvenes, pues aquellos que no conviven con adultos mayores fueron quienes tienen menor preocupación.

Tabla 13.2. Estadísticos descriptivos de características personales y puntuaciones de las escalas SS y ASKAS

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>IC</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Edad	21.17	1.644	(20.82-21.51)	1.139	0.875
SS_AU	20.16	4.033	(19.31-21.00)	-0.718	0.185
SS_DE	9.26	4.453	(8.32-10.19)	1.064	0.719
SS_PR	10.13	4.672	(9.15-11.11)	0.903	0.129
ASKAS_CON	71.42	14.943	(68.29-74.55)	0.388	-0.433
ASKAS_ACT	56.92	20.316	(52.67-61.18)	0.895	0.004

Nota: Sexuality Scale (SS), con sus subescalas: autoestima (SS_AU), depresión (SS_DE) y preocupación (SS_PR), Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale (ASKAS), con sus subescalas: conocimiento (ASKAS_CON) y actitudes (ASKAS_ACT), *M*=media, *DE*=desviación estándar, *IC*=intervalo de confianza, *Val Max*= valor máximo, *Val Min*=Valor mínimo.

Tabla 13.3. Diferencias entre medias de puntuación de SS y ASKAS según la convivencia con adulto mayor

	<i>Sí convive</i>		<i>No convive</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
SS_AU	20.34	3.945	19.69	4.287	767.0	0.561
SS_DE	9.22	4.617	9.35	4.108	807.5	0.825
SS_PR	10.77	4.914	8.58	3.646	611.5	0.048*
ASKAS_CON	70.36	15.440	74.04	13.572	698.0	0.233
ASKAS_ACT	54.11	18.882	63.85	22.376	601.5	0.040*

Nota: Sexuality Scale (SS), con sus subescalas: autoestima (SS_AU), depresión (SS_DE) y preocupación (SS_PR), Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale (ASKAS), con sus subescalas: conocimiento (ASKAS_CON) y actitudes (ASKAS_ACT), *M*=media, *DE*=Desviación estándar, *U*=U de Mann-Whitney, *p*= nivel de significancia, **p*<0.05.

En la tabla 13.4 no se encontraron relaciones significativas entre las escalas ss y ASKAS. Aquellas relaciones significativas fueron entre las subescalas

autoestima y depresión sexual, tal como es mencionado en la literatura. Igualmente se encontró correlación entre el conocimiento y las actitudes, lo cual también es esperable, puesto que a mayor conocimiento sobre la sexualidad del adulto mayor haya actitudes más favorables.

Tabla 13.4. *Correlación de Spearman entre SS y ASKAS*

	<i>SS_AU</i>	<i>SS_DE</i>	<i>SS_PR</i>	<i>ASKAS_CON</i>	<i>ASKAS_ACT</i>
<i>SS_AU</i>	1	-0.701**	0.090	-0.071	-0.166
<i>SS_DE</i>		1	0.051	0.030	0.128
<i>SS_PR</i>			1	0.068	0.038
<i>ASKAS_CON</i>				1	0.209*
<i>ASKAS_ACT</i>					1

Nota: Sexuality Scale (SS), con sus subescalas: autoestima (SS_AU), depresión (SS_DE) y preocupación (SS_PR), Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale (ASKAs), con sus subescalas: conocimiento (ASKAS_CON) y actitudes (ASKAS_ACT), p = nivel de significancia, * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$.

Conclusiones

No se encontró relación entre el comportamiento sexual de adultos jóvenes y sus actitudes hacia la sexualidad del adulto mayor. Sin embargo, se reconocieron diferencias significativas según la convivencia del adulto mayor, en que los adultos jóvenes cuando conviven con este grupo etario tienen una mayor preocupación sexual y actitudes más positivas hacia la sexualidad en la vejez.

Dado lo anterior, se resalta la importancia de espacios de interacción entre los adultos jóvenes y mayores para combatir los estereotipos hacia estos últimos. Además, es necesario aportar a la atención y cuidado de la sexualidad del adulto mayor desde la aceptación de este aspecto vital en la sociedad.

Referencias

- Arias, C., y Iacub, R. (2013). ¿Por qué investigar aspectos positivos en la vejez? Contribuciones para un cambio de paradigma. *Publicatio UEPG Ciencias Humanas LingüísticaLetraseArtes*, 21(2), 271-281. <https://doi.org/10.5212/PublicatioHuma.v.21i2.00012>

- Bedoya Tabares, Y., González García, L. V., y Guapacha Castaño, N. L. (2021). *Percepción sobre la Sexualidad en la Vejez en Adolescentes de una Institución Educativa Pública de Armenia Quindío, en el Año 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad del Quindío]. <https://bdigital.uniquindio.edu.co/handle/001/6188>
- Cerquera Córdoba, A., Álvarez Agudelo, J., y Saavedra Ruiz, A. (2010). Identificación de estereotipos y prejuicios hacia la vejez presentes en una comunidad educativa de florida blanca. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(1), 73-87. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224086007>
- Cerquera Córdoba, A. M., Galvis Aparicio, M. J., y Cala Rueda, M. L. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez. Percepción de tres grupos etarios. *Psychologia*, 6(2). <https://doi.org/10.21500/19002386.1185>
- Cerquera Córdoba, A. M., Meléndez Merchán, C., y Villabona Galarza, C. B. (2012). Identificación de los estereotipos sobre envejecimiento femenino, presentes en un grupo de mujeres jóvenes. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 77-88. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80124028006>
- Evangelista, A., Moreira, A., Freitas, C., Val, D., Diniz, J., y Azevedo, S. (2019). Sexuality in old age: Knowledge/attitude of nurses of Family Health Strategy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018018103482>
- Fonseca Idarraga, C., Rojas Sánchez, D., y Valderrama Romero, L. (2016). *Actitudes y conocimientos sobre la sexualidad de personas de la tercera edad que pertenecen a los clubes de adulto mayor de la comuna 6 de la ciudad de Neiva*. [Tesis de pregrado, Universidad sur colombiana.] <http://repositoriousco.co:8080/jspui/handle/123456789/506>
- García Villanueva, J., Jiménez Delgadillo, G. de J., y Hernández Ramírez, C. I. (2020). Estereotipos sobre la sexualidad en la adultez mayor: Un análisis desde la perspectiva de género. *Revista electrónica en educación y pedagogía*, 4(7), 27-38. <https://doi.org/10.15658/rev.electron.educ.pedagog20.11040703>
- González Soto, C., y Guerrero Castañeda, R. (2022). Análisis de la producción científica de la sexualidad del adulto mayor: Una revisión integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36(1), 1-17. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.38080>
- Guerrero Castañeda, R., y Ojeda Vargas, M. (2017). El envejecimiento desde la percepción de enfermería. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 32(1), 155-167. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i32.23401>
- Gutiérrez Herrera, R., Ramírez Muñoz, R., Vallejo Solís, M., Gómez Gómez, C., Riquelme Heras, H., Martínez Lazcano, F., Méndez Espinosa, E., y Ordóñez Azuara, Y. (2020). Actitud del médico familiar hacia la actividad sexual del adulto mayor estudio multicéntrico en México. *Revista Médica La Paz*, 26(2), 29-37. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-89582020000200005&lng=es&nrm=i-so&tIng=es
- Hernández Hernández, A., Álvarez Baños, E., Cano Hernández, M., Jiménez Sánchez, R., Cuevas Cansino, J., Estrada Luna, D., Barrera Gálvez, R., y Arias Rico, J. (2021). Percepción del adulto joven sobre la sexualidad del adulto mayor. *Journal of Negative and no Positive Results*, 6(9), 1196-1208. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4316>
- Ley N° 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicolo-

- gía, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. 6 de septiembre de 2006. D.O.No. 46.383
- Maio, G., y Haddock, G. (2010). *The Psychology of Attitudes and Attitude Change*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446214299>
- Medina Fernández, I., Medina Fernández, J., Torres Obregón, R., Sosa Cárdenas, R., Chale Pool, G., y Chaparro Díaz, L. (2021). Actitudes hacia la vejez y actitudes hacia la sexualidad del adulto mayor en estudiantes y profesionales de enfermería. *Gerokomos*, 32(1), 17-21. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100005>
- Medina Fernández, J., Medina Fernández, I., Sosa Cárdenas, R., Fajardo Ramos, E., Torres Obregón, R., y Medina Fernández, A. (2020). Actitudes de los profesionales de enfermería de práctica clínica y comunitaria hacia la sexualidad en la vejez. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 17(104), 1-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7474850>
- Mertler, C. A. (2021). *Introduction to Educational Research*. SAGE Publications. https://us.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/70019_Mertler_Chapter_7.pdf
- Morell, V., Ceccato, R., Nebot, J., Chaves, I., y Gil, M. D. (2018). Actitudes Hacia La Sexualidad Y Bienestar Psicológico En Personas Mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 77-84. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1270>
- Moreno Cumbicus, J. K. (2023). *Autoestima y actitud hacia la sexualidad en los adultos mayores de la parroquia San Antonio de las Aradas periodo 2022-2023*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Loja.] <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/26757>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre el edadismo: Resumen*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/978-9240020504>
- Oviedo Hernández, M. L. (2021). *Maternidad, distrés sexual y su relación con la autoestima y las actitudes hacia la sexualidad en una muestra de mujeres colombianas durante el periodo de confinamiento obligatorio por la pandemia del Covid-19*. [Tesis de maestría, Fundación Universitaria Konrad Lorenz.] <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/4512>
- Pareja Maya, M. (2020). *Satisfacción sexual y su relación con el bienestar subjetivo de la mujer adulta mayor*. [Tesis de pregrado, Institución Universitaria de Envigado.] <https://bibliotecadigital.iue.edu.co/jspui/handle/20.500.12717/2880>
- Soler, F., Gómez Lugo, M., Espada, J., Morales, A., Sierra, J., Marchal Bertrand, L., y Vallejo Medina, P. (2016). Adaptation and validation of the Brief Sexuality Scale in Colombian and Spanish populations. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 16(3), 343-356. <https://www.redalyc.org/pdf/560/560490490009.pdf>
- Srinivasan, S., Glover, J., Tampi, R., Tampi, D., y Sewell, D. (2019). Sexuality and the Older Adult. *Current Psychiatry Reports*, 21(10), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4>
- Waterman, E. A. (2012). Reactions of College Students to the Sexuality of Older People. *Journal of Student Research*, 1(2), 46-50. <https://doi.org/10.47611/jsr.v1i2.54>

14. Relación del sentido de la vida y la catastrofización del dolor en adultos de Quintana Roo

[Relationship of the meaning of life and the catastrophizing of pain in adults of Quintana Roo]



DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.14>

AZALIA JARED CHABLE-NOVELO*

CHRISTIAN RONALDO CHI-CANCHE**

JOSUÉ ARTURO MEDINA-FERNÁNDEZ***

NISSA YAING TORRES-SOTO****

REINA ROSAURA CANUL-CHI*****

Resumen

El dolor crónico provoca cambios físicos, psicológicos y sociales, que puede desencadenar problemas de salud serios, por lo cual es necesario considerar aspectos como el sentido de vida y la catastrofización del dolor, con miras a brindar estrategias futuras de autocuidado en los adultos que viven con este malestar. El objetivo fue analizar la relación del sentido de vida con la catastrofización del dolor en adultos del sureste de México.

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo correlacional-descriptivo, para lo cual se aplicó un muestreo a conveniencia, mediante el programa G Power para el tamaño de muestra, en la que participaron 88 adultos con dolor crónico. Se aplicó la escala de satisfacción con la vida ($\alpha = 0.83$) y la escala de catastrofización del dolor ($\alpha = 0.94$). Se utilizó estadística descriptiva e

* Estudiante de la licenciatura en Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1194-9818>

** Estudiante de la Licenciatura en Medicina. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9268-2394>

*** Doctor en Salud Pública. Profesor e investigador de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0588-9382>

**** Doctorante en Salud Pública. Profesora e investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3646-6649>

***** Enfermera Especialista Quirúrgica. Profesora e investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9520-633X>

inferencial como la correlación de Spearman y la prueba de comparación de medias de U de Mann-Whitney. Los resultados mostraron que participaron 88 adultos menores de 60 años que viven con dolor crónico benigno, tras lo cual se encontró con una M de edad de 39.25 años, $DE = 12.783$ ($IC = 36.54-41.96$) y una M de 18.91 meses de vivir con dolor crónico, $DE = 29.777$ ($IC = 12.60-25.22$). Se encontró diferencia de medias de la catastrofización del dolor, rumia cognitiva, magnificación y desesperanza, siendo mayor todos estos en el grupo de mujeres ($p < 0.05$). De igual manera se halló relación del sentido de la vida con la catastrofización del dolor ($p < 0.05$), y de los meses de vivir con dolor con el sentido de la vida y la catastrofización del dolor ($p < 0.05$). Finalmente, se encontró que a mayor sentido de vida menor catastrofización del dolor, por lo que se requiere la elaboración de grupo de ayuda mutua con liderazgo de profesionales de la salud que coadyuve a mejorar su sentido de vida, para así modificar directamente aspectos psicológicos que causan alteración física o psicológica.

Palabras clave: *perspectiva del curso de la vida, catastrofización, dolor crónico, adulto.*

Introducción

En la actualidad existen muchos avances para comprender la mayor parte de las enfermedades, sus signos y síntomas característicos y su impacto en la población. Asimismo, se cuenta con la suficiente información de los procesos fisiológicos y psicológicos relacionados con el dolor que estas provocan, además de métodos para tratarlas y aliviarlas. Sin embargo, en el caso del dolor crónico, se ha notado una mala adherencia a los tratamientos para controlarlo debido a problemas externos como los psicológicos, los cuales nos llevan a la importancia y realce de este tema (La Serna-Gallegos y Maravi, 2019).

Al revisar los antecedentes podemos observar que en Europa la prevalencia de personas que padecen dolor crónico es de 2 de cada 10, mientras que en Estados Unidos 3 de cada 10 adultos mayores lo padecen y afecta a alrededor de 100 millones de personas (La Serna-Gallegos y Maravi, 2019).

En el caso de México, en el año de 2019, se reportó que al menos 28 millones de personas padecía dolor crónico, lo cual significa de 27 a 28.5% de la población (Covarrubias et al., 2019).

Dicho lo anterior, el dolor se relaciona con fenómenos psicológicos que modifican la calidad de vida de las personas, por lo que será el punto de partida de nuestra investigación. Abordaremos cómo es el sentido de vida de las personas que presentan dolor crónico y nos centraremos en la catastrofización, que se entiende como aquellos procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico, por lo cual se relacionan más con el lado psicológico (La Serna-Gallegos y Maravi-Loyola, 2019).

La preocupación de vivir con dolor juega un papel muy importante, ya que se llega a tomar como un modo de amenaza, en donde se puede desencadenar la ansiedad, pero esto puede ser beneficioso para algunas personas, ya que se preparan para los momentos difíciles que puedan ocurrir, es decir, toman las herramientas necesarias para afrontar su dolor y para llevarlo de la mejor manera posible. Al estar hablando de la catastrofización nos referimos a la manera negativa y exagerada hacia el dolor o antes del mismo, que trae como consecuencia un dolor más elevado, mayor angustia, mayor desesperanza y una posible menor respuesta hacia el tratamiento farmacológico que la persona pueda estar llevando, lo que causa que no se tenga una aceptación del dolor e impida que este se logre calmar (Ortiz y Velasco, 2017).

Esta investigación tiene gran importancia desde la perspectiva teórica, ya que podemos analizar la catastrofización como el constructo psicológico en el que se ven afectadas las emociones y la conducta que tiene una persona y cuya consecuencia es que se intensifique su dolor y afecte su calidad y satisfacción de vida. Desde lo práctico, podemos observar los resultados obtenidos en el estudio, los cuales nos ofrecen datos que nos permiten identificar cual es la relación que existe entre el sentido de la vida y la catastrofización del dolor crónico en adultos. Al colocar esta en una perspectiva social, ayudará a comprender la incidencia del dolor de las personas que viven en el sureste de México.

Este trabajo cuenta con antecedentes sobre temas relacionados, tanto nacionales como internacionales, como es el realizado por Espinoza et al. (2019), en el que presentan un estudio de caso cualitativo, en este aplicaron tres entrevistas, la primera a una persona de 72 años que tenía hombro

doloroso y 8 meses viviendo con el dolor; otra a una persona de 89 años con artritis y 6 meses viviendo con el dolor y a la última a una persona de 72 años con síndrome de túnel del carpo con 6 meses viviendo con el dolor. Los autores demostraron que el dolor, categorizado por aspectos físicos y experiencias dolorosas, produce malestares que incapacitan la vida privada debido a la vulnerabilidad que tienen las personas. Al categorizarlo por autopercepción y colaboración colectiva, demostraron que al tener la funcionabilidad un poco comprometida tienen su rutina donde se pueden desempeñar diversas tareas que están a su alcance.

De igual manera, Ordóñez et als. (2017) realizaron una investigación en México de carácter analítico, transversal y correlacional, en la que participaron 88 mujeres que padecían de dolores crónicos, y a quienes se les aplicó la escala de catastrofización (PCS). El resultado fue de 93.2% de las mujeres tienen un nivel muy alto de catastrofización de su dolor y la desesperanza producto de este.

El dolor es un concepto un tanto abstracto, ya que tiene diversas causas, desde las características anatómicas y fisiopatológicas hasta los aspectos psicológicos y culturales, por lo que se puede decir que definir el dolor es complicado. Aun así, de acuerdo con los aspectos mencionados, podemos expresarlo como experiencias perceptivas resultantes de la interacción de procesos fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales impactan en cada persona de diferente manera y de forma temporal, es decir, que bajo algún tratamiento o por sí solo el dolor va a desaparecer (Sepúlveda, 1994).

En cambio, el dolor crónico se encuentra relacionado con los factores psicológicos de cada persona y la percepción subjetiva que tiene de este. Sin embargo, lo que lo lleva a ser un dolor crónico *per se* es la prolongación del tiempo esperado para resolverlo (Sepúlveda, 1994), ya que este no desaparece en un tiempo determinado o esperado, e incluso con tratamiento terapéutico no desaparece. De esta forma, el tiempo se vuelve un impedimento para determinar si es un dolor crónico o aún es agudo, ya que no existe un periodo establecido para catalogarlo como tal. En esta investigación se tomará como dolor crónico, según su duración, si este ha existido desde hace 3 meses o más.

Por todo lo anterior, esta investigación tiene como objetivo analizar la relación del sentido de vida con la catastrofización del dolor en adultos del

sureste de México, el cual a su vez nos permitirá describir la percepción del catastrofismo de manera general frente al dolor en mayores de edad, según la enfermedad asociada y la duración del dolor.

Metodología

Diseño

El diseño de esta investigación es de corte cuantitativo de tipo correlacional y transversal, ya que pretende determinar si las variables independientes se relacionan con la dependiente en un momento del tiempo.

Muestra y muestreo

La muestra se determinó mediante un muestreo no probabilístico a conveniencia y contó con criterios específicos para poder participar en el estudio, que se mencionaron en los criterios de selección. De igual forma, contamos con el apoyo del programa G Power, para una muestra de 88 adultos que viven con dolor crónico, con 0.05 de probabilidad de cometer error tipo 1, poder de 89% ($1 - \beta = 0.9$) y correlación PH1 de 0.3.

Entre los criterios de inclusión están que sea una persona mayor de edad con presencia de dolor mayor o igual a tres meses, que viva en Quintana Roo, México, y que firme el consentimiento informado. Como criterios de exclusión se consideraron a aquellos adultos con limitaciones funcionales (se aplicaron pruebas de actividades básicas de la vida diaria) o cognitivas (prueba Pfeiffer) que les impidieran contestar las escalas, que no hablaran español y que hubieran vivido la muerte de un familiar o mascota en un año.

Instrumentos

Se aplicó una cédula de datos personales para evaluar datos característicos como edad, sexo, grado máximo de estudios, estado civil, economía

percibida, meses de vivir con dolor, causa de dolor y apoyo percibido del familiar.

Satisfacción con la vida

Se evaluó con la escala de satisfacción con la vida (SWLS, por sus siglas en inglés), la cual cuenta con un total de cinco ítems con un formato de respuestas con puntuaciones comprendidas entre 1 (completamente en desacuerdo) y 7 (completamente de acuerdo). Presenta una puntuación en rangos, cuya mínima es de 5 puntos y la máxima posible de 35 puntos, la cual se evalúa con 30-35 (puntuación muy alta; altamente satisfecha), 25-29 (puntuación alta), 20-24 (puntuación media), 15-19 (puntuación ligeramente por debajo de la media), 10-14 (insatisfecha) y de 5-9 (extremadamente insatisfecha). De igual manera se interpretó que a mayor puntuación mayor satisfacción con la vida. Presenta un alfa de Cronbach general de 0.83 (Vázquez et al., 2013).

Catastrofización del dolor

Por último, se aplicó la escala de catastrofización del dolor, que está conformado por tres factores: el primero es la rumia cognitiva que se define como aquella preocupación constante e incapacidad de inhibir pensamientos relacionados con el dolor; la segunda es la magnificación, que se enfoca en explicar la exageración de lo desagradable del dolor; y el tercero es la desesperanza, el cual se centra en la pérdida de la esperanza por lograr algo o por que desaparezca algún aspecto físico y psicológico perjudicial para la salud. Cuenta con preguntas Likert, que se evalúan de 0 (nada en absoluto), 1 (un poco), 2 (moderadamente), 3 (mucho) y 4 (todo el tiempo). Puntuaciones más altas indican niveles más altos de catastrofismo. Presenta un alfa de Cronbach general de 0.94 (Seyey et al., 2013).

Consideraciones éticas

La propuesta de investigación contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo (UAEQROO), a fin de cumplir lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, por lo cual se aplica el artículo 13° del capítulo 1, título segundo, que versa sobre tratar con respeto y proteger el bienestar, explicándole de forma clara el objetivo del estudio y de toda actividad o procedimientos realizados en la investigación, los cuales se cumplirán a través de la entrega y firma del consentimiento informado, donde se protegerán los derechos humanos del participante, su autonomía, con el derecho a la libre decisión, que involucra la recolección y valoración de sus datos, con respeto a la confidencialidad y anonimato si así lo deseara, sin la intención de causar algún malestar o daño al sujeto de estudio en tiempo determinado.

Por ultimo y en cumplimiento a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo, los datos recabados se utilizarán únicamente con fines de investigación, de manera que el equipo de investigación asume las medidas legales y de seguridad para proteger los datos personales de los participantes.

Plan de análisis de datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico Statical Package for Social Sciences (SPSS) versión 25 para Windows 2010. En él se utilizaron frecuencias, porcentajes, medias, desviación estándar, valor máximo, valor mínimo e intervalo de confianza. Además, se realizó un análisis de distribución de las variables continuas con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, por lo que las correlaciones se aplicaron con la prueba de Spearman.

Resultados

En el estudio participaron 88 adultos entre 18 y 60 años que viven con dolor crónico benigno, cuya M de edad fue de 39.25 años, $DE = 12.783$ ($IC = 36.54-41.96$) y una M de 18.91 meses de vivir con dolor crónico, $DE = 29.777$ ($IC = 12.60-25.22$). En la tabla 14.1 se demuestra que la mayoría es mujer, con grado de estudios máximo de primaria, casada, con un nivel de economía percibido como medio, con dolor de origen desconocido y una percepción de la dinámica familiar como bueno.

Tabla 14.1. Descripción de las características personales

Variable	fr	%
Sexo		
Hombre	27	30.7
Mujer	61	69.3
Grado de estudios máximo		
Primaria	30	34.1
Secundaria	27	30.7
Preparatoria	17	19.3
Técnico	4	4.5
Licenciatura	10	11.4
Estado civil		
Soltero	22	25
Casado	59	67
Viudo	5	5.7
Concubinato	2	2.3
Economía percibida		
Bajo	18	20.5
Medio	69	78.5
Alto	1	1.1
Enfermedad asociada al dolor		
De origen desconocido	34	38.6
Dolor muscular crónico	12	13.6
Gonartrosis	4	4.5
Colitis	5	5.7
Litiasis crónica	5	5.7
Migraña	8	9.1
Artritis	3	3.4
EPOC	4	4.5
Cardiopatía	7	8
Diabetes	2	2.3
Origen vascular	1	1.1
Osteofito	1	1.1
Psoriasis	1	1.1
Secuela de accidente	1	1.1

Apoyo familiar percibido		
Malo	1	1.1
Regular	28	31.8
Bueno	42	47.7
Excelente	17	19.3

Nota: *fr* = frecuencia, % = porcentaje.

En la tabla 14.2 se muestra la descripción de las variables principales del estudio, con lo cual se prueba que las medias difieren con la media de los artículos consultados a nivel nacional e internacional.

Tabla 14.2. Descripción de las variables de estudio

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>IC</i>	<i>Val Min</i>	<i>Val Max</i>
Satisfacción con la vida	23.39	7.905	21.71-25.06	5	35
Catastrofización del dolor	12.26	12.292	9.66-14.87	1	41
Rumia cognitiva	4.28	4.441	3.34-5.23	0	15
Magnificación	2.81	3.055	2.16-3.45	1	15
Desesperanza	5.17	5.305	4.05-6.29	0	21

Nota: *M* = media, *DE* = desviación estándar, *IC* = intervalo de confianza, *Val Min* = valor mínimo, *Val Max* = valor máximo.

En la tabla 14.3 se encontró diferencia de medias de la catastrofización del dolor, rumia cognitiva, magnificación y desesperanza, con una mayor incidencia de todos estos en el grupo de mujeres.

Tabla 14.3. Comparación de medias de las variables del estudio

<i>Variable</i>	<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Edad	37.56	13.642	40	12.427	752.000	0.517
Meses con dolor	14.67	19.359	20.79	33.341	749.500	0.470
Satisfacción con la vida	23.48	8.688	23.34	7.609	794.000	0.789
Catastrofización del dolor	6.59	7.851	14.77	7.851	544.500	0.011
Rumia cognitiva	2.56	3.080	5.05	4.748	578.000	0.022
Magnificación	1.59	2.188	3.34	3.240	555.000	0.013
Desesperanza	2.44	3.130	6.38	5.634	494.00	0.002

Nota: *M* = media, *DE* = desviación estándar, *U* = *U* de Mann-Whitney, *p* = nivel de significancia.

En la tabla 14.4 se encontró relación de los meses de dolor con la satisfacción con la vida, catastrofización del dolor y con las subescalas rumia cognitiva, magnificación y desesperanza, es decir, que a mayores meses con dolor menor sentido de la vida y mayor catastrofización del dolor, rumia cognitiva, magnificación y desesperanza.

De igual manera, se halló relación del sentido de la vida con catastrofización del dolor, rumia cognitiva, magnificación y desesperanza, es decir que, a mayor sentido de la vida, se presenta en menor grado la catastrofización del dolor, rumia cognitiva, magnificación y desesperanza.

Tabla 14.4. *Correlación de las variables de estudio*

<i>Variable</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
1. Edad	1	0.041	0.150	0.101	0.080	0.111	.092
2. Meses con dolor		1	-0.278**	0.613**	0.519**	0.602**	0.609**
3. Satisfacción con la vida			1	-0.303**	-0.304**	-0.329**	-0.328**
4. Catastrofización del dolor				1	0.882**	0.916**	0.961**
5. Rumia cognitiva					1	0.886**	0.935**
6. Magnificación						1	0.976**
7. Desesperanza							1

Nota: ** $p < 0.001$, * $p < 0.05$.

Conclusiones

Se encontró que a mayor sentido de vida menor catastrofización del dolor, y a mayor número de meses de vivir con dolor menor sentido de vida y mayor catastrofización del dolor. Se requiere la creación de grupos de ayuda mutua con liderazgo de profesionales de la salud que coadyuven a mejorar el sentido de vida, para así modificar directamente aspectos psicológicos que causan alteración física o psicológica, y que tengan información importante para abordar directamente mediante intervención a este grupo poblacional.

Referencias

- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Gutiérrez-Salmerón, C., Betancourt-Sandoval, J., y Córdova-Domínguez, J. (2019). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(4), 207-213. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cma104e.pdf>
- Espinoza, D., Poblete, E., y Torres, D. (2019). *Análisis de experiencias de dolor crónico no oncológico y ocupaciones colectivas*. [Tesis Doctoral, Universidad Andrés Bello.] <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/15595>
- La Serna-Gallegos, L., y Maravi-Loyola, Y. (2019). *Catastrofismo ante el dolor crónico en adultos mayores que se atienden en un hospital en Lima*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Norbert Wiener.]
- Ordóñez-Hernández, C., Contreras-Estrada, M., y González-Baltazar, R. (2017). Calidad de Vida Laboral, Catastrofismo y Aceptación del Dolor Crónico Osteomuscular en Mujeres Trabajadoras. *Revista ciencia y trabajo*, 19(58), 26-30. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100026>
- Ortiz, L., y Velasco, M. (2017). Dolor crónico y psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 866-873. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.008>
- Sepúlveda, J. (1994). Definiciones y clasificaciones del dolor. *Ars Medica. Revista de Ciencias Médicas*, 23(3). <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1034/914>
- Seyey, A., Hernández, G., Freyre, M., Gonzáles, M., y Sullivan, M. (2013) Validity of the Pain Catastrophizing Scale, *Revista El Dolor*, 23(61), 18-24. https://www.ached.cl/up-files/revistas/documentos/5522ff2905431_original261.pdf
- Vázquez, C., Duque, A., y Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *The Spanish journal of psychology*, 16, E82. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>

15. Ropa de trabajo como equipo de protección personal en profesionales de la salud

[Workwear as personal protective equipment in healthcare professionals]



MIRIAM GÓMEZ-ORTEGA*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.15>

Resumen

Ante la pandemia por COVID-19; los hospitales y equipo de salud trabajaron los 365 días del año, con adversidades por exposición a una enfermedad infectocontagiosa. De hecho, varios profesionales de enfermería se contagiaron y algunos otros perdieron la vida. Ante este contexto, es necesario revisar las medidas de prevención para el desempeño laboral como el equipo de protección personal. Sin embargo, la ropa de trabajo en los ámbitos hospitalarios no es considerada parte de la protección. El objetivo fue determinar los elementos de selección de la ropa de trabajo como equipo de protección personal en profesionales de la salud. Se realizó un estudio cuantitativo y descriptivo, universo fueron las enfermeras alumnas de la Universidad Autónoma del Estado de México. La muestra la constituyen alumnas licenciadas en Enfermería del área de posgrado en Enfermería; se incluyó a 100%. Se utilizó como instrumento el fundamento de la NOM 017 STPS 2017. Equipo de Protección Personal, selección, uso y manejo en los centros de trabajo. La presente es una investigación sin riesgo apegada a los aspectos éticos en investigación en salud. El 100% desconocía los aspectos legales del equipo de protección personal y también refería que la ropa de trabajo es catalogada como uniforme, el cual debe de contar con características especiales ante riesgo biológico (salpicaduras, rasgaduras), al riesgo químico,

* Doctora en Educación Permanente. Profesora de tiempo completo en Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1320-2168>

que cubra aspectos ergonómicos, que permita la transpiración y movilidad, que sea antifuídos, resistente, fácil de lavar y desinfectar. La ropa de trabajo es un equipo de protección personal, la cual se debe otorgar con calidad y en cantidad, para proteger ante accidente o enfermedad de trabajo; es necesario fundamentar la protección a los peligros en su lugar de trabajo. Asimismo, es imposible que haya un sistema de salud efectivo sin una fuerza laboral saludable; el responsable de la seguridad y la salud en el trabajo es el patrón o jefe inmediato.

Palabras clave: *ropa de trabajo, equipo de protección personal, profesionales de la salud.*

Introducción

Ante la pandemia por COVID-19 los hospitales y el equipo de salud trabajaron los 365 días del año, expuestos a una enfermedad infectocontagiosa. De hecho, varios profesionales de enfermería se contagiaron y algunos otros perdieron la vida. Por tal motivo, el cuidador de la salud es considerado personal ocupacionalmente expuesto: trabajadores que en ejercicio y con motivo de su ocupación están expuestos a condiciones inseguras o peligrosas o a contaminantes del ambiente laboral (Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2014).

En el hospital, ante la exposición a los agentes biológicos, el factor de riesgo dependerá de la naturaleza del agente, su patogenicidad, virulencia, modo de transmisión y la vía de entrada al organismo. el cual puede ser de forma respiratoria, cutánea, digestiva, ocular, parenteral entre otras; así como también por agentes de origen químico, o por picaduras y cortaduras en el manejo de punzocortantes y en procedimientos. Los trabajos con riesgo muy alto de exposición son aquellos con alto potencial de exposición a fuentes conocidas o sospechosas durante procedimientos de cuidado de la salud que generan aerosoles, salpicaduras, flus de secreciones o líquidos corporales con agentes infecciosos de virus, parásitos, bacterias entre otros, a los cuales está expuesto el personal de salud de medicina, enfermería, odontólogos, paramédicos, técnicos de emergencias médicas (OSHA, 2020).

En resumen, el personal de salud está expuesto a riesgos laborales, siendo especialmente vulnerables a padecer enfermedades infecciosas y lesiones. Estas amplias categorías incluyen los peligros químicos, físicos, ergonómicos y psicosociales.

Ante este contexto es necesario contar con los controles administrativos y de ingeniería para minimizar la exposición, así como el equipo de protección personal (EPP) que es necesario para prevenir ciertas exposiciones. Aunque el uso correcto del EPP puede ayudar a prevenir algunas exposiciones, no debe tomar el lugar de otras estrategias de prevención.

El equipo de protección personal es el conjunto de elementos y dispositivos, diseñados específicamente para proteger al trabajador contra accidentes y enfermedades que pudieran ser causados por la exposición a factores de riesgo, agentes o contaminantes del ambiente laboral en sus actividades de trabajo o con motivo de la atención de emergencias. En caso de que en el análisis de riesgos establezca la necesidad de utilizar ropa de trabajo con características de protección, esta será considerada equipo de protección personal (NOM 017 STPS, 2017).

Otros ejemplos de EPP incluyen guantes, gafas, escudos faciales, máscaras y protección respiratoria, cuando sea pertinente. Las recomendaciones de EPP específicas a las ocupaciones o tareas de trabajo pueden cambiar o adaptarse dependiendo el riesgo de exposición. Asimismo, la ropa de trabajo se usa para riesgo por exposición a sustancias químicas corrosivas, irritantes o tóxicas cuando se puede tener contacto del cuerpo con este tipo de sustancias, o a agentes biológicos, tal como en labores realizadas en hospitales, clínicas, laboratorios y servicios de emergencias.

La ropa de trabajo específica para riesgos biológicos o químicos debe ser ergonómica, pues es un elemento crucial en entornos donde los trabajadores están expuestos a materiales o sustancias biológicas o químicos que pueden representar un riesgo para su salud. Además debe cumplir con ciertos estándares y regulaciones para asegurar la protección necesaria de los trabajadores. Los profesionales de enfermería se encuentran entre los trabajadores de la salud más expuestos debido a su interacción directa e indirecta con pacientes. Estos riesgos pueden surgir de diversas fuentes, incluyendo:

- Exposición a patógenos: los personales de enfermería pueden estar en contacto directo microorganismos multirresistentes, causantes de infecciones; con pacientes con enfermedades infecciosas como VIH, hepatitis B y C, tuberculosis, entre otras. Esto puede ocurrir a través de la manipulación de fluidos corporales o la realización de procedimientos invasivos en el cuidado del paciente.
- Accidentes con agujas y cortes: las agujas u otros instrumentos pueden causar heridas punzantes o cortes en los trabajadores de la salud, lo que puede resultar en la transmisión de patógenos si la aguja ha estado en contacto con sangre u secreciones contaminadas.
- Exposición a aerosoles infecciosos: al realizar procedimientos que generan aerosoles, como la intubación o la aspiración, existe el riesgo de inhalar partículas que contengan microorganismos infecciosos.
- Manipulación de materiales contaminados: esto incluye la gestión de ropa de cama, dispositivos médicos, apósitos y otros materiales que pueden estar contaminados con sangre u otros fluidos corporales, así como medicamentos.
- Contacto con superficies contaminadas: las superficies en entornos de atención médica pueden estar contaminadas con microorganismos patógenos, lo que puede llevar a la transferencia de estos organismos a través del contacto con las manos o equipo médico.
- Exposición a agentes químicos, ya sean medicamentos o desinfectantes: la manipulación de medicamentos del paciente, así como la utilización de productos químicos para la desinfección y esterilización puede presentar riesgos si no se manejan adecuadamente.

Algunos elementos clave de esta ropa de trabajo debe incluir:

- Materiales resistentes a líquidos: la ropa debe estar hecha de materiales que sean resistentes a líquidos, para prevenir la absorción de sustancias biológicas y químicas peligrosas a través del tejido; debe ser impermeable al agua y otros líquidos, lo que ayuda a prevenir la penetración de microorganismos y fluidos corporales.
- Ajuste y sello adecuados: proporcionar un ajuste adecuado y sellado para evitar la entrada de materiales biológicos y que sea ergonómica.

Esto puede incluir el uso de elásticos, cierres ajustables y otros elementos de diseño; las mangas y puños deben estar diseñados de manera que proporcionen un sello hermético alrededor de las muñecas para evitar la entrada de sustancias químicas y biológicas.

- Capucha o gorro: en algunos casos puede ser necesario usar una capucha o gorro para proteger la cabeza y el cabello contra salpicaduras.
- Protección para los zapatos: dependiendo del entorno de trabajo, puede ser necesario utilizar botas o cubrezapatos para prevenir la exposición a sustancias biológicas a través del calzado.
- Facilidad de descontaminación: la ropa de trabajo para riesgos biológicos debe ser fácil de limpiar y descontaminar después de su uso.
- Ergonomía con visibilidad y comodidad: aunque la protección es lo más importante, la ropa también debe ser lo suficientemente cómoda para permitir una movilidad y transpiración adecuada y no debe obstruir la visión.
- Marcado y etiquetado: debe haber un marcado claro en la ropa que indique su capacidad de protección contra riesgos biológicos y cualquier otro requisito de seguridad, así como el desgaste apropiado. Es importante que los trabajadores utilicen la ropa de manera adecuada, siguiendo las instrucciones proporcionadas por el fabricante y su empleador.
- La desinfección de la ropa de trabajo en entornos donde hay riesgo biológico es esencial para prevenir la propagación de patógenos y proteger la salud de los trabajadores. Antes de comenzar cualquier proceso de desinfección, es importante identificar los riesgos biológicos específicos a los que están expuestos los trabajadores para determinar la frecuencia y el nivel de desinfección necesario.
- Retiro seguro de la ropa contaminada: la ropa que ha estado en contacto con sustancias biológicas y químicas debe ser retirada cuidadosamente para evitar la dispersión de posibles patógenos. Esto puede implicar el uso de guantes y batas adicionales para manipularla.
- Lavado con detergentes desinfectantes: la ropa debe ser lavada utilizando detergentes desinfectantes que sean efectivos contra patógenos biológicos. Es importante seguir las instrucciones del fabricante y usar la temperatura y ciclo de lavado adecuados. En algunos casos, puede

ser necesario realizar un pretratamiento de la ropa antes de la desinfección. Esto puede incluir la remoción de manchas o el lavado previo.

- Uso de cloro: si es apropiado para el tipo de tela y color de la ropa, se puede agregar cloro al ciclo de lavado para proporcionar una desinfección adicional. Sin embargo, es importante usarlo en la concentración adecuada y no mezclarlo con otros productos químicos.
- Temperatura del agua: el agua caliente es efectiva para desinfectar la ropa. Se recomienda usar una temperatura de al menos 60°C durante el lavado y un secado a alta temperatura para asegurarse de que cualquier patógeno residual sea eliminado. El uso de una secadora a alta temperatura es eficaz para este propósito.
- Planchado (opcional): en algunos casos, el planchado a alta temperatura puede proporcionar una capa adicional de desinfección.
- Almacenamiento seguro: una vez desinfectada, la ropa debe almacenarse en un lugar limpio y seco hasta su próximo uso.
- Limpieza de la lavadora: después de cada ciclo de desinfección, es importante limpiar y desinfectar la lavadora para evitar la contaminación cruzada.

Es fundamental que el proceso de desinfección de la ropa de trabajo se lleve a cabo de manera adecuada y se sigan las pautas, protocolos y regulaciones locales. Además, se debe proporcionar capacitación a los trabajadores sobre las prácticas de desinfección seguras y se deben proporcionar los recursos y equipos necesarios para llevar a cabo este proceso de manera efectiva.

La selección de la ropa de trabajo debe ser realizada de acuerdo con una evaluación de riesgos específica para el entorno laboral en cuestión. Los empleadores deben proporcionar la capacitación necesaria para el uso correcto de este tipo de ropa, así como las pautas para su almacenamiento y mantenimiento. Además, es importante que se sigan las regulaciones y estándares locales y nacionales relacionados con la protección de los trabajadores contra riesgos biológicos y químicos.

Los EPP deberían tener un diseño ergonómico y, en la medida de lo posible, no restringir la libertad de movimientos del usuario ni su campo de visión, así como tampoco su audición u otras funciones sensoriales. Asimismo, deberían seleccionarse teniendo en cuenta las características y el

sexo de la persona que vaya a llevarlo, además de la carga fisiológica adicional u otros efectos nocivos que provoquen estos equipos.

Todos los EPP deberían:

- ser apropiados para los riesgos que puedan presentarse, sin que su uso conlleve ningún riesgo adicional.
- garantizar trabajo decente a los trabajadores de los servicios.
- corresponder a las condiciones existentes en el lugar de trabajo.
- adaptarse convenientemente a la persona que vaya a llevarlo una vez realizados los ajustes necesarios.

Los EPP que puedan estar contaminados por materiales peligrosos para la salud no deberían lavarse, limpiarse o guardarse en las viviendas de los trabajadores. Debe de facilitarse un lugar para guardar la ropa cuando sea necesario utilizar equipo de protección o cuando exista el riesgo de que los materiales peligrosos contaminen la ropa de calle. Igualmente, deben existir vestidores ubicados y diseñados de manera tal que se prevenga la propagación de la contaminación de la ropa de protección a la ropa personal y de una instalación a otra, así como áreas de higiene dignas para aseo personal. Los empleadores deberían velar para que los trabajadores no lleven a sus hogares ropa contaminada, y tomar las medidas oportunas para que esta ropa se limpie sin costo alguno para el trabajador. Antes de toda reutilización de la ropa o del equipo, los empleadores deberían velar para que se lave, limpie, desinfecte y examine la ropa y el equipo de protección utilizados que puedan haberse contaminado por materiales peligrosos para la salud. Al facilitar los EPP y la ropa de protección, los empleadores deberían tener en cuenta que el mantenimiento y uso correctos de los EPP, incluido el comportamiento adecuado del usuario, son fundamentales a fin de facilitar la protección para la que han sido diseñadas legislativas existentes en materia de higiene y seguridad del trabajo adaptándolas a las características particulares del trabajo del personal de enfermería y del medio en que este se realiza (ORT, 2019).

Ante la exposición de los trabajadores de la salud a riesgo particular de exposición profesional a enfermedades transmisibles como la COVID-19, el convenio sobre el personal de enfermería de 1977 insta a los gobiernos a

esforzarse, si fuere necesario, por mejorar las disposiciones. Dicho convenio trata sobre la protección de la salud en el trabajo y dispone que deberían tomarse todas las medidas posibles para evitar que los miembros del personal de enfermería estén expuestos a riesgos particulares. Cuando no pueda evitarse la exposición a tales riesgos, la recomendación insta a que se tomen medidas para reducirlos al mínimo, lo cual incluye el suministro y la utilización de ropa protectora, la reducción de la duración del trabajo, pausas más frecuentes, un alejamiento temporal del riesgo y una compensación económica, en caso de exposición a riesgos particulares. Además, las normas internacionales del trabajo en materia de violencia y acoso hacen un llamamiento a la adopción de medidas para las ocupaciones y las modalidades de trabajo más expuestas a la violencia y al acoso, tales como el trabajo en el sector de la salud y los servicios de emergencia (OIT, 2017).

Por todo lo anterior, es esencial proteger la salud física y emocional del personal de enfermería proporcionándoles un entorno de trabajo seguro y con acceso a equipamiento adecuado para minimizar y mitigar los riesgos laborales. Además de tener condiciones de trabajo seguras y dignas, es fundamental que se muestre respeto hacia la profesión mediante un entorno de trabajo saludable y un puesto de trabajo convincente, empoderante y satisfactorio. Es esencial que tengan un entorno de trabajo positivo para asegurar que los pacientes reciban cuidados de alta calidad, dado que eso contribuye a incrementar la satisfacción, retención y desempeño de las enfermeras (Stewart, 2023).

El objetivo es determinar los elementos de selección de la ropa de trabajo como equipo de protección personal en profesionales de la salud.

Metodología

El estudio fue cuantitativo y descriptivo, cuyo universo fueron alumnos de la Universidad Autónoma del Estado de México, y cuya muestra la constituyen licenciadas en Enfermería del área de posgrado en Gestión en Enfermería; se incluyó a 100% y se utilizó un instrumento fundamentado en la NOM 017 STPS 2017, de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), Equipo de Protección Personal, selección, uso y manejo en los centros de

trabajo. Se realizó un análisis de riesgos físicos, riesgos a la salud en área hospitalaria y se determinó la región anatómica de tronco como un equipo de protección personal en función de la actividad realizada. Finalmente, se incluyeron datos sociolaborales. Es una investigación sin riesgo apegada a los aspectos éticos en criterios de investigación en salud.

Resultados

El 100% son profesionales de enfermería, con entre 5 y 10 años de antigüedad en el área hospitalaria. El 100% trabajó en la pandemia de COVID-19, pero desconocía los aspectos legales del uso del equipo de protección personal, así como la NOM 017 STPS y las normas nacionales e internacionales. El 100% refirió que la ropa de trabajo es catalogada como uniforme.

Al realizar el análisis por riesgo físico en el área hospitalaria, se determinaron los siguientes: golpe contra objeto fijo; caída de objetos; proyección de partículas o salpicaduras; manejo de materiales abrasivos o punzocortantes; contacto con superficies a alta temperatura o con sustancias corrosivas, irritantes, tóxicas u otras peligrosas; exposición a fuego y calor; reacción química violenta; deslumbramiento por luz intensa, radiación láser; y actuación en casos de emergencia. En riesgos a la salud: exposición a agentes químicos (polvos, fibras, humos, gases, vapores, neblinas, rocíos, etc.); agentes físicos (ruido, radiación ionizante y no ionizante, temperaturas ambientales extremas), ambientes con deficiencia de oxígeno; y agentes biológicos, ergonómicos y psicosociales.

El 100% de la muestra determinó que se debe de implementar el término *ropa de trabajo*, la cual debe de contar con características especiales ante riesgo biológico al 100% (salpicaduras, rasgaduras); ante riesgo químico; cubra aspectos ergonómicos (que permita la transpiración y movilidad que sea antifuídos, que sea resistente y fácil de lavar y desinfectar); con protocolos de capacitación en el antes, durante y después; para selección, uso, manejo, de equipo de protección personal; y para proteger contra los riesgos derivados de las actividades que desarrollan y pueden dar como resultado accidentes y enfermedades de trabajo.

Conclusiones

La ropa de trabajo es un EPP que se debe otorgar de calidad y en cantidad; con características especiales en la prevención de riesgos biológicos, químicos y ergonómicos, y que proteja ante accidentes o enfermedades laborales. Es necesario fundamentar y capacitar en la protección ante los peligros como personal ocupacionalmente expuesto. El responsable de seguridad y salud en el trabajo es el patrón o jefe inmediato, pues así está fundamentado en los tratados internacionales de la OIT, la Constitución Política, la Ley Federal de Trabajo y las normas STPS. Es imposible que haya un sistema de salud efectivo sin una fuerza laboral saludable, es necesario invertir en los cuidadores de la salud.

Referencias

- Oficina Internacional del Trabajo. (2019). *Directrices sobre el trabajo decente en los servicios públicos de urgencia*.
- Organización Internacional del Trabajo. (2017). Recomendación sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 157) Recomendación R157 - (ilo.org)
- OSHA (2020). *Guía sobre la Preparación de los Lugares de Trabajo para el virus COVID-19*. www.osha.gov
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2014). *Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n152.pdf>
- Secretaría de Gobernación. (2018). *PROY- NOM-017-STPS-2017, Equipo de protección personal Selección, uso y manejo en los centros de trabajo*. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5509975&fecha=03/01/2018#gsc.tab=0
- Stewart, D. (2023). *Informe sobre el Día Internacional de la Enfermera 2023*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_IND_2023_Report_SP.pdf

16. Violencia económica por razón de género en el ámbito laboral de la salud

[Economic violence due to gender in the health work field]



DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.16>

Resumen

La violencia económica en el ambiente laboral del área de salud es una forma de abuso o maltrato que tiene lugar en el contexto del trabajo y que está relacionada con la economía y las condiciones laborales, asimismo, puede manifestarse de diversas maneras y afectar tanto a empleados como a empleadores. El objetivo fue identificar los factores que inciden en la violencia económica por razón de género en el ámbito laboral de la salud. Este tipo de investigación es cuantitativa descriptiva, transversal y se realizó en mujeres universitarias recién egresadas del área de salud. El muestreo fue probabilístico con un nivel de confianza de 95% y estuvo integrado por 120 mujeres enfermeras. Se incluyeron mujeres recién egresadas en servicio social del área de salud que aceptaron participar y firmaron un consentimiento

MIRIAM GÓMEZ-ORTEGA*

GENOVEVA GONZÁLEZ-GONZÁLEZ**

KARLA LAURA GONZÁLEZ-PEÑA***

ALEJANDRA GARDUÑO-SANTOS****

MARÍA DE LOS ÁNGELES MONROY-MARTÍNEZ*****

MARGARITA CALDERÓN-MIRANDA*****

* Doctora en Educación Permanente. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1320-2168>

** Maestra en Enfermería Quirúrgica. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3054-0094>

*** Maestra en Seguridad e Higiene Ocupacional. Profesora de asignatura de la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6437-742X>

**** Doctora en Alta Dirección. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1581-9230>

***** Doctora en Alta Dirección. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6003-8287>

***** Doctora en Alta Dirección. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de México. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8316-3910>

informado. La investigación es sin riesgo, y el instrumento utilizado fue del Observatorio de Violencia Social y de Género con un alfa de Cronbach de 0.96. La edad de las mujeres fue, mayoritariamente, de 22 a 24 años, con 54%; 47% refirió tener menos oportunidades que los hombres; a 22% le pagan menos que a los hombres enfermeros aunque realizan el mismo trabajo; 27% ha presentado dificultades por ser mamá; y a 6% le pidieron prueba de embarazo para ser contratada.

El trabajo debe ser reconocido como un derecho de toda persona a un mundo laboral libre de violencia económica y acoso por razón de género; y siempre debe ser remunerado.

Palabras clave: *violencia económica, laboral, mujeres.*

Introducción

Poner fin a la pobreza en todas sus formas es el primero de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. Entre sus metas está que todas las mujeres y hombres tengan los mismos derechos al aprovechamiento de los recursos económicos, así como acceso a los servicios básicos y otras formas de propiedad, nuevas tecnologías y servicios financieros. Sin embargo, el informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONU Mujeres) indica que más de 340 millones de niñas y mujeres vivirán en pobreza extrema en 2030 (Vega, 2023).

Por tanto, es necesario respaldar el trabajo como un derecho y un deber social. No es artículo de comercio, y exige respeto para las libertades y dignidad de quien lo presta, así como el reconocimiento a las diferencias entre hombres y mujeres para obtener igualdad ante la ley. Debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida digna y la salud para las y los trabajadores y sus familiares dependientes. Por ello, no podrán establecerse condiciones que impliquen discriminación entre los trabajadores por motivo de origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, condición migratoria, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otro que atente contra la dignidad humana. Es de

interés social garantizar un ambiente laboral libre de discriminación y de violencia (Ley Federal del Trabajo [LFT], 2022).

Una forma de abuso de poder cuya finalidad es excluir, aislar o someter al otro. La violencia puede ser de mujeres hacia mujeres, de mujeres hacia hombres, de hombres hacia hombres y de hombres hacia mujeres. De acuerdo con la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), la violencia económica es toda acción u omisión de la persona agresora que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral. En el ámbito laboral, sigue siendo un gran reto eliminar la brecha salarial entre mujeres y hombres. Se busca que las mujeres y los hombres reciban la misma remuneración por igual trabajo (Briseño, 2023) La desigualdad salarial es la brecha de desigualdad de género en el sector laboral y se identifica como la diferencia entre el promedio de los ingresos totales masculinos y femeninos, expresada como un porcentaje de los ingresos totales masculinos, bajo el principio de “a trabajo igual, desempeñado en puesto, jornada y condiciones de eficiencia también iguales, debe corresponder salario igual” (LFT, 2022).

En el sector de la salud y asistencia, las mujeres se enfrentan a una mayor brecha salarial de género que en otros sectores económicos, ya que ganan de media un 24% menos que sus compañeros varones, según un nuevo informe conjunto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). El informe, que es el análisis más completo del mundo sobre las desigualdades salariales de género en el ámbito de la salud, constata una diferencia salarial bruta entre hombres y mujeres de aproximadamente 20 puntos porcentuales, que se eleva a 24 puntos porcentuales cuando se tienen en cuenta factores como la edad, la educación y el tiempo de trabajo. Esto pone de manifiesto que las mujeres están insuficientemente pagadas por sus atribuciones en el mercado laboral en comparación con los hombres. Gran parte de la brecha salarial no se explica, y se debe tal vez a la discriminación hacia las mujeres, que representan el 67% de los trabajadores de la salud y asistenciales en todo el mundo. El estudio también concluye que los salarios en el sector de la salud y asistencial tienden a ser más bajos en general, en comparación con otros

sectores económicos. Esto coincide con la constatación de que los salarios suelen ser más bajos en los sectores económicos en los que predominan las mujeres (OMS, 2022).

En cuanto a las consecuencias de la violencia económica que se ejerce en el ámbito laboral, puede ocasionar complicaciones directas sobre la salud física, mental y reproductiva de las mujeres. Además, la violencia que se presenta dentro de las organizaciones laborales genera ambientes hostiles, lo cual afecta el respeto, la comunicación, el compromiso, el ambiente amigable y la satisfacción de la actividad laboral, que son factores que puntualizan un ambiente de trabajo favorable, con alta productividad y alto rendimiento, es decir, va más allá de las relaciones interpersonales entre empleadas y empleados. Por otra parte, este tipo de violencia también trae consecuencias, como elevados costos de producción, mayor rotación de personal, disminución o pérdida de la motivación laboral, alteración de las relaciones interpersonales, deterioro del ambiente laboral, aumento de la accidentalidad y ausentismo, entre otros problemas al interior de las organizaciones (Cruz y Casique, 2019).

En abril de 2022 México ratificó el Convenio 190 sobre la Violencia y el Acoso, que habla sobre el derecho de toda persona a un mundo del trabajo libre de violencia y acoso de género en los espacios laborales, lo cual continúa acarreando problemas de salud, además de daños a la integridad psicológica, entre otros. (OIT, 2022). Lo anterior tiene que ver con la falta de un pago económico de acuerdo con el desempeño laboral.

En este contexto, el propósito fundamental de la inclusión laboral es el acceso a un empleo digno, productivo y bien remunerado a favor de las personas en edad de trabajar, sin importar su origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o conyugal, entre otros motivos. Asimismo, entre sus principios está la accesibilidad arquitectónica y el acceso a los bienes y recursos institucionales, a la información, comunicación y a las oportunidades de manera equitativa para todo el personal, sin pasar por alto el tema de la formación y capacitación en sus áreas de trabajo.

Finalmente, es importante reconocer que si bien es cierto que las prácticas discriminatorias forman parte de lo cotidiano en muchos centros de

trabajo, donde se excluye o discrimina a las personas sólo por sus condiciones y características personales, también es cierto que muchos centros de trabajo optan por la mejora continua, adoptando y aplicando las buenas prácticas laborales en términos de igualdad, inclusión y no discriminación. En este sentido, la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación es una oportunidad e invitación para iniciarse o seguir creciendo como centros de trabajo en estas prácticas.

En las áreas hospitalarias, el personal de enfermería es la espina dorsal del sistema de salud, pues proporciona cuidados esenciales, promueve la salud, fomenta la prevención de enfermedades, está en primera línea en la atención de salud y trabaja tenazmente para asegurarse de que los pacientes reciban los cuidados que necesitan, a menudo en circunstancias difíciles y complejas. Muchos trabajan más horas, con menos apoyo y en condiciones más estresantes que nunca, por lo cual es necesario la inversión en enfermería, pues una prioridad para la prosperidad de una sociedad sana reside en un trato y salario digno. Por todo lo anterior se debe garantizar que todas las enfermeras tengan acceso a beneficios laborales como seguro médico, planes de jubilación y licencias parentales, independientemente de su género.

Objetivo

Identificar los factores que inciden en la violencia económica por razón de género en el ámbito laboral de la salud.

Método

Este tipo de investigación es cuantitativa descriptiva y transversal. El universo está integrado por mujeres universitarias recién egresadas del área de salud de Toluca, Estado de México. Mientras que el muestreo probabilístico con nivel de confianza de 95%, se encuentra integrado por 120 mujeres enfermeras. Para esto se incluyeron mujeres recién egresadas de la licenciatura que se encontraban laborando en alguna institución hospitalaria del área de la salud, que tuvieran al menos 6 meses trabajando en la organiza-

ción como personal operativo de enfermería como puesto actual, que aceptaran de manera voluntaria responder el cuestionario y que firmaran un consentimiento informado. Se excluyeron a todas aquellas que no asistieron por motivo de incapacidad o vacaciones.

La presente es una investigación sin riesgo, en apego a los criterios éticos en materia de investigación. El instrumento utilizado fue del Observatorio de Violencia Social y de Género, con un alfa de Cronbach de 0.96. Se utilizó la encuesta que explora violencia contra las mujeres dentro del ámbito laboral en el apartado de violencia económica, el cual incluye la reducción del salario o prestaciones, dificultades u obstaculizaciones de promociones o ascensos laborales, así como una sección que proporcionan información sobre las características personales de las mujeres en el contexto laboral.

Resultados

Respecto a la edad, 54% de las enfermeras participantes se encuentra entre los 22 y 24 años; con una antigüedad laboral de 6 meses a 2 años; 22% es madre soltera; 47% de las enfermeras refiere haber tenido menos oportunidades laborales que los hombres; 22% de las trabajadoras relata que le pagan menos que a los hombres enfermeros por el mismo trabajo; 27% ha presentado dificultades laborales por ser mamá; a 6% le pidieron prueba de embarazo al ser contratada; 98% de las mujeres enfermeras refiere contar con menor oportunidad de capacitación en el trabajo que un hombre enfermero; 12% recibió discriminación por estar embarazada; 98% ha tenido menor oportunidad de ascender en el puesto de trabajo por ser mujer; a 47% le impidieron o limitaron en la realización de determinadas tareas o funciones por estar reservadas para los hombres en relación con la fuerza física.

Tabla 16.1. Factores que inciden a violencia económica

Factores que inciden en la violencia económica/género	Fx	%
Menor oportunidad laboral por ser mujer	57	47%
Menor oportunidad laboral para ascender de puesto de trabajo que un hombre enfermero	118	98%
Menor salario que un hombre enfermero	26	22%

N= 120.

Conclusiones

El trabajo debe ser reconocido como un derecho de toda persona en un entorno libre de violencia y acoso por razón de género. La violencia económica es una forma insidiosa de abuso que puede tener un impacto duradero en la vida de las mujeres afectadas. Puede dificultar su capacidad para llevar una vida independiente y autónoma. Por eso es importante reconocer y abordar este tipo de violencia, y ofrecer apoyo y recursos a las mujeres que lo experimentan. Por medio de un ambiente de trabajo a favor de la diversidad, igualdad e inclusión, se debe promover el equilibrio entre las responsabilidades familiares, laborales y personales.

La inversión en enfermería es un aspecto crucial de la política de salud, local, nacional y global para el cumplimiento de metas y objetivos, pues las enfermeras constituyen el grueso del personal sanitario global. A pesar de su participación significativa en el sector de la salud, a menudo las enfermeras padecen escasez de recursos y sus conocimientos y servicios no se retribuyen adecuadamente de acuerdo con el desempeño laboral que realizan en el cuidado de la salud.

La violencia económica y la precarización laboral del personal de enfermería pueden afectar negativamente la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. Por tanto, es necesario implementar medidas efectivas que promuevan la igualdad de género y la justicia salarial en el sector salud, garantizando los derechos y el bienestar del personal de enfermería, especialmente de las mujeres.

Referencias

- Briseño G. (2023). *La importancia de identificar la violencia económica*. Instituto Nacional de las Mujeres. <https://www.condufef.gob.mx/documentos/blog/La%20importancia%20de%20identificar%20la%20violencia%20economica%20Gisela%20Briseno%20Loredo%20INMUJERES.pdf>
- Cruz Arroyo, V., y Casique, I. (2019). Violencia laboral. Análisis de los factores de riesgo y consecuencias en la vida de las mujeres trabajadoras en la Ciudad de México. *Papeles de población*, 25(102), 51-79. <https://doi.org/10.22185/24487147.2019.102.32>

- H. Congreso de la Unión (2022). *Ley Federal del trabajo*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *En el sector de la salud y asistencial, las mujeres ganan un 24% menos que los hombres*. <https://www.who.int/es/news/item/13-07-2022-women-in-the-health-and-care-sector-earn-24-percent-less-than-men>
- Secretaría de Economía, (s. f.). *NMX-R-025-SCFI-2025. En igualdad laboral y no discriminación*
- Organización Internacional del Trabajo. (2022). *México ratifica el Convenio sobre la violencia y el acoso*. https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/equality-of-opportunity-and-treatment/WCMS_850554/lang-es/index.htm
- Organización Internacional del Trabajo. (2022). *Las mujeres del sector de la salud y de los cuidados ganan un 24 por ciento menos que los hombres*. https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_850974/lang-es/index.htm
- nación. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/25111/NMX-R-025-SCFI-2015_2015_DGN.pdf
- Vega, V. (2023). *La pobreza tiene género 2023*. Amnistía Internacional. www.amnesty.org

17. Influencia del apoyo social familiar y de amigos en la conducta suicida en jóvenes universitarios

[Influence of social support from family and friends on suicidal behavior in young university students]



MARY CRUZ ORTIZ-PEÑA*

NANCY GRISELDA PÉREZ-BRIONES**

JOSÉ LUIS CERANO-FUENTES***

IDALIA MARGARITA HERRERA-GARIBAY****

ANAHÍ RUIZ-LARA*****

ANDREA ISARY REQUENES-ESPINOZA*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.17>

Resumen

La transición y desarrollo de los jóvenes universitarios enmarca un periodo crucial en el que se experimentan cambios importantes. En esta etapa, el suicidio representa un grave problema de salud pública. Es por ello que la comprensión de las conductas suicidas implica el reconocimiento de los factores de riesgo y protectores entre los que actualmente se contempla la presencia del apoyo social, familiar y de amigos. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y predictivo de corte transversal en 683 estudiantes de una universidad pública del estado de Coahuila. Para la obtención de datos se elaboró una cédula sociodemográfica, se utilizó la escala de apoyo social, familiar y de amigos (AFA-R) y la escala de Okasha para la suicidalidad (EOS).

* Maestra en Ciencias de Enfermería. Profesora de medio tiempo de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5229-2999>

** Doctora en Ciencias de la Enfermería. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6903-4039>

*** Doctor en Salud Pública. Catedrático en Salud Pública de la Universidad Contemporánea de las Américas. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0611-0977>

**** Maestra en Enfermería. Profesora de medio tiempo de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6012-7033>

***** Doctora en Salud Pública. Profesora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0268-4023>

***** Estudiante de licenciatura en Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4601-8398>

Para el procesamiento de datos se realizó estadística descriptiva e inferencial mediante el programa SPSS en su versión 27. Se obtuvo una relación moderada, negativa y significativa entre las variables de estudio ($r_s = -0.498$, $p < 0.01$). Asimismo, el modelo de la influencia del apoyo social familiar y de amigos sobre la conducta suicida es significativo ($F = 107.083$, $p < 0.01$) y es explicado en 24%. En conclusión, el apoyo social familiar y de amigos influye como factor protector, pero cuando es percibido bajo se considera un riesgo para desarrollar una conducta suicida. Es por esto que se destaca la necesidad de mejorar las habilidades socioemocionales y las relaciones interpersonales con el fin de aumentar la red de apoyo social durante los estudios universitarios.

Palabras clave: *apoyo social, conducta suicida, jóvenes universitarios.*

Introducción

La transición y desarrollo de la vida universitaria enmarcan un periodo crucial en el que se experimentan cambios importantes, tanto a nivel biológico, social, económico, educativo y psicológico que exponen a los individuos a vulnerabilidades específicas, como los problemas de salud mental. La mayoría de los problemas de salud mental tienen inicio al final de la adolescencia y al comienzo de la edad adulta, siendo los estudiantes universitarios quienes comúnmente cumplen con los criterios para uno o más problemas de salud mental (Grasdalsmoen et al., 2020). En efecto, dentro de las problemáticas más frecuentes en los jóvenes, se destacan las muertes prematuras a causa de accidentes, violencia y suicidios (Robles et al., 2020).

El suicidio representa un grave problema de salud pública que a nivel mundial, en 2019, se posicionó como la cuarta causa de muerte en las personas de 15 a 29 años, puesto que anualmente alrededor de 703 000 consuman el acto suicida y muchas más intentan hacerlo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). En México, se han registrado 8 351 decesos a causa de lesiones autoinflingidas lo cual representa una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100 000 habitantes, con el género masculino en una tasa mayor (10.9), en comparación con el género femenino (2.4) (Instituto de Nacional

de Estadística Geográfica e Informática [INEGI], 2022). Por otra parte, para el estado de Coahuila en 2020 se registraron 283 suicidios, cifras que continúan incrementando respecto al año anterior que se registraron 266 casos (INEGI, 2022; Congreso de Coahuila, 2021).

El suicidio como fenómeno multifactorial se asocia a circunstancias de riesgo como trastornos del estado de ánimo, insatisfacción académica, intentos previos de autolesión y experiencia de agresión física o sexual (Blasco et al., 2019; Da Silva-Bandeira et al., 2022), incluso situaciones que implican vulnerabilidad en los sujetos, como lo fue el caso de la emergencia sanitaria por COVID-19, asociado a la limitada capacidad de afrontamiento (Borges et al., 2023). Efectivamente, la conducta suicida dependerá de características tanto biológicas, personales, sociales y culturales, y deberá ser considerada bajo la perspectiva de la presencia de fases como la idea, el plan y el acto, cuya aparición dependerá del tipo de suicidio (Velásquez, 2018).

El conjunto de fases que conlleva el suicidio, respecto al contexto universitario, tiene que ver con el año de estudios, vivir en un área urbana, consumir sustancias psicoactivas, irregularidades académicas, acoso escolar y la presencia de enfermedades físicas y mentales tanto propias como de familiares, así como intentos de suicidio de estos últimos (Rasheduzzaman, 2022). Cabe destacar que el estigma que permea en tal problemática, la falta de reconocimiento y la limitación de redes de apoyo representan puntos esenciales de análisis a favor de mitigar las barreras para un desarrollo mental óptimo (Velásquez, 2018).

Al llegar a este punto, es evidente que la comprensión de las conductas suicidas implica el reconocimiento de los mencionados factores de riesgo y, junto a ellos, los factores protectores entre los que actualmente se contemplan la presencia de relaciones personales sólidas, las creencias religiosas, la conexión espiritual, la capacidad de afrontamiento y enfoques positivos hacia la gestión del estrés y el bienestar (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). Situaciones como el apoyo social, por ejemplo, actúa en la disminución de estados emocionales complicados como la de-

presión y la ansiedad, y crean un efecto directo en la reducción del riesgo de suicidio en los jóvenes (Chu et al., 2021).

Sumado a lo anterior, la familia y los amigos también pueden proveer soporte a los individuos en estado de vulnerabilidad, dado que fungen como factores elementales y de gran consideración dirigidos a la protección contra el suicidio (Núñez-Ariza et al., 2020; Torres-Henao, 2020). A su vez, se debe considerar como necesidad prioritaria de salud pública la prevención y el fortalecimiento de grupos multidisciplinarios y de acción social con el objetivo primordial de reducir las tasas de mortalidad a causa de tal problemática (OMS, 2023).

En consecuencia, es esencial producir respaldo científico sobre los elementos que aumentan y disminuyen el riesgo, con el fin de reducir la probabilidad de desarrollar conductas suicidas. Esto fortalecerá los programas existentes que buscan abordar el suicidio de manera coordinada en el ámbito de la salud, mediante iniciativas como la formación del personal en contenidos específicos de prevención del suicidio. Por lo anteriormente referido, el objetivo del presente estudio fue determinar la influencia del apoyo social y familiar y de amigos en la conducta suicida en jóvenes universitarios del estado de Coahuila.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y predictivo de corte transversal (Polit y Tatano, 2018) en 683 estudiantes mayores de 18 años, que no estaban bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico, que firmaron el consentimiento informado y que estaban matriculados de primero a décimo semestre en una universidad pública del estado de Coahuila. El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia.

Para la obtención de los datos se elaboró una cédula sociodemográfica que incluyó sexo, carrera, semestre, estado civil, ocupación y tipo de familia. Se utilizó la escala de apoyo social familiar y de amigos (AFA-R) de González y Landero (2014) que posee una alfa de Cronbach de 0.91, que tiene 15 ítems con cinco alternativas de respuesta que van de 1 a 5, sumando de 15 a 75 puntos, lo que indica que a mayor puntaje mayor apoyo social. La conducta

suicida fue medida a través de la escala de Okasha para la suicidalidad (EOS), que tiene un alfa de Cronbach de 0.87, la cual consta de cuatro ítems con tres opciones de respuesta que se puntúan de 0 a 3. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad (Campo-Arias et al., 2019).

Se solicitó autorización a cada unidad académica y se elaboró un enlace digital en Microsoft Forms que fue enviado mediante los jefes de grupo de cada semestre. La colecta de datos fue durante marzo-abril de 2023. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico para Windows Statistic Package for the Social Science (SPSS) versión 27, con el cual se realizó estadística descriptiva mediante frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Por último, se aplicó un análisis de bondad o ajuste con la prueba de Kolmogorov-Smirnov con el objetivo de observar la distribución de las variables para determinar el uso de estadística paramétrica o no paramétrica, y de acuerdo con el resultado se observó una curva sin distribución normal ($p = 0.001$). Por lo tanto, se utilizó el modelo de correlación de Spearman y una regresión lineal para medir la influencia de la variable independiente.

El presente estudio se aprobó mediante el Comité de Ética de la Universidad Contemporánea de las Américas (Unicla) y se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014), en su título segundo, a fin de asegurar la dignidad, la protección de derechos, privacidad y bienestar de los participantes.

Resultados

De acuerdo con las variables sociodemográficas, los sujetos de estudio residen mayoritariamente en Saltillo con 54.3% ($f = 371$) y el resto en Piedras Negras. En lo que se refiere al sexo, 77.3% ($f = 528$) pertenece al femenino con una edad promedio de 20 años ($M = 19.96$, $DE = 3.342$). La carrera que más predominó fue Enfermería, con 38.9% ($f = 266$), seguido de Medicina con 28.4% ($f = 194$), Psicología con 25.9% ($f = 177$) y el resto pertenece a Nutrición. Por lo que refiere al semestre académico, 27.2% ($f = 186$) es de primero, 4.7% ($f = 32$) de segundo, 28.6% ($f = 195$) de tercero, 1.5% ($f = 10$)

de cuarto, 13.3% ($f=91$) de quinto, 6.4% ($f=44$) de sexto, 11.6% ($f=79$) de séptimo, 3.7% ($f=25$) de octavo, 1.6% ($f=11$) de noveno y 1.5% ($f=10$) de décimo semestre.

Con respecto al estado civil, 71.9% ($f=491$) es soltero; 2% ($f=14$) es casado; 0.7% ($f=5$) viven en unión libre; 23.4% ($f=160$) es divorciados; y el resto es viudo. Por lo que refiere a la ocupación, 24.6% ($f=168$) trabaja en promedio 7 horas por semana ($=7.38$, $DE=15.463$). De acuerdo con el tipo de familia, 58% ($f=396$) vive en una familia nuclear; 16.4% ($f=112$), en una monoparental; 0.1% ($f=1$), en una homoparental; 6.9% ($f=47$), en una extensa; 4.0% ($f=27$), en una reconstituida; 4.5% ($f=31$) vive solo/a; 8.2% ($f=56$) vive con amigos/as, y 1.9% ($f=13$) vive con su novio/a.

Con relación al apoyo social familiar y de amigos, 25.9% ($f=177$) percibe un apoyo bajo; 51.1% ($f=349$), medio; y 23% ($f=157$), alto. Por otro lado, la conducta suicida mostró que 58.1% ($f=397$) tiene un riesgo bajo; 23.6% ($f=161$), moderado; y 18.3% ($f=125$), alto. Con respecto al objetivo general, se puede observar que el modelo de correlación de Spearman mostró una relación moderada, negativa y significativa del apoyo social familiar y de amigos con la conducta suicida ($r_s = -.498$, $p < 0.01$), lo que demuestra que a menor apoyo social familiar y de amigos mayor conducta suicida. Por consiguiente, el modelo de la influencia del apoyo social familiar y de amigos sobre la conducta suicida es significativo ($F=107.083$, $p < 0.01$) y es explicado en 24% (véase la siguiente tabla).

Tabla 17.1. *Modelo de regresión lineal del apoyo social familiar y de amigos sobre la conducta suicida*

<i>Modelo de regresión múltiple</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Media cuadrática</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	99.082	2	49.541	107.083	0.001 ^b
Residuo	314.596	680	0.463		
		$R^2=0.240$			
<i>Variables</i>	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Apoyo social familiar y de amigos	-0.428	0.680	-12.541	0.001	

Nota: B=beta, ES=error estándar, gl=grados de libertad, p=significancia, n=683.

En síntesis, los resultados mostraron que más de la mitad de los universitarios perciben un apoyo social familiar y de amigos de forma moderada, y un bajo riesgo de conducta suicida. No obstante, la relación

entre las variables de estudio fue significativa, lo que indica que el apoyo social familiar y de amigos puede ser un factor protector, pero a su vez un factor de riesgo para desarrollar pensamientos suicidas.

Discusión

Los hallazgos de este estudio mostraron, en cuanto al perfil sociodemográfico que, la mayoría de los participantes fueron mujeres, pues a lo largo del tiempo las mujeres han desempeñado roles en el cuidado de la salud. Estos roles han estado tradicionalmente asociados con el género femenino en muchas culturas, lo que puede haber influido en la elección de carreras relacionadas con la salud (López-Verdugo et al., 2021).

Referente al apoyo social familiar y de amigos, más de la mitad de los jóvenes universitarios reportaron que el apoyo lo perciben bajo. Este resultado difiere de la investigación realizada por González-Cantero et al. (2020), dado que la percepción de apoyo social familiar y de amigos puede verse afectada por varios factores, entre los cuales se incluye convertirse en foráneo, las cargas académicas y el estrés, así como cuestiones personales o familiares (Asensio-Martínez et al., 2023).

Ahora bien, se encontró una relación negativa y significativa entre las variables de estudio, lo que significa que a menor apoyo social familiar y de amigos mayor el riesgo de conducta suicida. Camargo et al. (2021) mencionan que el apoyo social desempeña un papel crucial en la salud mental y emocional de los jóvenes, mientras que la ausencia de este tipo de apoyo puede contribuir a sentimientos de aislamiento, depresión, ansiedad, desesperanza y desesperación, factores que están vinculados a la conducta suicida.

Finalmente, el modelo de regresión lineal reflejó que el apoyo social familiar y de amigos predice 24% de la conducta suicida. Es importante destacar que el riesgo de conducta suicida es multifactorial y generalmente resulta de la interacción de varios factores de riesgo, incluyendo factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. La detección temprana de señales de advertencia y la intervención adecuada son cruciales para prevenir la conducta suicida.

Conclusiones

El suicidio es un problema multifactorial, por lo que la comprensión de las conductas suicidas implica el reconocimiento de los factores de riesgo y, junto a ellos, los factores protectores. En el presente estudio se identificó una relación significativa entre las variables, lo que señala al apoyo social familiar y de amigos como un factor protector, pero a su vez como un factor de riesgo para desarrollar una conducta suicida.

Los profesionales de la salud desempeñan un papel clave en la identificación temprana de señales de alarma relacionadas con la falta de apoyo social familiar y de amigos, tales como el aislamiento, cambios en el comportamiento y expresiones verbales de desesperanza. Desde una perspectiva de salud pública se destaca la necesidad de abordar aspectos emocionales y sociales de manera integral, así como de manera multidisciplinaria con la finalidad de promocionar entornos saludables encaminados a la detección temprana de factores de riesgo, lo que contribuiría a la prevención y el tratamiento de la conducta suicida en este grupo vulnerable.

Referencias

- Asensio-Martínez, A., Aguilar-Latorre, A., Masluk, B., Gascón-Santos, S., Sánchez-Calavera, M. A., y Sánchez-Recio, R. (2023). Social support as a mediator in the relationship between technostress or academic stress and health: analysis by gender among university students. *Frontiers in Psychology*, 14.
- Blasco, M. J., Vilagut, G., Alayo, I., Almenara, J., Cebrià, A. I., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Soto-Sanz, V., Ballester, L., Urdangarin, A., Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R. P., Nock, M. K., Kessler, R. C., Alonso, J., ... UNIVERSAL study group (2019). First-onset and persistence of suicidal ideation in university students: A one-year follow-up study. *Journal of affective disorders*, 256, 192-204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.035>
- Borges, G., Orozco, R., Gunnell, D., Gutiérrez-García, R. A., Albor, Y., Quevedo Chávez, G. E., Hernández Uribe, P. C., Cruz Hernández, S., Covarrubias Díaz Couder, M. A., Alonso, J., Medina-Mora, M. E., y Benjet, C. (2023). Suicidal Ideation and Behavior Among Mexican University Students Before and During the Covid-19 Pandemic. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 1-16. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2176270>

- Camargo, A., Cabrera, D., y Ramírez, C. (2021). *Factores de riesgo y de protección asociados al comportamiento suicida en jóvenes universitarios. Una revisión de literatura*. POLI.
- Campo-Arias, A., Zúñiga-Díaz, Z., Mercado-Marín, A.L. y García-Tovar, A. (2019). Análisis de la consistencia interna de la Escala de Okasha para Suicidalidad en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(1).
- Congreso de Coahuila. (2021). *Ley de Prevención del Suicidio para el Estado de Coahuila de Zaragoza*. https://www.congresocoahuila.gob.mx/transparencia/03/Iniciativas-2021-2023/08_20210323.docx#:~:text=Por%20otra%20parte%2C%20en%20Coahuila,a%C3%B1o%202019%2C%20que%20hubo%20266.
- Chu, H., Yang, Y., Zhou, J., Wang, W., Qiu, X., Yang, X., Qiao, Z., Song, X., y Zhao, E. (2021). Social Support and Suicide Risk Among Chinese University Students: A Mental Health Perspective. *Frontiers in public health*, 9, 566-993. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.566993>
- Da Silva-Bandeira, B. E., Dos Santos-Júnior, A., Dalgallarrondo, P., De Azevedo, R. C. S., y Celeri, E. H. V. R. (2022). Nonsuicidal self-injury in undergraduate students: a cross-sectional study and association with suicidal behavior. *Psychiatry Research*, 318, 114917. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114917>
- Grasdalsmoen, M., Eriksen, H. R., Lønning, K. J. y Sivertsen, B. (2020). Physical exercise, mental health problems, and suicide attempts in university students. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02583-3>
- González-Cantero, J. O., Morón-Vera, J. Á., González-Becerra, V. H., Abundis-Gutiérrez, A., y Macías-Espinoza, F. (2020). Autoeficacia académica, apoyo social académico, bienestar escolar y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicumex*, 10(2), 95-113.
- González Ramírez, M.T., y Landero Hernández, R. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de Apoyo Social Familiar y Amigos (AFA-R) en una muestra de estudiantes. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(2), 1469-1480.
- Instituto de Nacional de Estadística Geográfica e Informática. (2022). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.docx#:~:text=PA-RRA%20LA%20PREVENCION%20DEL%20SUICIDIO,por%20cada%20100%20mil%20habitantes.&text=Los%20hombres%20de%2015%20a,mil%20hom-bres%20entre%20estas%20edades.
- López-Verdugo, M., Ponce-Blandón, J. A., López-Narbona, F. J., Romero-Castillo, R., y Guerra-Martín, M. D. (2021). Social image of nursing. An integrative review about a yet unknown profession. *Nursing Reports*, 11(2), 460-474.
- Núñez-Ariza, A., Reyes-Ruiz, L., Sánchez-Villegas, M., Carmona Alvarado, F. A., Acosta-López, J., y Moya-De Las Salas, E. (2020). Ideación suicida y funcionalidad familiar en adolescentes del Caribe colombiano. *AVFT - Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(1). http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/18708
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Día Mundial para la Prevención del Suicidio*. <https://www.who.int/es/campaigns/world-suicide-prevention-day/2023>

- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Prevención del suicidio*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Polit, D., y Tatano Beck, C. (2018). *Investigación de Enfermería: fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de enfermería*. Wolters Kluwer.
- Rasheduzzaman, M., Al-Mamun, F., Hosen, I., Akter, T., Hossain, M., Griffiths, M. D., y Mamun, M. A. (2022). Suicidal behaviors among Bangladeshi university students: Prevalence and risk factors. *PloS one*, 17(1), e0262006. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262006>
- Robles, C., Elena, N., Maribel, L., Bravo, R., Meneses, ME, Riva, L., y Suño-Vega, JA (2020). Salud mental en adolescentes: Revisión sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(6). <https://doi.org/10.5281/zenodo.4403731>
- Secretaría de Salud, México. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*, 1987. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Torres-Henao, J. (2020). *Factores de riesgo y protectores de la ideación del suicidio en estudiantes universitarios*. Medellín, Colombia. [Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad de Antioquia.] <https://hdl.handle.net/10495/16034>
- Velásquez, M. L. (2018). *Suicidio*. En *Psicopatología: Una introducción a la clínica y la salud mental* (pp. 246-249). Sello Editorial Javeriano.

18. Vivencias y percepciones de un adulto mayor en situación de abandono: estudio del ambiente familiar negativo

[Experiences and perceptions of an elderly person in a situation of abandonment: study of the negative family environment]



PERLA LIZETH GARCÍA-MORALES*

ISAÍ ARTURO MEDINA-FERNÁNDEZ**

ANTONIO VICENTE YAM-SOSA***

ANA LAURA CARRILLO-CERVANTES****

JULIA ALEJANDRA CANDILA-CELIS*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.18>

Resumen

El abandono familiar de adultos mayores es un problema grave en muchos países y se conceptualiza como la falta de cuidado físico, emocional o social necesario para su bienestar integral. El propósito de este trabajo es describir las vivencias y percepciones de un adulto mayor en situación de abandono familiar. El presente estudio es de tipo cualitativo, con enfoque fenomenológico. Se utilizó entrevista semiestructurada para la recolección de datos y estos se analizaron de manera artesanal para identificar categorías y subcategorías. Se entrevistó a una mujer de 61 años, separada, con un ambiente familiar negativo, vive sola y actualmente labora. El análisis de datos permitió identificar dos categorías experimentadas durante el abandono como dolor emocional, afrontamiento ineficaz en la espiritualidad, culpa como carga emocional y discriminación laboral. Asimismo, la categoría de percepción

* Maestra en Enfermería. Jefa de Enfermería en el Centro Integral de Envejecimiento Ikigai. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1392-0674>

** Doctor en Salud Pública. Profesor de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2845-4648>

*** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Yucatán. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7499-1009>

**** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2920-4675>

***** Doctora en Educación. Profesora titular de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Yucatán. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2524-061X>

de apoyo se centró en los apoyos gubernamental, económico y para el cuidado de la salud. El abandono familiar en el adulto mayor genera una serie de desafíos emocionales y sociales significativos que impactan negativamente en su bienestar integral.

Palabras clave: *adulto mayor, envejecimiento, abandono familiar, fenomenología.*

Introducción

En el siglo pasado se notó en la población un incremento gradual del envejecimiento, fenómeno que se desarrolló a nivel mundial e involucró políticas de carácter nacional e internacional. Este acontecimiento se debió a que la esperanza de vida aumentó a nivel nacional y en consecuencia, la mortalidad de los adultos mayores disminuyó. A la par de este acontecimiento, el índice de natalidad y fecundidad aumentó por la influencia de distintas directrices como la profesionalización, la situación económica o la introducción de programas preventivos de planificación familiar al sistema de salud pública. Además, la llegada de los avances tecnológicos y científicos aplicados a la salud incrementó la esperanza de vida en la población (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2019).

En relación con lo anterior, conforme aumenta de edad, los cambios biológicos y sociales se hacen evidentes y la exposición a situaciones de riesgo relacionadas con las necesidades personales, familiares, comunitarias y de salud, identifican al adulto mayor como una población vulnerable, lo que destaca que los elementos biopsicosociales y familiares son de suma importancia para una mejor adaptación a los cambios durante esta etapa de la vida (INAPAM, 2019).

Debido a lo anterior, los adultos mayores son considerados como población vulnerable, por lo que es indispensable que desarrollen una vejez saludable, independiente y con autonomía para satisfacer las necesidades físicas y sociales, y evitar que tengan un deterioro progresivo rápido. Esto se puede conseguir mediante el autocuidado, que los puede mantener física

y mentalmente dinámicos para el desarrollo de actividades (Centro de Intervenciones Psicológicas Integral y Aplicada [CIPSIA], 2023).

De acuerdo con Durón-Ramos et al. (2019), el entorno familiar está constituido por dos dimensiones: los recursos físicos (condiciones de habitabilidad) y sociales (interacciones humanas). Para esta enunciación se considerarán sólo aspectos sociales, los cuales se encuentran determinados por el funcionamiento que presentan los miembros de la familia, la cual se constituye en una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios que aportan herramientas que favorecen a los adultos mayores para que puedan realizar un autocuidado eficiente debido al cumplimiento de las necesidades fundamentales, toma de decisiones y asertividad familiar (Sánchez et al., 2019).

Ahora bien, las relaciones familiares constituyen la principal red de apoyo y el entorno de socialización primaria, cuya principal función es brindar un entorno favorable hacia la adaptabilidad de las funciones del adulto mayor. Por lo anterior, es importante que en la familia se promuevan relaciones optimas de vínculos afectivos duraderos para que se fortalezca la autonomía, seguridad y dependencia de las personas (Cardona et al., 2019).

Cuando un adulto mayor no cuenta con una red estable por parte de su familia, puede tener consecuencias graves y multifacéticas, que van desde el deterioro de la salud física y mental del adulto mayor hasta el debilitamiento de los lazos familiares y el aumento de la vulnerabilidad. Es fundamental abordar estas situaciones de manera sensible y compasiva, buscando soluciones que promuevan el bienestar y la dignidad del adulto mayor (Navarro, 2017).

Lo anterior puede traer como consecuencia el abandono, el cual puede tener un impacto significativo en la salud física y emocional de las personas mayores. El abandono puede manifestarse de diversas formas dentro del contexto familiar, incluyendo la negligencia emocional, el abandono físico, la falta de apoyo emocional o financiero, y la falta de participación en la toma de decisiones que afectan al adulto mayor (Fuentes y Flores, 2016).

Asimismo, el sentimiento de abandono es un factor importante porque desencadena conductas de inseguridad, culpa, impotencia y minusvalía en los adultos mayores, lo cual tiene consecuencias perjudiciales a la hora que

se adaptan a un nuevo entorno y les afecta tanto en su área afectiva, social, interpersonal y familiar (Moya, 2015).

El abandono familiar es uno de los temas más estudiados en los últimos tiempos debido a que cobra demasiada importancia dentro de la calidad de vida de los adultos mayores. Se cree que algunas de las causas para que un adulto mayor sea abandonado por parte de la familia son falta de tiempo, impaciencia, distancias generacionales que provocan conflictos interpersonales, falta de responsabilidades y falta de amor. Estudiar el abandono familiar del adulto mayor es esencial para proteger sus derechos, promover la justicia social, salvaguardar la salud pública, mejorar el cuidado y bienestar, abordar las implicaciones económicas y sociales, y responder al envejecimiento de la población de manera adecuada y humanitaria.

El propósito de este estudio es describir las vivencias y percepciones de un adulto mayor en situación de abandono familiar.

Metodología

Diseño y participantes

Se llevó a cabo una investigación de caso utilizando un enfoque fenomenológico, con el propósito de comprender a fondo a la persona, su vivencia, su percepción y sus emociones (Muñiz, 2010). El enfoque utilizado fue fenomenológico descriptivo, ya que el profesional de enfermería se enfoca en lo que las personas experimentan en relación con un fenómeno específico, y a través de la reflexión se puede descubrir lo constante que está presente en las experiencias humanas, con el objetivo de determinar las experiencias de vida de un adulto mayor en situación de abandono (Andrea y Perdomo, 2016). La investigación se llevó a cabo en el hogar del participante, ubicado en la ciudad de Saltillo, Coahuila. Los criterios considerados para la selección del caso fueron: ser adulto mayor, encontrarse en una situación de abandono familiar y contar con un entorno familiar negativo, con el propósito de identificar la experiencia de vida.

Procedimiento

Una vez que se identificó a la participante, se llevó a cabo una visita domiciliaria con el objetivo de explicarle el propósito del estudio y los beneficios de su participación en los resultados de este. También se le informó sobre la confidencialidad de su participación, asegurándole que su nombre sería modificado en los resultados. Se le hizo saber que podía retirarse del estudio en cualquier momento, si así lo deseaba. Después de esto, se procedió a leer y obtener su consentimiento informado para su participación en el estudio. Luego, se inició una entrevista semiestructurada, la cual estuvo constituida por una pregunta generadora y cuatro redireccionadoras. Se abordaron temas familiares relacionados con el apoyo, la comunicación y la funcionalidad familiar, así como con el abandono. La entrevista fue grabada y se mantendrá resguardada durante un periodo de 12 meses.

Análisis de datos

El plan de análisis se basó en la “propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista”, que consiste en la transcripción de la entrevista, seguida de la identificación de categorías de unidades de significado general a partir de lo identificado en la entrevista. Posteriormente, se clasificó por colores y se realizó una matriz para identificar el significado de las categorías y subcategorías. Al finalizar el paso anterior, se describieron la categoría y las subcategorías, y se demostraron los discursos que plasman el significado (Marí et al., 2010).

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó rigurosamente al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para La Salud (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2014), y consideró los criterios que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, (DOF, 2012) para la investigación en seres humanos. Asimismo, tuvo en cuenta la Ley General de los Derechos

de las Personas Adultas Mayores (DOF, 2016). Finalmente, se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para La Salud (DOF, 2014).

Resultados

Entre las características biográficas de la participante, se señala que al momento de la entrevista tenía 61 años de edad, separada, con un ambiente familiar negativo, vive sola y trabaja de guardia de seguridad para obtener recursos económicos. Entre las características clínicas, presenta diagnóstico médico de diabetes tipo 2 desde hace 24 años, obesidad y neuropatía diabética periférica.

En la tabla 18.1 se presentan la interpretación de la entrevista tomando en cuenta la experiencia y actitudes de la entrevistada. Se identificaron dos categorías y ocho subcategorías.

Tabla 18.1. Categorías y subcategorías identificadas en el estudio

Categoría	Subcategoría
Vivencias durante el abandono	La soledad como dolor emocional
	Afrontamiento ineficaz en la espiritualidad
	Culpa como carga emocional
	Discriminación laboral
Percepción de apoyo	Percepción de apoyo familiar ineficaz
	Percepción de apoyo gubernamental
	Percepción de apoyo económico
	Percepción de apoyo para el cuidado de la salud

Fuente: entrevista realizada en 2024.

A continuación, se presentan las categorías encontradas a partir del análisis fenomenológico.

Vivencias durante el abandono

El abandono familiar genera diversas situaciones que afectan el bienestar integral entre los que se encuentran algunos con un enfoque más emocional, como la soledad que genera dolor emocional, el afrontamiento ineficaz en

la espiritualidad y la culpa como carga emocional. No obstante, en la primera subcategoría hacen referencia a la soledad como dolor emocional y un sentimiento de sentirse poco hábil para la vida. Esta ausencia de apoyo y conexión humana crea un vacío difícil de superar.

Me dejaron sola, ya nadie me habla, nadie me busca, es lo más duro que puede haber, que nadie te apoye, que nadie te dé la mano y más tu gente, estoy sola yo aquí, me las echo verdes y maduras.

El afrontamiento ineficaz en la espiritualidad habla sobre cómo la espiritualidad puede ocasionar que se intensifique su sentimiento de desesperanza y soledad. Sin un apoyo adecuado y una guía espiritual efectiva, la fe puede no ofrecer el consuelo necesario, dejando al individuo en un estado de vulnerabilidad emocional y sufrimiento profundo.

Estoy sola, ni a quién pedirle un favor, y qué hago, es muy feo, a veces no hallo ni qué hacer. Hay veces que le pido a Dios que me lleve. Yo ya no quiero vivir, ya sufrí mucho y sigo sufriendo. Me duelen los pies, me canso. Yo sólo le pido a Dios que me recoja, yo ya me quiero morir.

Otra de las subcategorías encontradas es la culpa como carga emocional. El adulto mayor puede experimentar sentimientos de culpa por diferentes motivos, los cuales pueden afectar su estado emocional y mental, estos incluyen sentirse una carga para otros, lamentar acciones pasadas, enfrentar expectativas sociales, lidiar con conflictos familiares, atravesar pérdidas y duelos, y tener estándares personales exigentes.

Aquí estoy sola, me la paso dormida, no sé qué error cometí, me dejaron sola.

Asimismo, la participante refirió dentro de sus vivencias la discriminación laboral por edad. Los retos laborales para los adultos mayores pueden abarcar desde discriminación por edad hasta obstáculos tecnológicos, problemas de salud, cansancio, carencia de oportunidades de crecimiento profesional y dificultades para adaptarse a cambios en el entorno laboral.

En el trabajo me pagan 3 000 por quincena, soy guardia (agacha la cabeza). Ya tengo tiempo, pero el problema es que no me dan seguro, no crea, se me complica: trabajo de lunes a viernes de siete a siete y el sábado de 24, me levanto a las cuatro de la mañana y llego a las nueve, pero no me quiere dar seguro, cuando voy a hablar se enojan conmigo.

Percepción de apoyo

El apoyo para las personas mayores puede provenir de una variedad de fuentes, incluidos familiares, amigos, cuidadores profesionales, organizaciones comunitarias y servicios gubernamentales. La ausencia de apoyo a un adulto mayor abandonado intensifica su sentimiento de desamparo y aislamiento emocional. Sin el apoyo adecuado, lidiar con la soledad y los desafíos diarios se convierte en una tarea abrumadora, lo que aumenta su vulnerabilidad emocional y deteriora su bienestar general.

Yo con mis 61 años, ya vieja y sin quién me vea, me arrime un taco, nadie está aquí. Estoy sola entre las cuatro paredes.

El apoyo familiar ineficaz puede dejar a los adultos mayores en una situación de vulnerabilidad, soledad y falta de atención, lo que tiene un impacto negativo en su salud tanto física como emocional. Asimismo, los conflictos familiares prolongados agravan un ambiente estresante y poco saludable.

A ella fue a la primera que le dije. Le lloré y le dije llorando. Se lo dije, le dije: “yo no tengo a dónde ir [limpia sus ojos], ya se me dificulta para la renta, para los trabajos”, me dijo: “es que yo no te puedo ayudar, amá, y en mi casa estamos pos completos”, o sea, no hay lugar, para mí no había lugar.

La percepción de apoyo gubernamental puede ser multifacética y estar influenciada por el acceso a programas y servicios, la efectividad de las políticas públicas, las experiencias individuales y el grado de participación y representación en la toma de decisiones.

Que dicen que ahí es gratuito, ahí en el asilo de los ancianos. No, es que esa es mi única tirada, quiero ir al asilo que se llama, uno que está aquí en el centro, el asilo ropero del pobre, yo tenía ya mi tirada y si me dicen que sí dejo lo poco que tengo y feliz me voy, yo me meto.

La percepción de apoyo económico está influenciada por diversos factores, que van desde el acceso a pensiones y servicios de salud hasta la ayuda familiar y las condiciones económicas generales.

Pos no, dijo: “no amá, yo lo que puedo hacer por ti es, este, apoyarte con un pedazo de terreno y, este, tú ves cómo lo construyes y, este, y ahí de vez en cuando, no mucho, no mucho, pero de perdido unos 200 sí te los doy.

La percepción de apoyo para el cuidado de la salud en el adulto mayor está influenciada por varios factores, incluido el acceso a servicios de atención médica, la cobertura de seguro médico, la calidad de la atención, el apoyo de cuidadores y el empoderamiento en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

Le comenté a mi yerno, al del rancho, le dije: “oye, de una vez, porque no tenemos la vida comprada, si un día me llego a enfermar, o que ya no pueda trabajar o algo, ¿me podría ir para allá con ustedes, para que me apoyaran?”. Y me dijo: “no, es que la mera verdad no puedo, porque tengo mis hijos, tengo gastos”.

Discusión

El propósito de este estudio es describir las vivencias y percepciones de un adulto mayor en situación de abandono familiar. Se encontró que el ambiente familiar negativo es un entorno familiar que no proporciona el apoyo, la estructura o las condiciones necesarias para el desarrollo adecuado

de sus miembros al generar abandono, el cual, a su vez, influye en las vivencias y percepciones de apoyo al adulto mayor.

Con respecto a las vivencias, el abandono familiar provoca repercusiones emocionales profundas, como la soledad dolorosa y una espiritualidad desafiada, que pueden intensificar sentimientos de desesperanza. La carga emocional de la culpa agrava el sufrimiento. Además, enfrentar discriminación laboral por edad añade barreras adicionales a su bienestar integral y adaptación.

Estos resultados fueron similares a lo encontrado por Ayala y Vera (2022), quienes refieren que el abandono del adulto mayor es un fenómeno social vigente y preocupante que continúa en aumento y, sobre todo, que deja importantes secuelas en las víctimas, pues afecta su bienestar y calidad de vida. Por otra parte, Córdoba y Duran (2020) refieren en su estudio que los adultos mayores, al no tener visita familiar, enfrentan situaciones de exclusión y marginación.

En su estudio, Rojas et al. (2021) reportaron que los adultos mayores aislados permanecen en desamparo, mientras que la soledad genera exclusión social debido a la competitividad y deshumanización de la familia. Las personas mayores experimentaron la soledad y el abandono social, en un entorno de estrés y violencia, ya que están solos por largos periodos. Bajo la negligencia, los hijos presentan ciertas conductas, como no proporcionar su medicación.

En cuanto a la categoría de percepción de apoyo en este estudio, la falta de apoyo adecuado para los adultos mayores, tanto familiar como gubernamental, amplifica sentimientos de desamparo y aislamiento. De igual manera, la presencia de conflictos familiares prolongados deterioran su bienestar emocional y físico. La percepción de apoyo económico y de salud también influye significativamente en su calidad de vida y en su capacidad para enfrentar desafíos diarios.

Lo anterior fue referido de forma similar por Córdoba y Duran (2020), quienes en su estudio presentan el abandono moral y material de su núcleo familiar, y muestran la deficiente relación interpersonal con la familia, limitada comunicación, vínculos afectivos débiles, así como un escaso apoyo económico para atender sus necesidades de alimentación, vestimenta, salud y vivienda por parte de la familia.

Desde una perspectiva física, la falta de apoyo familiar puede conllevar dificultades para acceder a la atención médica necesaria, lo que podría empeorar problemas de salud preexistentes o dar lugar a nuevos. Asimismo, la incapacidad para llevar a cabo tareas cotidianas puede aumentar la sensación de vulnerabilidad y reducir la autonomía de los adultos mayores. Martínez-Royert et al. (2021) mencionan en su estudio que la percepción de apoyo para el cuidado de la salud en los adultos mayores está influenciada por varios factores, entre ellos, el acceso a servicios de atención médica, la cobertura de seguro médico, la calidad de la atención recibida, el apoyo de los cuidadores y el grado de empoderamiento en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

Por último, Ayala y Vera (2022) señalaron que las relaciones familiares y las dinámicas familiares negativas constituyen un rasgo importante en las familias de los adultos abandonados, el cual suele ser, por tanto, uno de los principales motivos de abandono, seguido de la visión que desvaloriza al adulto mayor tanto en la familia como en la sociedad al perder el rol que antes ocupaba.

Conclusiones

El abandono familiar en el adulto mayor genera una serie de desafíos emocionales y sociales significativos que impactan negativamente en su bienestar integral. La experiencia de soledad se destaca como uno de los resultados más dolorosos, exacerbando sentimientos de desesperanza y una percepción de incapacidad para afrontar la vida sin apoyo emocional y humano. Como expresó uno de los participantes: “me dejaron sola, nadie me habla, nadie me busca”, lo que refleja el profundo dolor emocional y el aislamiento experimentado.

El afrontamiento ineficaz en la espiritualidad también emerge como una estrategia que, sin una guía adecuada, puede intensificar la sensación de desamparo y sufrimiento. La falta de consuelo espiritual efectivo deja al individuo en un estado de vulnerabilidad emocional, lo cual complica aún más la gestión de sus emociones. Además, la carga emocional de la culpa es otro aspecto crucial, puesto que afecta el estado mental del adulto mayor

por medio de sentimientos de ser una carga para otros, arrepentimientos por el pasado y enfrentamientos con expectativas sociales y familiares.

Además, la discriminación laboral por edad y los retos económicos complican aún más su situación, limitando sus oportunidades de empleo y afectando su estabilidad financiera y social. En conjunto, estas experiencias subrayan la importancia crítica del apoyo social, familiar, gubernamental y económico para mitigar el impacto del abandono en el bienestar del adulto mayor.

Es fundamental implementar políticas y programas que promuevan un apoyo integral y efectivo, con la finalidad de asegurar que todas las personas mayores tengan acceso a recursos que les permitan vivir con dignidad y bienestar.

Referencias

- Aguilar Ventura, D. (2022). *Apoyo familiar y calidad de vida del paciente adulto mayor hospitalizado del hospital María Auxiliadora, Lima, 2021*. [Tesis para especialista en cuidado enfermero en geriatría y gerontología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Norbert Wiener.] <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6048>
- Cardona Arango, D., Segura Cardona, Á., Segura Cardona, A., Muñoz Rodríguez, D. I., y Agudelo Cifuentes, M. C. (2019). La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia la promoción de la salud*, 24(1), 97-111. <https://doi.org/10.17151/Hpsal.2019.24.1.9>
- Castillo Sánchez, Y., Karam Calderón, M. Á., Ramírez Durán, N., y Moreno Pérez, M. P. A. (2020). Dependencia social y económica del adulto mayor residente del municipio de Metepec, Estado de México. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(SPE5) https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902020000800029&script=sci_arttext
- CIPSIA (2023). *Conducta*. <https://www.Cipsiapsicologos.Com/Tratamientos-Psicologicos/La-Conducta-Humana/>
- Delgado Chávez, A. B. (2023). *Abandono familiar y vivencias del adulto mayor. Centro integral de atención al adulto mayor Chota, 2019*. [Tesis de Maestría en Ciencias. Universidad Nacional de Cajamarca.] www.190.116.36.86/handle/20.5-00.14074/6266
- Durón-Ramos, F., Tapia-Fonllem, C. O., Corral-Verdugo, V., y Fraijo-Sing, B. S. (2019). Ambiente familiar positivo y bienestar personal: comparación entre población urbana y rural.

- Revista Costarricense de Psicología*, 38(2), 225-239. <https://doi.org/10.22544/rcps.v38i02.06>
- Fuentes Reyes, G., y Flores Castillo, F. D. (2016). La indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de México. *Papeles de población*, 22(87), 161-181. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252016000100161&lng=es&tlng=es
- Feijó Montoya, J. M. (2024). *Factores de empleabilidad del talento Senior en Ecuador*. [Tesis de Licenciatura en Gestión del Talento Humano. Universidad Técnica de Cotopaxi.] <https://repositorio.utc.edu.ec/handle/27000/12149>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2019). *Envejecimiento y vejez*. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
- Moya Solís, A. M. (2015). *Influencia de las relaciones familiares en el sentimiento de abandono del adulto mayor institucionalizado del Centro Geriátrico Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Ambato*. [Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica, Universidad Técnica de Ambato.] <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/9318>
- Martínez-Royert, J. C., Loaiza Guzman, J. L., Ramos Arista, S. A., Mena, M., Concepcion, S., Pájaro-Martínez, M. C., y Plaza Gómez, K. E. (2021). Calidad de vida en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. *Salud Uninorte*, 37(2), 302-315. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.36>
- Navarro Ochoa, A. (2017). Vulnerabilidad, trabajo y salud en mujeres de la tercera edad en Ameca, Jalisco. *Región y sociedad*, 29(68)36. <https://doi.org/10.22198/rys.2017.68.a223>
- Montalvo Reyna, J., Espinosa Salcido, M. R., y Pérez Arredondo, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*, 17(28), 73-91. <https://medfam.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2024/04/Ciclo-Vital-Familias-mexicanas.pdf>
- Sánchez Ortega, Y., Salazar Alvarado, J., y Serrano Patten, A. C. (2019). *Autoestima, resiliencia y funcionamiento familiar en adolescentes embarazadas. La Troncal*. [Tesis de Licenciatura. Universidad Católica de Cuenca.] <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/11398>
- Rojas Bravo, V. B., Soto Hilario, J. D., Cuadros Ojeda, V. P., y Barrionuevo Torres, C. (2021). Vivencias y sentido de vida del adulto mayor víctima de violencia familiar en tiempos de Covid 19. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(4), 499-504. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2196/2171>
- Taylor, S. J., Bogdan, R., y DeVault, M. L. (2016). *Introduction to qualitative research methods: A Guidebook and Resource* (4ª ed.). Wiley & Sons, Inc.
- Villalobos Guiza, M. N. (2022). *El significado del cuidado espiritual y los fundamentos cristianos en la práctica de enfermería en una clínica de Lima-Perú*. [Tesis de Maestría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.] <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/6807815b-daa3-4d16-b9da-851d74eb1bde>

19. Conocimiento del uso del condón en adultos jóvenes

[Knowledge of condom use in young adults]



DAFNE ASTRID GÓMEZ-MELASIO*

NANCY GRISELDA PÉREZ-BRIONES**

MIREYA DEL CARMEN GONZÁLEZ-ÁLVAREZ***

IRMA FABIOLA COVARRUBIAS-SOLÍS****

MARÍA GUADALUPE PONCE-CONTRERAS*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.19>

Resumen

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública que puede presentarse en cualquier grupo de edad, aunque se considera que afecta con mayor frecuencia a ciertos grupos poblacionales, como los jóvenes. El uso correcto del condón es una estrategia efectiva para la prevención de las ITS. El objetivo de la presente investigación fue evaluar el conocimiento sobre el uso del condón en adultos jóvenes. Se empleó un diseño descriptivo, con una muestra de 500 adultos jóvenes. Para medir el conocimiento para el uso del condón se utilizó la versión traducida y modificada por Gómez (2021) de la lista de verificación de habilidades para el uso del condón de Stanton et al. (2009). Los resultados mostraron que 73.4% (367) eran mujeres y 26.6% (133) hombres. La media de edad de los participantes fue de 38.98 años ($DE = 5.39$). El 35.6% (178) de los participantes expresaron haber tenido una pareja sexual en los últimos 12 meses, y 31.4%

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

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6903-4039>

*** Doctora en Salud Pública. Catedrática investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3061-4439>

**** Doctora en Salud Pública. Profesora investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1202-4299>

***** Doctora en Ciencias de la Educación. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3174-9682>

(157) dos parejas sexuales en los últimos 12 meses. En cuanto al conocimiento del uso del condón se encontró que 33.4% (167) de los participantes considera que se puede poner el condón en cualquier momento de la relación sexual, sólo con que sea antes de eyacular; 22.2% (111) cree que es correcto utilizar lubricante a base de aceite; y 28.4% (142) opina que es correcto utilizar ya sea lubricante a base de agua o aceite cuando se usa un condón de látex. En conclusión, los hallazgos del presente estudio reflejan la debilidad de algunos aspectos referentes al uso correcto del condón en los adultos jóvenes participantes, por lo tanto, resulta importante proporcionarles información correcta a los participantes sobre los principales y más frecuentes errores identificados en el uso correcto del condón.

Palabras clave: *conocimiento, uso del condón, adultos jóvenes.*

Introducción

Las ITS son un grave problema para la salud pública mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021) por sus implicaciones individuales y sociales, pues ponen en riesgo la salud física y mental de quienes las padecen (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2014). Las ITS se propagan predominantemente por contacto sexual, incluyendo sexo vaginal, anal y oral, y en el caso de las mujeres en edad reproductiva, estas pueden transmitirlas a sus hijos durante el embarazo, el parto y la lactancia (OMS, 2021).

Se estima que en el 2020 cerca de 374 millones de personas adquirieron algunas de las siguientes ITS curables: clamidia 129 millones, blenorragia 82 millones, sífilis 7.1 millones y tricomoniasis 156 millones (OMS, 2021). En cuanto a las infecciones virales incurables, se estima que más de 500 millones de personas son portadoras del virus que provoca la infección genital por virus del herpes simple (VHS-1) (OMS, 2021).

Respecto al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA, 2021), en el 2020, 37.7 millones de personas vivían con el VIH, se diagnosticaron 1.5 millones de casos nuevos y 680 000 personas murieron por enfermedades relacionadas con el sida.

En cuanto al virus del papiloma humano (VPH), más de 300 millones de mujeres son portadoras del virus. El VPH provocó 570 000 casos de cáncer de cuello uterino en 2018 y 311 000 defunciones por dicha enfermedad (OMS, 2021). El cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, con una incidencia estimada de 604 000 nuevos casos y 342 000 muertes en 2020 (OMS 2022).

En 2016, casi un millón de embarazadas tuvieron sífilis y esta infección causó complicaciones en alrededor de 350 000 partos, entre ellas 200 000 muertes del feto o del recién nacido. Las ITS tienen efectos directos en la salud sexual y reproductiva a través de la estigmatización, la infertilidad, el cáncer y las complicaciones del embarazo, y pueden aumentar el riesgo de contraer el VIH. Algunas de las infecciones, como el herpes y la sífilis, multiplican el riesgo de adquirir el VIH hasta por tres o más veces (OMS, 2021).

Las ITS son una problemática que pueden presentarse en cualquier persona sexualmente activa, sin distinción de edad (United States Department of Veterans Affairs [VA], 2021), sin embargo, la sociedad suele considerar que únicamente afecta a los adolescentes o jóvenes.

Sin duda alguna, el uso correcto y sistemático del condón ha demostrado ser de las conductas sexuales más seguras, el método de protección más efectivo contra las ITS, incluida la infección por VIH (Asare, 2015; Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2018). A pesar de la gran efectividad del uso del condón en la prevención de ITS, la literatura muestra cifras bajas respecto a su uso. Nicole Finkelstein (2019) directora de la asociación AIDS Healthcare Foundation México, manifestó que, en la población mexicana en general, seis de cada 10 personas no utilizan condón en sus relaciones sexuales. Debido al bajo porcentaje de uso del condón, resulta indispensable explorar los factores que influyen en esta conducta que los hace susceptibles a adquirir una ITS. La revisión de literatura permitió identificar que no usar condón quizá pueda ser atribuible a la falta de conocimientos sobre su uso (Kayiki y Forste, 2011).

Por todo lo anterior, el objetivo del presente estudio es evaluar el conocimiento sobre el uso del condón en adultos jóvenes.

Metodología

Para el presente estudio se utilizó un diseño descriptivo, debido a que el propósito consiste en evaluar el conocimiento sobre el uso del condón en adultos jóvenes. Asimismo, se propuso un diseño de tipo transversal, ya que la obtención de datos se realizó en un momento específico (Gray et al., 2017).

La población estuvo conformada por adultos jóvenes pertenecientes a la República mexicana. El tamaño de la muestra fue de 500 adultos jóvenes, que se determinó con la tabla de potencia de Kraemer y Thiemann (1987), como se citó en Gray et al. (2017), bajó la consideración de un nivel de significancia de 0.05, tamaño de efecto de $r=0.15$ y poder de 95%. Se empleó un muestreo virtual *online*, ideal para el reclutamiento de participantes y recolección de datos sobre temas sensibles (Baltar y Gorjup, 2012).

Se incluyeron hombres y mujeres de 25 a 40 años de edad, heterosexuales y sexualmente activos. Para medir el conocimiento en el uso del condón, se utilizó la versión traducida y modificada por Gómez (2021) de la lista de verificación de habilidades para el uso del condón de Stanton et al. (2009).

Para la realización del presente estudio se utilizó un muestreo virtual *online*. La encuesta digital fue creada previamente por los investigadores en la plataforma QuestionPro. Para reclutar a los participantes se creó una página de Facebook con el nombre del proyecto y se contrató la promoción de esta en dicha red social. Facebook promocionó la página entre las personas de la edad y lugar de interés. En la página, las personas encontraban una descripción detallada del proyecto y el enlace de la encuesta, y podían solicitar a través de ella más información en caso de requerirla. Las personas que respondieron la encuesta participaron en un sorteo de recargas tiempo aire; aleatoriamente QuestionPro proporcionaba cupones con los premios. En el cupón se le indicaba al participante cómo canjear su premio. Al término de la encuesta, se les agradeció a todos los participantes por su tiempo.

El presente proyecto de investigación se fundamentó en lo reglamentado por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014), en donde se establecen los lineamientos y principios generales

a los cuales deberá someterse la investigación científica destinada a la salud, puesto que esta debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes de forma electrónica previamente al llenado de los instrumentos, en el mismo enlace de la encuesta.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25 para Windows. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva. Para conocer las características generales y evaluar el conocimiento sobre el uso del condón en adultos jóvenes, se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas.

Resultados

Características generales de los participantes

La muestra estuvo conformada por 500 adultos jóvenes. El 73.4% (367) era mujer y 26.6% (133) hombre. La media de edad de los participantes fue de 38.98 años ($DE = 5.39$). El 35.4 % (177) era casado y 27% (135) vivía en unión libre. En cuanto a la escolaridad, 25.8% (129) tenía licenciatura o ingeniería; 25.6% (128) había cursado la secundaria, y 24.4% (122), preparatoria. El 33.2% (166) de los participantes manifestó haber tenido 10 o más parejas sexuales a lo largo de su vida, y 14% (70) tres parejas sexuales a lo largo de su vida. El 35.6% (178) de los participantes expresó haber tenido una pareja sexual en los últimos 12 meses, y 31.4% (157), dos parejas sexuales en los últimos 12 meses.

Conocimiento del uso del condón

En cuanto al conocimiento del uso del condón se encontró que 33.4% (167) de los participantes considera que se puede poner el condón en cualquier momento de la relación sexual, sólo con que sea antes de eyacular; 22.2% (111) cree que es correcto utilizar lubricante a base de aceite; 28.4% (142)

opina que es correcto utilizar, ya sea lubricante a base de agua o aceite, cuando se usa un condón de látex. Para retirar el condón, 21.4% (107) expresó que el condón se debe retirar cuando ya no está erecto el pene. Respecto al lugar donde se deben guardar los condones, 19.4% (97) consideró correcto guardarlos en la cartera, 13.8% (69) en el baño y 6.4% (32) en el carro. El 15.5% (77) de los participantes manifestó que no se tiene que usar condón para el sexo oral.

Las mayores frecuencias de respuestas correctas se encontraron en las declaraciones como saber que es falso que los condones no caducan (93%, 465); si una persona no eyacula se puede quitar el condón y usarlo más tarde (98.6%, 493); es más seguro utilizar dos condones al mismo tiempo (90.6%, 453), y se debe desenrollar el condón antes de colocarlo en el pene (89%, 445) (véase la tabla 19.1).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue evaluar el conocimiento sobre el uso del condón en adultos jóvenes. Se encontró que más participantes poseen conocimiento sobre la caducidad de los condones, que el condón no se puede reutilizar, que no se deben utilizar dos condones al mismo tiempo y que no se debe desenrollar el condón antes de colocarlo en el pene.

Sin embargo, las mayores frecuencias de errores se encontraron en los elementos como, considerar que se puede poner el condón en cualquier momento de la relación sexual, solo con que sea antes de eyacular; creer que es correcto utilizar lubricante a base de aceite cuando se usa un condón de látex; y creer que el condón se debe retirar cuando ya no está erecto el pene. Lo anterior difiere de lo reportado por Bankole y colaboradores (2007), quienes encontraron mayor frecuencia de conocimiento en la declaración “siempre se debe poner el condón antes de comenzar las relaciones sexuales”. Por otro lado, se encontraron resultados similares en la presente investigación y en la desarrollada por Bankole et al. (2007) en cuanto a que la frecuencia de participantes que saben que los condones no se pueden reutilizar es alta.

Tabla 19.1. *Conocimiento del uso del condón*

	<i>f</i>	%
Los condones no caducan		
Cierto	35	7
Falso	465	93
Si una persona no eyacula, se puede quitar el condón y usarlo más tarde		
Cierto	7	1.4
Falso	493	98.6
Es más seguro utilizar dos condones al mismo tiempo		
Cierto	47	9.4
Falso	453	90.6
No se tiene que usar condón para el sexo oral		
Cierto	77	15.4
Falso	423	84.6
Desenrolle el condón antes de colocarlo en el pene		
Cierto	55	11
Falso	445	89
El condón se puede poner en cualquier momento antes de eyacular		
Cierto	167	33.4
Falso	333	66.6
Cuando se usa un condón de látex se puede aplicar lubricante a base de		
Aceite	111	22.2
Agua	247	49.4
Ambos	142	28.4
Para retirar un condón, seleccione, cuál o cuáles de las siguientes oraciones son correctas		
Retire el pene cuando ya no esté erecto, sujetando el condón	107	21.4
Retire el pene mientras siga erecto, sujetando el condón firme	213	42.6
Las dos opciones anteriores son correctas	180	36.0
Seleccione la forma o las formas que considera correctas para abrir un condón		
Con los dientes	40	8.0
Con algún objeto de corte	23	4.6
Tijeras	40	8.0
Con los dedos	476	95.2
Para colocar un condón, seleccione cuál o cuáles de las siguientes oraciones son correctas		
Desenrolle el condón sobre el pene aproximadamente tres cuartos	122	24.4
Presione el lado cerrado del condón con su dedo índice y pulgar	288	57.6
Póngase el condón antes de que el pene esté erecto	7	1.4
Desenrolle el condón hasta la base del pene (vello)	306	61.2
Seleccione, dónde es correcto guardar los condones		
La cartera	97	19.4
El carro	32	6.4
Lugares frescos y secos	451	90.2
En el baño	69	13.8

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje; *n* = 500.

Fuente: lista de verificación de habilidades para el uso del condón.

Los hallazgos mostrados permiten conocer los elementos que deben ser reforzados en los participantes por presentar debilidades en cuanto al conocimiento del uso del condón. Cabe mencionar que la cantidad de estudios encontrada para discutir los hallazgos de la presente investigación en la población de interés fue limitada, pues las investigaciones se han centrado en estudiar adolescentes, dejando de lado a las personas de más edad.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio reflejan el problema del no uso del condón y la debilidad de algunos aspectos referentes al uso correcto del condón en los adultos jóvenes participantes. En conclusión, algunos de los adultos jóvenes participantes en este estudio tuvieron errores respecto al uso correcto del condón. Dichos errores los colocan en riesgo de adquirir alguna ITS, por lo tanto, resulta importante proporcionarles información correcta a los participantes de los principales y más frecuentes errores identificados en el uso correcto del condón.

Referencias

- Asare M. (2015). Using the theory of planned behavior to determine the condom use behavior among college students. *American Journal of Health Studies*, 30(1), 43-50.
- Baltar, F., y Gorjup, M. T. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1), 123-149. <http://dx.doi.org/10.3926/ic.294>
- Bankole, A., Ahmed, F. H, Neema, S., Ouedraogo, C., y Konyani, S. (2007). Knowledge of correct condom use and consistency of use among adolescents in four countries in Sub-Sahara Africa. *Revista africana de salud reproductiva*, 11(3), 197-220. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18458741/>
- Bankole, A., Ahmed, F. H, Neema, S., Ouedraogo, C., y Konyani, S. (2007). Conocimiento del uso correcto del preservativo y consistencia en su uso entre adolescentes de cuatro países del África subsahariana. *African Journal of Reproductive Health*, 11(3), 197-220. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2367135/>
- Centers for Disease Control and Prevention (2018). *Condoms*.
- Martínez Díaz, N., Zepeta Hernández, D., Gámez Velázquez, S., Vargas Zaleta, N. E., y Miranda Landa, M. I. (2019). Uso del condón en personas de 18-45 años de la zona

- norte del estado de Veracruz. *Revista Biológico Agropecuaria Tuxpan*, 7(2), 233-240. <https://doi.org/1047808/revistabioagro.v7i2.116>
- Finkelstein, N. (13 de febrero de 2019). *Seis de cada 10 mexicanos no utilizan condón al realizar relaciones sexuales*. Los Ángeles Times. <https://www.latimes.com/espanol/vida-y-estilo/articulo/2019-02-13/efe-3897048-15127770-20190213#:~:text=Finkelstein%20lament%C3%B3%20que%2C%20no%20obstante,preservativo%20durante%20las%20relaciones%20sexuales.&text=Con%20la%20finalidad%20de%20contrarrestar,c%C3%B3mo%20usarlo%E2%80%9D%2C%20dijo%20Finkelstein.&text=Del%20mismo%20modo%2C%20Blanca%20Mart%C3%ADnez,condones%20durante%20todo%20el%20a%C3%B1o>
- Gómez, D. A. (2021). *Modelo de Conducta Sexual más Segura en Adultos de Mediana y Tercera Edad. Disertación*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Gray, J. R., Grove, S. K., y Sutherland, S. (2016). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (8ª ed). Elsevier Health Sciences.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (8 de agosto de 2014). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/juventud31.pdf>
- Kayiki, S. P., y Forste, R. (2011). HIV/AIDS related knowledge and perceived risk associated with condom use among adolescents in Uganda. *African Journal of Reproductive Health*, 15(1), 57-67.
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Cáncer de cuello uterino*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Infecciones de transmisión sexual, 2021*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexuallytransmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexuallytransmitted-infections-(stis))
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2021). *Estadísticas mundiales sobre el VIH*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.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_orig_06ene87.pdf
- Stanton, B., Deveaux, L., Lunn, S., Yu, S., Brathwaite, N., Li, X., Cottrell, L., Harris, C. V., Clemens, R., y Marshall, S. P. (2009). Condom-use skills checklist: a proxy for assessing condom-use knowledge and skills when direct observation is not possible. *Journal of health, population, and nutrition*, 27(3), 406-413. <https://doi.org/10.3329/jhpn.v27i3.3383>
- United States Department of Veterans Affairs (2021). *Las Infecciones de transmisión sexual (ITS) en los adultos mayores*.

20. Estigma anticipado mediador entre el estigma internalizado y el comer emocional

[Anticipatory stigma mediating between internalized stigma and emotional eating]



ADIEL AGAMA-SARABIA*
YOLANDA FLORES-PÉÑA**

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.20>

Resumen

El *comer emocional* es una conducta de alimentación mal adaptativa utilizada por las personas para afrontar emociones positivas y negativas. Esta conducta puede ser desencadenada por aspectos como el *estigma internalizado* del peso. Dentro de los mecanismos mediadores el *estigma anticipado* ha sido poco abordado. Se realizó un estudio transversal en el que participaron 105 estudiantes universitarios de enfermería. Se aplicó la escala modificada de internalización del estigma, el cuestionario de auto estigma del peso y el cuestionario de tres factores/dimensión comer emocional. Para el análisis se empleó un macro de PROCESS para el modelo de mediación. La media del puntaje total de estigma internalizado fue 36.7 ± 13.6 , para el estigma anticipado la media fue 13.4 ± 5.7 y para el comer emocional 5.8 ± 2.4 . Se identificó un efecto positivo indirecto del estigma internalizado y comer emocional mediado por el estigma internalizado ($\beta = 0.030$, $p < 0.001$ [IC 95% 0.01, 0.05]). El estigma internalizado tiene un efecto indirecto parcial sobre el comer emocional únicamente al ser mediado por el estigma anticipado. De esta forma, el presente trabajo proporciona evidencia sobre el efecto del estigma anticipado ya que no hay

* Maestro en Enfermería. Profesor de tiempo completo de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3479-1595>

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora titular de la Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6200-6553>

estudios que evalúen esta variable como mediador del estigma internalizado y el comer emocional.

Palabras clave: *conducta alimentaria, prejuicio de peso, estigma social, sobrepeso.*

Introducción

Los aspectos emocionales y psicológicos juegan un papel importante en las conductas de las personas para seleccionar los alimentos que consumen y en las prácticas de alimentación que adoptan (Yoon et al., 2022). Dentro de estas conductas, se destacan las mal adaptativas como el comer emocional, tradicionalmente considerado como aquella conducta de alimentación que se presenta como respuesta ante emociones negativas (Limbers et al., 2021). Sin embargo, recientemente algunos autores también consideran que las emociones positivas podrían desencadenarlo (Bongers y Jansen, 2016; Smith et al., 2023).

El comer emocional se ha identificado por Dakanalis et al. (2023) como una respuesta para afrontar y lidiar con ciertas emociones, como estrés, ansiedad y tristeza, lo cual puede llevar al consumo de alimentos de alto contenido calórico. También se ha asociado a otros tipos de conductas de alimentación negativas como son los atracones o el comer sin control (Shi et al., 2022; Smith et al., 2023), lo que se ha correlacionado con el incremento del sobrepeso y obesidad (Dakanalis et al., 2023).

Las conductas de alimentación mal adaptativas pueden ser desencadenadas por múltiples mecanismos o situaciones, entre las que podemos señalar el estigma del peso, el cual funciona como un proceso que se compone de distintas fases del estigma, dos de los cuales son el estigma internalizado y el estigma anticipado (Major et al., 2017). Particularmente, el estigma del peso puede generarse a partir de experiencias personales o de observar que otras personas sean estigmatizadas por motivo de su peso, o que es definido como la devaluación social de una persona debido a su peso corporal (Major et al., 2017; Rubino et al., 2020). Una vez que se experimentó el estigma, se inicia un proceso de internalización en el que la persona,

de manera gradual, acepta y hace propias las etiquetas negativas asociadas al peso en la sociedad, tales como ser considerados flojos, con falta de voluntad o ser incapaces de realizar las acciones necesarias para disminuir el peso corporal (Major et al., 2017 y 2020; Tomiyama et al., 2018). Particularmente, el estigma del peso puede generarse a partir de experiencias personales o por observar que otras personas sean estigmatizadas por motivo de su peso, lo que es definido como la devaluación social de una persona debido a su peso corporal (Major et al., 2017; Rubino et al., 2020).

Posteriormente, debido a las experiencias vividas de estigmatización, la persona puede desarrollar un estigma anticipado, el cual se puede definir como la expectativa de ser estigmatizado en cualquier contexto, circunstancia o por cualquier persona (Castro et al., 2019). Lo anterior impacta las conductas de alimentación de la persona estigmatizada y genera situaciones como la dificultad para seguir un plan nutricional y evitar buscar ayuda del personal de salud (Tomiyama et al., 2018).

Esta situación se suma a la predominancia de estigmatización y discriminación que ya viven. Algunos de los principales promotores de estigmatización son los propios familiares, amigos, compañeros de trabajo e inclusive el personal de salud (Harwood et al., 2022; Pearl, 2018). Lo anterior resulta particularmente nocivo, ya que se ha identificado que tanto profesionales de medicina, odontología, psicología, enfermería o nutrición pueden estigmatizar por su peso a los usuarios de los servicios de salud, lo que puede conllevar a una atención inadecuada durante la consulta, a la reducción de tiempos de atención y a focalizar las acciones en el peso y no en el motivo primario por el cual se acudió a consulta (Bastias-González et al., 2022; Cheng et al., 2018; Elboim-Gabyzon et al., 2020; Ozaydin y Kaya, 2022; Pearl, 2018).

Algunos estudios han identificado que el estigma internalizado tiene un efecto directo en el comer emocional (Morse et al., 2023; Rodríguez et al., 2023). También se ha observado que el estigma internalizado se relaciona con las respuestas de la persona ante la comida, particularmente la ingesta calórica, lo cual puede generar episodios de comer emocional (Dakanalis et al., 2023; Smith et al., 2023).

No obstante, aún son pocos los estudios que han abordado esta relación y, particularmente, los mecanismos entre el estigma internalizado y el comer

emocional, principalmente el efecto del estigma anticipado como mediador de las conductas de alimentación, en especial del comer emocional. Por esta razón, el objetivo del presente trabajo fue analizar el estigma anticipado como mediador de la relación entre el estigma internalizado y el comer emocional.

Metodología

Se realizó un estudio transversal. La población está conformada por estudiantes universitarios de enfermería con un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que participaron 105 estudiantes.

Mediciones

Estigma internalizado

Se evaluó con la escala modificada de internalización del estigma (Weight Bias Internalization Scale [WBIS]), desarrollada por Durso y Latner (2008). Esta escala se compone de 11 ítems con respuesta tipo Likert que va de 1 (completamente en desacuerdo) a 7 (completamente de acuerdo). Los ítems 1 y 9 contienen respuestas con puntaje reverso. Los puntajes altos indican mayor internalización del estigma. El nivel de confiabilidad de la escala es de $\alpha = 0.86$ (Pearl y Puhl, 2014).

Estigma anticipado

Se empleó la dimensión de miedo al estigma del cuestionario de auto estigma del peso (Weight Self-Stigma Questionnaire [wssq]), desarrollado por Lillis et al. (2010), el cual consta de seis ítems con opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). Las preguntas empleadas corresponden a la evaluación anticipación del estigma, por ejemplo: “me siento inseguro sobre la opinión que otros tienen sobre mí”; “otros pensarán que yo tengo falta de control debido

a mi problema de peso”. Para su interpretación se indica que mayor puntaje indica mayor estigma anticipado. La confiabilidad de la escala para la dimensión empleada tiene un $\alpha = 0.85$ (Lillis et al., 2010).

Comer emocional

Se utilizó la dimensión de comer emocional del cuestionario de tres factores R-18 (Three Factor Eating Questionnaire R-18), originalmente desarrollado por Stunkard y Messick (1985), el cual consta de tres ítems con respuesta tipo Likert que va de 1 (nunca) a 4 (siempre). Para la evaluación de la variable se empleó la subescala correspondiente que contiene las siguientes preguntas (“Cuando me siento ansioso comienzo a comer”; “Cuando me siento triste, a menudo como demasiado” y “Cuando me siento solo/a, me consuelo comiendo”). Para su interpretación se considera que un mayor puntaje de la categoría señalada indica la presencia de la conducta de alimentación. La subescala tiene una confiabilidad de $\alpha = 0.81$ (Martins et al., 2021).

Además, los participantes proporcionaron información sociodemográfica como edad y sexo. El peso y talla fueron autorreportados y con ellos se calculó el índice de masa corporal (IMC).

Análisis estadístico

Los análisis descriptivos fueron realizados en el paquete estadístico SPSS versión 22 para las variables sociodemográficas: edad, sexo, peso, talla e IMC. Posteriormente se realizó el modelo de mediación de las variables estigma internalizado y comer emocional mediado por el estigma anticipado mediante el macro de PROCESS, y se calcularon los efectos directos e indirectos para estigma internalizado y comer emocional mediante estigma anticipado y comer emocional con corrección por Bootstrapping para 2 000 repeticiones. Se realizó ajuste del modelo de mediación por las variables sociodemográficas de sexo e IMC y se consideró un efecto significativo para los resultados con intervalo de confianza de 95% que no incluyeran el cero.

Resultados

Participaron 105 estudiantes universitarios de Enfermería; 79% de sexo femenino, media de edad 22 años ± 3.4 ; la media del peso corporal fue 68.2 kg ± 16.4 y el IMC de 26.4 ± 5.6 , la media del estigma internalizado fue 36.7 ± 13.6 ; mientras que para el estigma anticipado la media fue de 13.4 ± 5.7 y para el comer emocional fue 5.8 ± 2.4 .

Para analizar el modelo propuesto del estigma internalizado y comer emocional mediado por el estigma anticipado, se identificó el efecto de la relación entre el estigma internalizado y el estigma anticipado, el cual presentó un efecto positivo ($b = 0.1977$, $p < 0.001$ [IC95% 0.12, 0.27]). Para la relación de estigma anticipado y comer emocional también se observó un efecto positivo ($b = 0.1516$, $p < 0.001$ [IC95%, 0.06, 0.23]) (véase la figura 20.1).

En el análisis de efecto directo entre estigma internalizado y comer emocional no se observó efecto significativo ($\beta = 0.0021$, $p = 0.910$ [IC95% -0.03, 0.03]), mientras que el efecto indirecto del estigma internalizado y comer emocional mediado por el estigma internalizado fue positivo ($\beta = 0.030$, IC95% [0.01, 0.05]), por lo cual se puede señalar que se trata de un efecto parcial entre las variables analizadas (véase la figura 20.2). Al realizar el modelo controlado por las variables sexo e IMC, se mantuvo el efecto mediador del estigma anticipado (véase la tabla 20.1).

Figura 20.1. Relaciones parciales de modelo estigma internalizado y comer emocional mediado por estigma anticipado

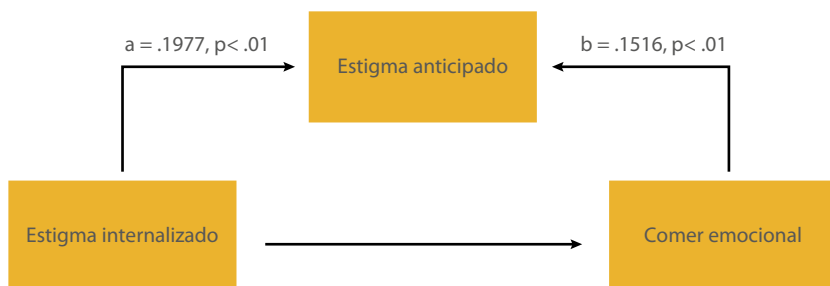


Figura 20.2. Efecto directo e indirecto del modelo estigma internalizado y comer emocional mediado por el estigma anticipado

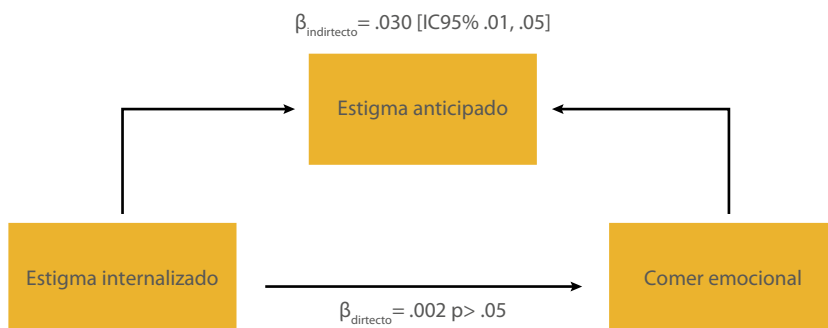


Tabla 20.1. Efecto mediador del estigma anticipado entre el estigma internalizado y el comer emocional

Variable	b	CI95%		R ²	F
		Inter inferior	Inter superior		
Ei Æ Ea	0.1946	0.1218	0.2653	0.2449	10.91**
Ea Æ Ce	0.1592	0.0721	0.2464	0.1603	4.77*
Ei Æ Ea Æ Ce	0.0310	0.0503	0.9599**		

Nota: ** $p < 0.001$, * $p < 0.01$. Ei (estigma internalizado), Ea (estigma anticipado), Ce (comer emocional).

Conclusiones

El estigma internalizado presentó una relación positiva indirecta parcial sobre el comer emocional mediante el efecto mediador del estigma anticipado, puesto que esta relación se observó únicamente en presencia del estigma anticipado, ya que no se identificó un efecto directo en esta relación.

El efecto mediador se mantiene al ajustar el modelo por las variables sociodemográficas de sexo e IMC. El comer emocional representa una conducta de alimentación que se debe seguir estudiando debido a su implicación en la vida diaria de las personas como una herramienta para afrontar emociones, tanto positivas como negativas, y que puede ser afectada por factores como el estigma del peso internalizado y anticipado.

Limitaciones, fortalezas y recomendaciones

Se reconoce que pueden existir limitaciones en el estudio relacionado con el muestreo, ya que el contar con una muestra por conveniencia se limita la extrapolación de los resultados. Con respecto al peso y la talla, al ser un dato autorreportado, puede existir una limitación con el valor que recuerda el participante y el que presenta al momento del estudio. Sin embargo, se considera un buen estimador aproximado para obtener el IMC de los participantes. Finalmente, la variable de sexo fue empleada como una variable de control del modelo de mediación, pues al ser realizado en estudiantes de enfermería se presenta una predominancia de mujeres. No obstante, el modelo de mediación mantiene su efecto al ser controlado por el sexo.

Dentro de las fortalezas del estudio se destaca el análisis del estigma anticipado como mediador entre el estigma internalizado y el comer emocional, ya que existe muy poca literatura que aborda este tipo de estigma para explicar las conductas de alimentación mal adaptativas. Asimismo, el conocer los mecanismos que regulan el comer emocional como respuesta ante emociones positivas y negativas permite conocer mejor el fenómeno de estudio y, posteriormente, presentar alternativas de intervención que consideren estos mecanismos. Particularmente, los estigmas internalizado y anticipado son elementos relevantes al hablar de estigma del peso, ya que tradicionalmente se han estudiado en su mayoría en conductas de alimentación patológicas (por ejemplo, anorexia o bulimia), por lo que este tipo de estudios permite abordar conductas de alimentación presentes en la población general y que pueden impactar en el control del sobrepeso y obesidad.

Se recomienda generar más estudios en poblaciones de jóvenes de áreas de formación ajenas a la salud, así como una mayor representación de hombres para continuar ampliando los resultados obtenidos en este estudio.

Referencias

Banna, J. C., Panizza, C. E., Boushey, C. J., Delp, E. J., y Lim, E. (2018). Association between Cognitive Restraint, Uncontrolled Eating, Emotional Eating and BMI and the

- Amount of Food Wasted in Early Adolescent Girls. *Nutrients*, 10(9), 1279. <https://doi.org/10.3390/NU10091279>
- Bastias-González, F., Jorquera, C., Matamala, C., Aguirre, P., Escandon-Nagel, N., Mari-
leo, L., y Viscardi, S. (2022). Weight stigma of nutrition and dietetics students
towards people with obesity. *Revista Chilena de Nutrición*, 49(3), 378-383. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182022000300378>
- Bongers, P., y Jansen, A. (2016). Emotional Eating Is Not What You Think It Is and Emo-
tional Eating Scales Do Not Measure What You Think They Measure. *Frontiers in Psy-
chology*, 7, 1932. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2016.01932>
- Castro, M. A., Rosenthal, L., y Starks, T. J. (2019). Enacted individual-level stigma, antici-
pated relationship stigma, and negative affect among unpartnered sexual minority
individuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 23(1), 63-82. <https://doi.org/10.1080/19359705.2018.1539428>
- Cheng, M., Wang, S., Lam, Y., Luk, H., Man, Y., y Lin, C. (2018). The Relationships be-
tween Weight Bias, Perceived Weight Stigma, Eating Behavior, and Psychological
Distress among Undergraduate Students in Hong Kong. *The Journal of Nervous and
Mental Disease*, 206(9), 705-710. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000869>
- Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S. K., Papandreou, D., Spanoudaki, M., Va-
sios, G. K., Pavlidou, E., Mantzourou, M., y Giaginis, C. (2023). The Association of Emo-
tional Eating with Overweight/Obesity, Depression, Anxiety/Stress, and Dietary
Patterns: A Review of the Current Clinical Evidence. *Nutrients*, 15(5), 1173. <https://doi.org/10.3390/nu15051173>
- Elboim-Gabyzon, M., Attar, K., y Smadar Peleg, K. (2020). Weight Stigmatization among
Physical Therapy Students and Registered Physical Therapists. *Obesity Facts*, 13(2),
104-116. <https://doi.org/10.1159/000504809>
- Harwood, A., Carter, D., y Elliott, J. (2022). A public health framework for reducing stig-
ma: the example of weight stigma. *Journal of Bioethical Inquiry*, 19(3), 511-520.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35857213/>
- Johnstone, G., y Grant, S. L. (2018). Weight stigmatization in antiobesity campaigns:
The role of images. *Health Promotion Journal of Australia*, 30(1), 37-46. <https://doi.org/10.1002/hpja.183>
- Lee, K. M., Hunger, J. M., y Tomiyama, A. J. (2021). Weight stigma and health behaviors:
evidence from the Eating in America Study. *International Journal of Obesity*, 45(7),
1499-1509. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00814-5>
- Lee, M. S., Gonzalez, B. D., Small, B. J., y Thompson, J. K. (2019). Internalized weight bias
and psychological wellbeing: An exploratory investigation of a preliminary model.
PLoS ONE, 14(5), e0216324. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0216324>
- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., y Hayes, S. C. (2012). Measuring Weight Self-stigma:
The Weight Self-Stigma Questionnaire. *Obesity*, 18(5), 971-976. <https://doi.org/10.1038/OBY.2009.353>
- Limbers, C. A., Summers, E. (2021). Emotional Eating and Weight Status in Adolescents:
A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public
Health*, 18(3), 991. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030991>

- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.SOC.27.1.363>
- Major, B., Dovidio, J. F., Link, B. G., y Calabrese, S. K. (2018). Stigma and Its Implications for Health: Introduction and Overview. En *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health* (pp. 3-28). <https://doi.org/10.1093/OXFORD-HB/9780190243470.013.1>
- Major, B., Rathbone, J. A., Blodorn, A., y Hunger, J. M. (2020). The Countervailing Effects of Weight Stigma on Weight-Loss Motivation and Perceived Capacity for Weight Control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 46(9), 1331-1343. <https://doi.org/10.1177/0146167220903184>
- Martins, B. G., da Silva, W. R., Maroco, J., y Campos, J. A. D. B. (2021). Psychometric characteristics of the Three-Factor Eating Questionnaire-18 and eating behavior in undergraduate students. *Eating and Weight Disorders*, 26(2), 525-536. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32166658/>
- Morse, J. L., Wooldridge, J. S., Herbert, M. S., Tynan, M., Dochat, C., y Afari, N. (2023). Associations Among Stress, Internalized Weight Stigma, Emotional Eating, and Body Composition in Active-Duty Service Members Enrolling in a Randomized Controlled Trial of a Weight Management Program. *International Journal of Behavioral Medicine*, 31, 145-150. <https://doi.org/10.1007/S12529-023-10157-2>
- Nelson, J. B. (2017). Mindful Eating: The Art of Presence While You Eat. *Diabetes Spectrum*, 30(3), 171-174. <https://doi.org/10.2337/DS17-0015>
- Ortiz Rodríguez, B., Gómez Pérez, D., y Ortiz, M. S. (2023). Relación entre estigma de peso y alimentación emocional: una aproximación desde el modelo de las ecuaciones estructurales. *Nutricion Hospitalaria*, 40(3), 521-528. <https://doi.org/10.20960/NH.04159>
- Rodríguez, B. O., Pérez, D. G., y Ortiz, M. S. (2023). Relation between weight stigma and emotional eating: an approach from structural equation modeling. *Nutricion Hospitalaria*, 40(3), 521-528. <https://doi.org/10.20960/NH.04159>
- Ozaydin, T., y Kaya Tuncbeden, M. M. (2022). An investigation of the prejudice and stigmatization levels of nursing students towards obese individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 40, 109-114. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2022.06.002>
- Palmeira, L., Cunha, M., y Pinto-Gouveia, J. (2018). The weight of weight self-stigma in unhealthy eating behaviours: the mediator role of weight-related experiential avoidance. *Eating and Weight Disorders*, 23(6), 785-796. <https://doi.org/10.1007/S40519-018-0540-Z>
- Pearl, R. L. (2018). Weight Bias and Stigma: Public Health Implications and Structural Solutions. *Social Issues and Policy Review*, 12(1), 146-182. <https://doi.org/10.1111/SIPR.12043>
- Pearl, R. L., y Puhl, R. M. (2014). Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: Validation of the Modified Weight Bias Internalization Scale. *Body Image*, 11(1), 89-92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.09.005>
- Petersen, J. M., Durward, C., y Levin, M. (2021). Weight-related psychological inflexibili-

- ty as a mediator between weight self-stigma and health-related outcomes. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 85(3), 316. <https://doi.org/10.1521/BUMC.2021.85.3.316>
- Phelan, J. C., Link, B. G., y Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science and Medicine*, 67(3), 358-367. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2008.03.022>
- Prunty, A., Clark, M. K., Hahn, A., Edmonds, S., y O'Shea, A. (2020). Enacted weight stigma and weight self-stigma prevalence among 3821 adults. *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(5), 421-427. <https://doi.org/10.1016/J.ORCP.2020.09.003>
- Puhl, R., y Suh, Y. (2015). Stigma and Eating and Weight Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(3), 552. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0552-6>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H. R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., ... Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485-497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Shi, H. Chew, J., Siew, Lau, T., & Lau, Y. (2022). Weight-loss interventions for improving emotional eating among adults with high body mass index: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. *European Eating Disorders Review*, 30(4), 304-327. <https://doi.org/10.1002/erv.2906> Han Shi Jocelyn Chew: Siew Tiang Lau Ying Lau
- Smith, J., Ang, X. Q., Giles, E. L., y Traviss-Turner, G. (2023). Emotional Eating Interventions for Adults Living with Overweight or Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2772. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032722>
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., Van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barré, I., y Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, cross-cutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(31). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8-15. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2014.06.108>
- Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., y Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Medicine*, 16(123). <https://doi.org/10.1186/S12916-018-1116-5>
- Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226-240. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.226>
- Wellman, J. D., Araiza, A. M., Newell, E. E., y McCoy, S. K. (2018). Weight stigma facilitates unhealthy eating and weight gain via fear of fat. *Stigma and Health*, 3(3), 186-194. <https://doi.org/10.1037/SAH0000088>

Yoon, C. Y., Hazzard, V. M., Emery, R. L., Mason, S. M., y Neumark-Sztainer, D. (2022). Everyday discrimination as a predictor of maladaptive and adaptive eating: Findings from EAT 2018. *Appetite*, 170, 105878. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2021.105878>

21. Asociación de la violencia de pareja con el sobrepeso/obesidad en mujeres estudiantes universitarias

[Association of partner violence with overweight/obesity in female university students]



GEU MENDOZA-CATALÁN*

JOSÉ ALFREDO PIMENTEL-JAIMES**

JOSÉ LUIS HIGUERA-SAINZ***

ULISES RIEKE-CAMPOY****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.21>

Resumen

La violencia de pareja y el sobrepeso/obesidad es más prevalente en mujeres que en hombres, por lo que pudiera existir una asociación entre ambos problemas de salud. El objetivo fue analizar la asociación de la violencia de pareja con el sobrepeso/obesidad en mujeres estudiantes universitarias. Se realizó un estudio transversal y correlacional, se abordaron a mujeres universitarias de la carrera de enfermería. El tamaño de la muestra fue de 180 y se realizó por medio de un muestreo no probabilístico. La recolección de datos se realizó por medio de invitaciones de flyers y la encuesta se realizó de manera *online*. Los datos fueron analizados en el programa SPSS versión 26. Participaron 180 estudiantes, la media de edad fue de 21.5 años ($DE = 3.1$), la mayoría reportó que se encontraba en noviazgo y un tercio refirió haber presentado antecedentes de violencia intrafamiliar. De acuerdo con la violencia de pareja, la puntuación general del cuestionario fue de

* Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor-investigador de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5061-2457>

** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Baja California. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4384-8370>

*** Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor investigador de la Universidad Autónoma de Baja California. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1824-8963>

**** Doctorante en Ciencias de la Salud Ocupacional. Profesor investigador de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Baja California. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5087-7933>

4.7 ($DE = 7.0$), 25.6% de las estudiantes presenta obesidad abdominal y el 48.3% presenta sobrepeso/obesidad. La violencia de pareja influyó en el incremento del IMC. La puntuación general de la violencia de pareja se correlacionó de manera positiva con el incremento del IMC. De manera específica, la violencia física y el desapego fueron los predictores en el incremento del IMC en las mujeres universitarias.

Palabras clave: *violencia de pareja, estudiante universitaria, sobrepeso, obesidad.*

Introducción

El sobrepeso y la obesidad (SP/OB) se considera como la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo. A nivel internacional, 38% de la población presentaba SP/OB y se espera que para el año 2035 incremente a 51% de la población, con mayor prevalencia en mujeres que en hombres (World Obesity Federation, 2023). En México, 75.2% presenta SP/OB, la prevalencia es más alta en mujeres que en hombres tanto en obesidad y obesidad abdominal (Campos-Nonato et al., 2023). El SP/OB se considera como uno de los factores principales para el desarrollo de las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial y cáncer) y mortalidad (Barrutia et al., 2021; Vázquez et al., 2018). Existen diversos factores relacionados con el desarrollo del SP/OB en las mujeres, como las conductas sedentarias, la alimentación emocional, dedicarse a realizar actividades del hogar, tener pareja y presentar violencia de pareja (Caudillo-Ortega et al., 2017; Medina-Zacarías et al., 2022; Díaz-Castrillón et al., 2019).

La violencia de pareja contra la mujer es cualquier acción que implique agresiones físicas, verbales, sexuales o económicas (Organización de las Naciones Unidas [ONU] Mujeres, 2020). En México, 43.9% de las mujeres ha reportado sufrir violencia por parte de su pareja: conforme al nivel de violencia sufrida, 20.7% fue violencia leve, 15.7% violencia moderada, 43% violencia severa y 20.8% violencia muy severa (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH], 2016). De acuerdo al tipo de violencia, la de mayor prevalencia fue violencia psicológica y económica

(41%), principalmente en mujeres adolescentes y jóvenes adultos (ENDIREH, 2016; Potter et al., 2021). Existen múltiples implicaciones que puede tener la violencia de pareja en la mujer, tanto físicas, psicológicas, sexuales o reproductivas, que se pueden incrementar durante el desarrollo del embarazo (Ávila-Burgos et al., 2014; García y Matud, 2015; Lutgendorf, 2019).

Durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19, la violencia contra la mujer por parte de la pareja incremento debido a diversos factores como el aislamiento social, lo que dificultó la falta de búsqueda de ayuda y posibilitó las pérdidas de trabajo y mayor control sobre la mujer (Loren-te-Acosta, 2020). Por ejemplo, la presencia de violencia de la pareja puede tener implicaciones actuales tanto psicológicas y físicas relacionadas con enfermedades crónicas como el SP/OB (Ponte-González et al., 2023). Aunque de acuerdo con la evidencia científica, existen reportes contradictorios que señalan resultados entre la violencia de pareja y el SP/OB, hay estudios que señalan que la violencia sí influye en el aumento de peso. Por otro lado, también existe investigación que reporta que se relaciona con bajo peso o desnutrición (Caudillo-Ortega et al., 2017).

Tanto la prevalencia de SP/OB como de violencia son más elevadas en las mujeres debido a las desigualdades que presentan, como la falta de educación y menores ingresos económicos y acceso a los servicios de salud (Navarro et al., 2014). Además, en México es bien visto que las mujeres sean amas de casa y dependan económicamente de sus parejas. Asimismo, considera la violencia de pareja como algo normal dentro de la relación (Stevens y Soler, 1974). Debido a esto, las mujeres consideran que los actos de violencia por parte de su pareja son algo sin importancia y, por lo tanto, no denuncian ni buscan ayuda (ENDIREH, 2016).

Debido a lo anterior, para los profesionales de la enfermería es importante considerar la detección de la violencia en las mujeres por parte de sus parejas y evaluar las repercusiones en la salud, principalmente en los problemas de mayor incidencia y prevalencia en las mujeres. De esta manera, se puede aportar conocimiento que permita a los tomadores de decisiones desarrollar programas de atención a las mujeres que buscan ayuda con un enfoque para prevenir enfermedades como el SP/OB. Por tal razón, el objetivo de esta investigación fue analizar la asociación de la violencia de pareja con el SP/OB en mujeres estudiantes universitarias.

Metodología

Diseño, población, muestra y muestreo

Se trató de un diseño de estudio cuantitativo, transversal y correlacional. La población objetivo fueron mujeres estudiantes universitarias de la Facultad de Enfermería. El tamaño de la muestra fue de 180, el cual se calculó en el programa Gpower 3.1, con una confiabilidad de 95%, un poder de 90 y un tamaño de efecto de 0.12, para un análisis de regresión lineal múltiple. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: tener una edad de 18 años o más, tener pareja actual y ser residente de Mexicali Baja California, México. Se excluyeron a mujeres embarazadas, quienes tuvieran diagnóstico previo de hipotiroidismo y quienes practicaran fisicoculturismo. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Recolección de datos

La recolección de datos se realizó de febrero a mayo de 2023. Con previa autorización por los directivos institucionales, se compartió por medio de *flyers* digitales (redes sociales) y físicos la invitación a participar en este estudio. El *flyer* contenía el título de la investigación, así como los criterios de selección y la indicación de acudir al módulo de enfermería para realizar la medición antropométrica del índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de cintura (dato obligatorio para completar la encuesta en línea), para las personas que tenían interés en participar en el estudio. Posteriormente, en el módulo de enfermería, después de las mediciones antropométricas, se les proporcionaba un código QR para acceder a la encuesta creada en Google Forms, en el momento y lugar en que las participantes se sintieran seguras y cómodas. En primera instancia, al escanear o acceder al código QR, se encontraron con el consentimiento informado. Cada participante debía aceptar el consentimiento para poder avanzar y así poder contestar la encuesta.

Cuestionarios

Se creó un cédula de datos sociodemográficos, en la que se recolectaron datos como: edad, estado civil, nivel socioeconómico, ocupación, hijos, antecedentes de violencia intrafamiliar, circunferencia de cintura y semestre. También se recopilaban datos de la pareja tales como edad, ocupación y tiempo de relación.

El IMC se evaluó de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS): $< 18.5 \text{ kg/m}^2$ bajo peso; 18.5 a 24.9 kg/m^2 , peso normal; 25 a 29.9 kg/m^2 , sobrepeso y $> 30 \text{ kg/m}^2$, obesidad.

La violencia de pareja se evaluó con el cuestionario de violencia de pareja en el noviazgo (Cienfuegos, 2014). Cuenta con 20 preguntas y evalúa cinco tipos de violencias como: coerción, sexual, física, desapego y por humillación. Cada pregunta se responde con respuestas de tipo Likert que va de 0 = Nunca a 4 = Siempre. La puntuación oscila de 0 a 80 puntos. Los resultados se interpretan que a mayor puntuación mayor violencia de pareja. Este cuestionario tuvo un alfa de Cronbach de 0.91.

Plan de análisis

Los datos fueron descargados de Google Forms y codificados cuantitativamente en Excel, posteriormente fueron trasladados y analizados en el programa SPSS v. 27. Se utilizó análisis descriptivo de frecuencia y porcentaje en variables categóricas, mientras que para las variables continuas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar). Posteriormente, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para el análisis bivariado. Por último, se realizaron dos modelos de regresión lineal múltiple teniendo como variable dependiente el IMC. En el primer modelo se incluyó la sumatoria total de la violencia de pareja y en el segundo modelo se incluyeron los tipos de violencia de manera independiente. El estudio fue aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California, con el número de registro CI-FEMXL-UABC-020.

Resultados

Participaron 180 estudiantes, la media de edad fue de 21.5 años ($DE=3.1$), la mayoría reportó que se encontraba en noviazgo, no tenía hijos, sólo eran estudiantes de un nivel socioeconómico medio, y un tercio refirió haber presentado antecedentes de violencia intrafamiliar. La edad promedio de la pareja fue de 22.9 ($DE=4.0$), la mayoría solo trabaja y el tiempo de relación promedio fue de 29.6 meses ($DE=11.4$) (véase la siguiente tabla).

Tabla 21.1. Características de los participantes del estudio

Variable	f	%
Edad $M(DE)$	21.5 (3.1)	
Estado civil		
Noviazgo	148	82.2
Casada	23	12.8
Unión libre	9	9.0
Hijos		
Sí	18	10
No	162	90
Ocupación		
Estudiante	122	67.8
Estudiante y trabajadora	58	32.2
Nivel socioeconómico		
Alto	-	-
Medio	154	85.6
Bajo	26	14.4
Antecedente de violencia intrafamiliar		
Sí	60	33.3
No	120	66.7
Edad de la pareja	22.9 (4.0)	
Ocupación de la pareja		
Estudiante	37	20.6
Trabajador	76	42.2
Estudia y trabaja	67	37.2
Tiempo de relación en meses	29.6 (11.4)	

Nota: 180 participantes, M =media, DE =desviación estándar, f =frecuencia, % =porcentaje.

De acuerdo con la violencia, la puntuación general del cuestionario fue de 4.7 ($DE=7.0$). Por tipo de violencia la puntuación más elevada fue en desapego,

seguido de coerción y, en tercer lugar, humillación. Referente a la circunferencia de cintura, un cuarto de la población presenta obesidad abdominal y en cuanto al IMC, 48.3% presenta SP/OB (véase la siguiente tabla).

Tabla 21.2. Descripción de la violencia de pareja, IMC y circunferencia de cintura

Variable	f	%
Violencia <i>M(DE)</i>	4.7 (7.0)	
Coerción <i>M(DE)</i>	1.1 (2.2)	
Sexual <i>M(DE)</i>	0.5 (1.3)	
Física <i>M(DE)</i>	0.2 (0.7)	
Desapego <i>M(DE)</i>	2.2 (3.4)	
Humillación <i>M(DE)</i>	0.7 (1.7)	
Circunferencia de cintura <i>M(DE)</i>	80.1 (13.5)	
<80 cm	96	53.3
80-88 cm	38	21.1
>88 cm	46	25.6
IMC <i>M(DE)</i>	25.9 (6.8)	
Normopeso	93	51.7
Sobrepeso	54	30.0
Obesidad	33	18.3

Nota: 180 participantes, *M*=media, *DE*=desviación estándar, *f*=frecuencia, %=porcentaje.

En relación con el análisis de correlación, se identificó que la violencia y todos los tipos de violencia se relacionaron de manera positiva y significativa con la circunferencia de cintura y el IMC (véase la siguiente tabla).

Tabla 3. Análisis de correlación entre la violencia de pareja, la CC y el IMC

	Violencia	Coerción	Sexual	Física	Desapego	Humillación
CC	0.285**	0.237**	0.252**	0.163*	0.233**	0.242**
IMC	0.409**	0.320**	0.206**	0.506**	0.371**	0.297**

Nota: 180 participantes, * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$, CC=Circunferencia de cintura, IMC=índice de masa corporal.

En el primer modelo de regresión lineal múltiple, se integraron ocho variables como predictores del IMC, pero sólo la sumatoria total de la violencia de pareja fue la única significativa y explicó el 15.3% de la varianza del IMC (véase la tabla 21.4).

Al realizar un modelo de regresión lineal múltiple con la técnica de Backward y al incluir de forma específica las formas de violencia de pareja,

se crearon 11 modelos, en el último quedaron como predictores del IMC la violencia física y el desapego, las cuales explicaron 28.1% de la varianza (véase la tabla 21.5).

Tabla 21.4. Predictores del IMC en mujeres estudiantes universitarias

Variable	β	p
Edad	0.073	0.629
Hijos (sí)	-0.060	0.541
Trabaja (sí)	-0.015	0.845
Nivel socioeconómico	-0.113	0.114
Edad pareja	0.079	0.360
Tiempo relación	-0.091	0.525
Antecedentes de violencia intrafamiliar	0.090	0.219
Violencia	0.367	0.000

$F(8, 171) = 5.032, R^2 = 0.153, p < 0.000$

Nota: 180 participantes, IMC = índice de masa corporal.

Tabla 21.5. Predictores del IMC en mujeres estudiantes universitarias por tipos de violencia

Variable	Modelo 1		Modelo final	
	β	p	β	p
Edad	0.035	0.799		
Hijos (sí)	-0.032	0.708		
Trabaja (sí)	0.015	0.834		
Nivel socioeconómico	-0.047	0.495		
Edad pareja	0.058	0.605		
Tiempo relación	-0.073	0.404		
Antecedentes de violencia intrafamiliar	0.048	0.495		
Violencia				
Coerción	0.104	0.205		
Sexual	0.020	0.801		
Física	0.400	0.000	0.425	0.000
Desapego	0.106	0.306	0.200	0.004
Humillación	0.043	0.670		

$F(12, 167) = 6.199, R^2 = 0.258, p < 0.000$ $F(2, 177) = 35.990, R^2 = 0.281, p < 0.000$

Nota: 180 participantes, IMC = índice de masa corporal, β = beta ajustada, p = significancia.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue analizar la asociación de la violencia de pareja con el SP/OB en mujeres estudiantes universitarias. El SP/OB es uno de los principales problemas de salud pública por el vínculo que presenta

con enfermedades crónicas, complicaciones y mortalidad a nivel internacional y nacional (Villalobos et al., 2023). Los resultados mostraron que las estudiantes de enfermería presentan una prevalencia de SP/OB menor que a nivel nacional (Campos-Nonato et al., 2023), lo cual puede deberse a la formación que reciben las estudiantes sobre los riesgos que pueden presentar al tener SP/OB.

Conforme a la violencia de pareja, la puntuación fue baja lo cual es diferente a lo reportado en las encuestas nacionales, en donde cada una de cada dos mujeres han presentado violencia de pareja (ENDIREH, 2016). Sin embargo, en la misma encuesta se ha reportado que las mujeres consideran que las acciones de la pareja fueron consideradas insignificantes, situación por la cual las participantes pudieron haber minimizado las acciones de la pareja. Por otro lado, también se ha reportado en otros estudios que las estudiantes de la salud son el grupo de estudiantes universitarias que tienen mayor tolerancia a las conductas de violencia de la pareja (García-Díaz et al., 2020), lo cual debería considerarse importante para hacer más concientización sobre las diferentes formas de violencia hacia la mujer por parte de su pareja.

También se identificó que tanto en los análisis de correlación como en los modelos de regresión lineal múltiple, la violencia de pareja influyó en el incremento del IMC de las mujeres, lo cual coincide con resultados previos reportados en una revisión sistemática (Caudillo-Ortega et al., 2017). En las relaciones en donde existe un dominio estructural y de poder, el hombre busca el control y dominio en la mujer por medio de conductas violentas (Ponte-González et al., 2023). La violencia de pareja llega a generar problemas de estrés postraumático, ansiedad o depresión, lo cual también puede crear problemas de conductas alimentarias y, con ello, el incremento de peso (García y Matud, 2015). Aunque en este estudio se identificó que la duración de la relación influyó en el IMC, existen estudios que reportan que a mayor tiempo de exposición de violencia se presenta un incremento de peso en las mujeres (Mason et al., 2017).

A partir de estos resultados, es importante hacer más concientización en las mujeres universitarias para identificar las diferentes formas de violencia. Además, deben de existir grupos de ayuda mutua de estudiantes y un programa de acompañamiento en caso de que alguna estudiante requie-

ra apoyo y acompañamiento. Debería considerarse incluir unidades de aprendizaje que aborden exclusivamente la violencia contra la mujer dentro del mapa curricular de enfermería y en otras disciplinas en donde la mayoría de la población son mujeres.

Conclusiones

La violencia de pareja obtuvo una puntuación baja; también una de cada dos mujeres universitarias presentó SP/OB. La violencia de pareja influye en el incremento del IMC, las principales formas o tipos de violencia que resultaron predictores fueron la violencia física y el desapego.

Referencias

- Ávila-Burgos, L., Valdez-Santiago, R., Barroso-Quiab, A., Híjar, M., Rojas, R., y Del Río-Zolezzi, A. (2014). Prevalencia y factores asociados a violencia de pareja en usuarias de servicios públicos de salud en México: un análisis comparativo. *Revista de Investigación Clínica*, 66(1), 45-58. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51599>
- Barrutia Barreto, I., Maita Cruz, Y. A., Paz López, J. A., y Mesa Carassa, D. C. (2021). Relación entre obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles e infecciosas. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 54(3). <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.169851>
- Campos-Nonato, I., Galván-Valencia, O., Hernández-Barrera, L., Oviedo-Solís, C., y Barquera, S. (2023). Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65(supl 1): s238-s247. <https://doi.org/10.21149/14809>
- Caudillo-Ortega, L., Valdez Montero, C., Flores Arias, M. L., Ahumada Cortez, J. G., Gámez Medina, M. E., y Ramos Frausto, V. M. (2018). Relación entre la violencia contra la mujer y el Índice de Masa Corporal: revisión integradora. *Avances en Enfermería*, 36(2), 209-219. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.66009>
- Cienfuegos Martínez, Y. I. (2014). Validación de dos versiones cortas para evaluar violencia en la relación de pareja: perpetrador/a y receptor/a. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 62-71. <https://doi.org/10.48102/pi.v22i1.147>
- Córdoba Villalobos, J. Á., Barriguete Meléndez, J. A., Rivera Montiel, M. E., Lee, G. M., y Mancha Moctezuma, C. (2023). Sobrepeso y obesidad. Situación actual y perspectivas. *Acta Médica Grupo Angeles*, 21(S1), s51-s56. <https://dx.doi.org/10.35366/109563>

- Díaz-Castrillón, F., Cruzat-Mandich, C., Oda-Montecinos, C., Inostroza, M., Saravia, S., y Lecaros, J. (2019). Comparación de mujeres jóvenes con obesidad y normopeso: vivencia corporal, hábitos saludables y regulación emocional. *Revista chilena de nutrición*, 46(3), 308-318. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9541651>
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2016). *Resultados principales*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). Resultados principales*. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/> https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf
- García Oramas, M. J., y Matud Aznar, M. P. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud Mental*, 38(5), 321-327. <https://doi.org/10.17711/SM-0185-3325.2015.044>
- García-Díaz, V., Fernández-Feito, A., Bringas-Molleda, C., Rodríguez-Díaz, F. J., y Lana, A. (2020). Tolerancia de la violencia en la pareja y las actitudes sexistas entre estudiantes universitarios/as de ciencias de la salud de tres universidades españolas. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 179-185. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.003>
- Lorente-Acosta, M. (2020). Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Revista Española de Medicina Legal*, 46(3), 139-145. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.005>
- Lutgendorf, M. A. (2019). Intimate Partner Violence and Women's Health. *Gynecology and Obstetrics*, 134(3), 470-480. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003326>
- Mason, S. M., Ayour, N., Canney, S., Eisenberg, M. E., y Neumark-Sztainer, D. (2017). Intimate partner violence and 5-year weight change in young women: A longitudinal study. *Journal of Women's Health*, 26(6), 677-682. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5909>
- Medina-Zacarías, M. C., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Méndez Gómez-Humarán, I., y Hernández-Cordero, S. L. (2022). Factores de riesgo asociados con sobrepeso y obesidad en adolescentes mexicanas. *Salud Pública de México*, 62(2), 125-136. <https://doi.org/10.21149/10388>
- Moctezuma Navarro, D., Narro Robles, J., y Orozco Hernández, L. (2014). La mujer en México: inequidad, pobreza y violencia. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 59(220), 117-146.
- Organización de las Naciones Unidas-Mujeres/El Colegio de México (2020). *Violencia contra las mujeres y las niñas en el contexto del confinamiento por la pandemia de Covid-19 en México. Estudio cualitativo. Resumen Ejecutivo de los resultados*. <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020-nuevo/diciembre-2020/resumen-ejecutivo-colmex>
- Ponte-González, A. D., Guerrero-Morales, A. L., y López-Ortiz, G. (2023). Violencia hacia la mujer y su impacto en la salud. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 10(3), 117-125. <https://doi.org/10.24875/rmf.22000099>
- Potter, L. C., Morris, R., Hegarty, K., García-Moreno, C., y Feder, G. (2021). Categories

- and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women's health and domestic violence. *International Journal of Epidemiology*, 50(2), 652-662. <https://10.1093/ije/dyaa220>
- Reynoso Vázquez, J., Carrillo Ramírez, J., Algarín Rojas, L., Camacho Romero, O., y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2018). La obesidad y su asociación con otras de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Journal of negative and no positive results*, 3(8), 627-642. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2520>
- Stevens, E. P., y Soler, M. (1974). El marianismo: la otra cara del machismo en América Latina. *Diálogos: Artes, Letras, Ciencias humanas*, 10(55), 17-24. <https://www.jstor.org/stable/27933189>
- World Obesity Federation (2023). *World Obesity Atlas 2023*. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>

22. Victimización por pares y consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 16 años

[Peer victimization and alcohol consumption in adolescents aged 12 to 16]



GERALD YLDERGAR PUENTE-ALCALÁ*

EVA KERENA HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ**

EDNA IDALIA PAULINA NAVARRO-OLIVA***

ALEJANDRA LEJIA-MENDOZA****

DAFNE ASTRID GÓMEZ-MELASIO*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.22>

Resumen

La victimización por pares y el consumo de alcohol son dos problemáticas importantes presentes en los adolescentes, y se considera que pueden estar relacionadas. El objetivo de la presente investigación fue analizar la relación entre victimización por pares y consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 16 años de una escuela secundaria de Saltillo, Coahuila. El diseño del estudio fue descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 234 adolescentes. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se creó un formulario electrónico que incluía cédula de datos personales, cuestionario breve de victimización escolar por pares y cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, debido a que los datos no presentaron una distribución normal. Los resultados mostraron que 59% era mujer, la media de

* Enfermero clínico. Hospital Materno Infantil de Saltillo, Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9849-0439>

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8180-8818>

*** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2695-8220>

**** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6806-8915>

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

edad de los participantes fue de 13.26 años ($DE = 0.91$). Se identificó una prevalencia global de consumo de alcohol de 29.5%, prevalencia lápsica de 17.1%, prevalencia actual de 10.3% y prevalencia instantánea de 3.4%. En cuanto al tipo de consumo de alcohol, se encontró que 13.2% tuvo consumo de riesgo o dependiente y 9.8% consumo perjudicial. Las principales manifestaciones de victimización por pares encontradas fueron, 58.5% expresó que algún compañero ha contado rumores sobre ellos y lo han criticado a sus espaldas, y a 46.6% le han gritado. Se encontró relación positiva entre victimización por pares y consumo de alcohol ($r_s = 0.255$, $p < 0.05$), es decir que, a mayor victimización por pares, mayor consumo de alcohol en los adolescentes. Se puede concluir que la victimización por pares es una problemática frecuente entre los adolescentes y que dicha problemática se encuentra relacionada al consumo de alcohol. Se deben realizar e implementar estrategias o intervenciones que aborden la victimización por pares y el consumo de alcohol en los adolescentes, con la finalidad de prevenir o disminuir dichas problemáticas, así como, futuras repercusiones a consecuencia de estas.

Palabras clave: *victimización por pares, consumo de alcohol, adolescentes.*

Introducción

La victimización por pares o mejor conocido como *bullying* es un problema social a nivel mundial que desencadena una serie de problemas, tanto para la persona que es víctima como para su familia. De acuerdo con el primer estudio mundial llevado a cabo por la organización no gubernamental (ONG) Internacional Bullying Sin Frontera (BSF) en colaboración con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) para América, Europa, África, Oceanía y Asia, realizado entre junio de 2017 y junio de 2018, los casos de *bullying* en todo el mundo han aumentado en forma explosiva con relación a las últimas mediciones que estaban disponibles (BSF,

2021). Esta información se confirmó después en el estudio realizado por la BSF entre enero de 2022 y abril de 2023 (BSF, 2023).

Con los más de 40 millones de alumnos de nivel primario y secundario en México, el sufrimiento cotidiano lo padecen aproximadamente 28 millones de niños y adolescentes, una cifra alarmante. El nivel aludido coloca a México en primer lugar a nivel mundial en casos de *bullying* o acoso escolar, seguido por Estados Unidos y España (BSF, 2023). En Coahuila, según la Procuraduría de los Niños, las Niñas y la Familia (Pronnif) informó que cada mes recibe aproximadamente 50 denuncias de *bullying* o acoso escolar por parte de los padres de familia, y que tan sólo en los primeros 9 meses del año 2018 se habían atendido 448 denuncias de casos de *bullying*, mayoritariamente presentados en la región centro y en Saltillo, en donde la mayoría de los casos de *bullying* fueron protagonizados por menores de edad del sexo masculino (Garza, 2021).

La victimización por pares o *bullying* se entiende como el acoso planificado y sistemático hacia una persona en el entorno escolar y está relacionado con desequilibrios psicosociales, entre ellos podemos destacar alteraciones intensas en el estado afectivo y del carácter, deterioro de la autoestima, aislamiento familiar y social (Amaro-Berríos y Azaña-Velez-moro, 2017). Además, quizá pueda estar relacionado con otras conductas de riesgo o perjudiciales para la salud, como el consumo de alcohol. El consumo de alcohol en los adolescentes también representa un problema de salud pública a nivel mundial de relevancia, ya que su uso nocivo es factor causal de más de 200 enfermedades y cada año produce 3 millones de muertes, lo que representa 5.3% de todas las defunciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En general, 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).

Existe relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana: entre las personas de 20 a 39 años, cerca de 13.5% del total de muertes son atribuibles al alcohol. Más allá de las consecuencias para la salud, el consumo nocivo de alcohol trae consigo importantes pérdidas sociales y económicas a las personas y

a la sociedad en general (OMS, 2022). En México, en 2015, el consumo de alcohol provocó 44 700 muertes (6.5% del total) y 5.2% (1.5 millones) de los años de vida saludables perdidos (AVISA). El grupo de edad con mayor carga atribuible a este factor fue el de 15 a 49 años (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020).

El consumo de alcohol en el país es alto, en particular el consumo excesivo, que se presenta no sólo en la población de mayor edad, sino también en menores de edad y es en las mujeres adolescentes en quienes ha ocurrido un incremento en el porcentaje de consumo excesivo en los últimos años. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019, el consumo en el último mes de bebidas alcohólicas entre los adolescentes de 10 a 19 años fue de 29.8%, en los hombres adolescentes de 22.5% y en las mujeres adolescentes de 26.6% (INSP, 2020).

Como se pudo observar, la victimización por pares y el consumo de alcohol son dos problemáticas importantes presentes en los adolescentes, por lo cual se considera que pueden estar relacionadas. Debido a ello, el objetivo de la presente investigación fue analizar la relación entre victimización por pares y consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 16 años de una escuela secundaria de Saltillo, Coahuila.

Metodología

El diseño del estudio fue descriptivo-correlacional (Gray et al., 2017). La población de estudio estuvo conformada por 600 adolescentes entre 12 y 16 años de una escuela secundaria de Saltillo, Coahuila. El cálculo de la muestra se realizó tomando en cuenta un nivel de confianza del 95% y margen de error de 5%, obteniendo un tamaño de muestra de 234 adolescentes. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se creó un formulario electrónico que incluía, cédula de datos personales; para medir la variable victimización por pares se utilizó el cuestionario breve de victimización escolar por pares, el cual contiene 20 ítems con opciones de respuesta dicotómicas: a mayor puntaje, mayor presencia de victimización por pares (Vega-Cauich, 2018).

Para medir la variable consumo de alcohol se empleó el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés) validado para población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992), el cual está conformado por 10 ítems con diferentes opciones de respuesta y divididos en tres dominios: el primero dominio corresponde a la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol que se utiliza para determinar el consumo de bajo riesgo (reactivos 1, 2 y 3); el segundo dominio explora el consumo de riesgo o dependencia con los reactivos 4, 5, y 6; y el consumo perjudicial es el tercer dominio e incluye los reactivos 7, 8, 9 y 10. La escala tiene un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 puntos. Los puntajes de 0 a 3 corresponden al consumo de bajo riesgo; de 4 a 7 puntos se empieza a tener problemas con el consumo, considerándose consumo de riesgo o dependiente, y de 8 a 40 puntos indica consumo perjudicial.

El presente proyecto de investigación se fundamentó en lo reglamentado por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (ssa, 1987; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014), en el que se establecen los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica destinada a la salud, ya que en la investigación para la salud se deben atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25 para Windows y se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Para conocer las características generales de los participantes se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central para las variables numéricas. Se realizó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con los puntajes totales de los instrumentos, con la finalidad de justificar el uso de estadística paramétrica o no paramétrica. Para dar respuesta al objetivo general, que consiste en analizar la relación entre victimización por pares y consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 16 años de una escuela secundaria de Saltillo, Coahuila, se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, debido a que los datos no presentaron una distribución normal.

Resultados

Características generales de los participantes

La muestra estuvo conformada por 234 adolescente de 12 a 16 años. El 59% ($f=138$) eran mujeres y 41% ($f=96$) hombres. La media de edad de los participantes fue de 13.26 años ($DE=0.91$).

Consumo de alcohol en adolescentes

En la tabla 22.1 se presentan las prevalencias del consumo de alcohol en los participantes. Se identificó una prevalencia global de consumo de alcohol de 29.5% ($f=69$), prevalencia lápsica de 17.1% ($f=40$), prevalencia actual de 10.3% ($f=24$) y prevalencia instantánea de 3.4% ($f=8$). En cuanto al tipo de consumo de alcohol, se encontró que, 13.2% ($f=31$) tuvo consumo de riesgo o dependiente y 9.8% ($f=23$) consumo perjudicial. La media de edad de inicio de consumo de alcohol fue de 13 años ($DE=0.84$).

Tabla 22.1. *Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol*

<i>Prevalencia de consumo</i>	<i>Sí</i>		<i>No</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Prevalencia global				
Alguna vez en la vida	69	29.5	165	70.5
Prevalencia lápsica				
En el último año	40	17.1	194	82.9
Prevalencia actual				
En el último mes	24	10.3	210	89.7
Prevalencia instantánea				
En los últimos 7 días	8	3.4	226	96.6

Nota: f =frecuencia, $%$ =porcentaje, $n=234$.

Fuente: cédula de datos personales.

Victimización por pares

Las principales manifestaciones de victimización por pares encontradas fueron las siguientes: 58.5% ($f=137$) expresó que algún compañero ha contado rumores sobre ellos y lo han criticado a sus espaldas; a 46.6% ($f=109$) le han gritado; a 43.6% ($f=102$) lo han tratado con indiferencia o lo han hecho a un lado; a 41.9% ($f=98$) lo han acusado de algo que no ha hecho; 41% ($f=96$) menciona que han contado mentiras para que los demás no quieran estar con él; 39.7% ($f=93$) dice se han burlado para molestarlo; a 38.9% ($f=91$) lo han insultado; y 38% ($f=89$) dice que han compartido sus secretos con otros.

Relación entre consumo de alcohol y victimización por pares

Se realizó un análisis de correlación para dar respuesta al objetivo: analizar la relación entre victimización por pares y consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 16 años de una escuela secundaria de Saltillo, Coahuila. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman debido a que los datos no presentaron una distribución normal en la prueba de Kolmogórov-Smirnov ($p < 0.05$). Se encontró relación positiva entre victimización por pares y consumo de alcohol ($r_s = 0.255$, $p < 0.05$), es decir que, a mayor victimización por pares, mayor consumo de alcohol en los adolescentes.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre victimización por pares y consumo de alcohol en adolescentes. Los datos fueron recolectados de una muestra de 234 adolescentes en una escuela secundaria de Saltillo, Coahuila. Se observó que el sexo que predominó fue el femenino con 59%. De igual manera, en el estudio realizado por Alonso et al. (2017) predominó el sexo femenino, reflejándose en ambos estudios la relación encontrada mujeres-hombres en la población general. La prevalencia global de consumo de alcohol fue de 29.5%, lo cual difiere con el estudio realizado

por Tegoma-Ruíz y Cortaza-Ramírez (2016), en el que la mayoría de los adolescentes había consumido alcohol alguna vez en la vida con 59.3%. Lo anterior pudiera ser atribuible a que las poblaciones eran de estados diferentes o bien la encuesta en línea que se compartió a través de los docentes a los estudiantes creó desconfianza en los estudiantes al pensar que sus respuestas podían ser identificadas.

La prevalencia global encontrada en este estudio también difiere con los resultados de la encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco (ENCODAT) 2016-2017 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRF] et al., 2017) que reportó una prevalencia global de 39.8%. La prevalencia lápsica en este estudio fue de 17.1%, encontrándose por debajo de la reportada por la ENCODAT de 28%. La prevalencia actual fue de 10.3%, también observada por abajo de la reportada en la ENCODAT 2016-2017 de 16.1%. Las diferencias entre las prevalencias de consumo de alcohol encontradas en este estudio con las reportadas en la ENCODAT 2016-2017 pueden ser atribuibles a la forma de recolección de los datos o al rango de edad de los participantes. En este estudio se incluyeron adolescentes de 12 a 16 años y en la ENCODAT de 12 a 17 años.

La edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 13 años. Resultados no muy diferentes se encontraron en los estudios realizados por Tegoma-Ruíz y Cortaza-Ramírez (2016), quienes encontraron una edad promedio de inicio de 11.5 años, y por Alonso-Castillo et al. (2017) con 11.9 años. En cuanto al tipo de consumo de alcohol, se encontró que 13.2% ($f=31$) tuvo consumo de riesgo o dependiente y 9.8% ($f=23$) consumo perjudicial, lo cual es diferente a lo reportado por la ENCODAT 2016-2017 (INPRF et al., 2017) de 33.6% para la prevalencia de consumo excesivo de alcohol en el último año.

Respecto a la victimización por pares, se encontró que una parte importante de los adolescentes había sufrido manifestaciones de victimización por pares y que, por lo tanto, es una problemática frecuente entre los adolescentes. Hallazgos similares, pero con menor frecuencia, fueron reportados por Lara-Ros et al. (2017), quienes encontraron que 17.70% de los alumnos estaba directamente implicado en situaciones de *bullying*, tras lo cual concluían que era una problemática frecuente. Sin embargo, las prevalencias fueron menores en comparación con el presente estudio, lo cual pudo deberse a que los participantes de Lara-Ros et al. (2017) eran estudiantes de

primaria, y la victimización por pares puede llegar a presentarse con mayor frecuencia conforme avanza la adolescencia.

En la investigación llevada a cabo por Sánchez-Pérez et al. (2020), se identificó una prevalencia global de victimización por pares de 60.4%, lo cual se acerca más a las frecuencias encontradas en algunas manifestaciones de victimización por pares de los participantes de este estudio, y resalta lo vulnerables que pueden ser los adolescentes a ser víctimas. Por último, referente al objetivo general, se encontró relación positiva entre victimización por pares y consumo de alcohol. Lo anterior fue similar a los resultados de Amaro-Berrios y Azaña-Velezmoro (2017), quienes encontraron que hubo asociación entre el aumento de *bullying* y el consumo de alcohol en el último mes. De igual forma coincidió con lo reportado por Mota et al. (2018), quienes destacaron la interrelación entre la violencia escolar y el consumo de alcohol y otras drogas en los adolescentes.

Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir que la victimización por pares es una problemática frecuente entre los adolescentes, y que dicha problemática se encuentra relacionada al consumo de alcohol, pues se encontró que, a mayor victimización por pares, mayor consumo de alcohol en los adolescentes. Se deben realizar e implementar estrategias o intervenciones que aborden la victimización por pares y el consumo de alcohol en los adolescentes, con la finalidad de prevenir o disminuir dichas problemáticas, así como futuras repercusiones a consecuencia de estas.

Referencias

- Alonso-Castillo, M. M., Yáñez-Lozano, Á., y Armendáriz-García, N. A. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Salud y drogas*, 17(1), 87-96. <http://www.redalyc.org/aarticulo.oa?id=83949782009>
- Amaro-Berrios, H., y Azaña-Velezmoro, V. (2017). Consumo de alcohol y su relación con los roles del bullying en adolescentes. *CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud*, 2(1), 28-36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6258775>

- De la Fuente, J. R., y Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51.
- Garza, Y. (2018). *Ha atendido Pronnif 448 casos de bullying en Coahuila en lo que va del año*. <https://rancherita.com.mx/noticias/detalles/55688/ha-atendido-pronnif-448-casos-de-bullying-en-coahuila-en-lo-que-va-del-antildeo.html>
- Contreras, J. M. (19 de octubre de 2018). *448 casos de bullying ha atendido Pronnif en 2018*. El Sol de la Laguna. <https://oem.com.mx/elsoldelalaguna/local/448-casos-de-bullying-ha-atendido-pronnif-en-2018-18464518>
- 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.
- Villatoro-Velázquez, J. A., Reséndiz Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D. A., Fleiz Bautista, C., Medina-Mora, M. E., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Instituto Nacional de Salud Pública/Comisión Nacional Contra las Adicciones/Secretaría de Salud. https://www.researchgate.net/publication/321365272_Encuesta_Nacional_de_Consumo_de_Drogas_Alcohol_y_Tabaco_2016-2017_Reporte_de_Alcohol
- Instituto Nacional de Salud Pública (2020). *El consumo excesivo de alcohol en adolescentes*. Gobierno de México. <https://www.insp.mx/avisos/el-consumo-excesivo-de-alcohol-en-adolescentes>
- Lara-Ros, M. R., Rodríguez-Jiménez, T., Martínez-González, A. E., y Piqueras, J. A. (2017). Relación entre el bullying y el estado emocional y social en niños de educación primaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 59-64. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152555007>
- Santos Mota, R., Pereira Gomes, N., Moura Campos, L., Cunha Cordeiro, K. C., Pamplona de Souza, C. N., y de Camargo, C. L. (2018). Adolescentes escolares: associação entre vivência de bullying e consumo de álcool/drogas. *Texto Contexto-Enfermagem*, 27(3). <https://doi.org/10.1590/0104-07072018003650017>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Alcohol: Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización No Gubernamental Internacional Bullying Sin Frontera. (2018). *Estadísticas Mundiales de Bullying 2020/2021*. https://bullyingsinfronteras.blogspot.com/2018/10/estadisticas-mundiales-de-bullying_29.html
- Organización No Gubernamental Internacional Bullying Sin Frontera. (2023). *Estadísticas Mundiales de Bullying 2022/2022*. <https://bullyingsinfronteras.blogspot.com/2017/03/bullying-mexico-estadisticas-2017.html#:~:text=Con%20los%20m%C3%A1s%20de%2040,B%C3%A9lgica%2C%20Uruguay%20y%20Chile%20juntas>
- Sánchez-Pérez, H. J., Zúñiga Vega, E., Sosa Salazar, A. S., Alvarado Orellana, S., Romero-Sandoval, N., y Martín, M. (2021). Victimización por pares en la escuela y factores

- asociados en Campeche, México. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(4), 1117-1125. <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/dd5FvjZ8QYsfv4CyhvZRT7n/?lang=es#https://doi.org/10.1590/1806-9304202000040011>
- Tegoma-Ruiz, V. M., y Cortaza-Ramírez, L. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 239-245. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358748563007>
- Vega-Cauich, J. I. (2018). Validación del cuestionario breve de victimización escolar por pares en México. *Acta de investigación psicológica*, 8(1), 72-82. <https://dx.doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2018.1.07>

23. Consumo de alcohol y clima laboral en trabajadores de una empresa de manufactura

[Alcohol consumption and work environment in workers of a manufacturing company]



VÍCTOR MANUEL HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ*

ALEJANDRA LEJIA-MENDOZA**

EVA KERENA HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ***

DAFNE ASTRID GÓMEZ-MELASIO****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.23>

Resumen

Un clima laboral negativo puede causar problemas físicos y psíquicos; un consumo nocivo de sustancias y de alcohol, absentismo laboral y pérdida de productividad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). De forma que el siguiente estudio fue realizado con el objetivo de determinar la relación de consumo de alcohol y clima laboral de los trabajadores de una empresa de manufactura. Para ello, se tomó una población muestra de 150 trabajadores de la empresa de manufactura, cuya muestra final fue de 121 trabajadores y el muestreo fue tipo censo, por lo que se encuestó a 81% de la población total. Se entrevistó a los trabajadores del área operativa y que aceptaron participar en la presente investigación mediante la firma del consentimiento informado. El diseño propuesto es de tipo correlacional, ya que se busca la relación entre clima laboral y el consumo de alcohol y se realizó el análisis de datos mediante el paquete estadístico SPSS versión 23.0 para Windows. Entre los resultados más relevantes se observa que 64.9% lleva un consumo de alcohol dañino y 78.5% considera que hay bajo clima laboral. Finalmente,

* Estudiante de Licenciatura en Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2870-2378>

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6806-8915>

*** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Coahuila. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8180-8818>

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

se llegó a la conclusión de que a pesar de que las variables muestran una correlación, no es estadísticamente significativa: podemos observar que 64.9% lleva un consumo de alcohol dañino y 78.5% considera que hay bajo clima laboral. Se piensa que esto se debe al tamaño de nuestra muestra dado que la empresa es pequeña, y es una posibilidad que en una empresa más grande se podría llegar a encontrar una correlación estadísticamente significativa.

Palabras clave: *clima laboral, consumo de alcohol, empresa, trabajadores.*

Introducción

Desde siempre se ha sabido lo dañino que puede llegar a ser el consumo de alcohol para el ser humano y es tan simple como observar los datos anuales. Así lo corrobora la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Informe Mundial sobre Alcohol y Salud: “en 2016 murieron más de 3 millones de personas en el mundo debido al consumo pernicioso de alcohol” (OMS, 2018).

El consumo excesivo causa enfermedad y sufrimiento en el bebedor, su familia y amigos. Es una de las causas principales de ruptura de las relaciones de pareja, de accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura. Los problemas relacionados con el alcohol representan una inmensa pérdida económica para muchas comunidades en todo el mundo al provocar más de 60 enfermedades y ser un factor de riesgo para más de 200 padecimientos y condiciones de salud, incluyendo siete tipos de cáncer (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT], 1982; OMS, 2019).

En un estudio realizado por la OMS se demostró que el consumo nocivo de bebidas alcohólicas en las Américas debe ser una de las mayores prioridades de salud pública, afirmó el doctor Anselm Hennis, director del Departamento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. “Está asociado con muertes que se pueden prevenir y con muchos años de vida con discapacidad. Necesitamos medidas de salud pública, políticas y programas eficaces, viables y sostenibles para reducir el consumo de bebidas alcohólicas” (OMS, 2021).

En cuanto al consumo de alcohol en la población general la última encuesta nacional de adicciones mostró un aumento significativo entre los

años 2000 y 2011 en las prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida (64.9% a 71.3%), en el último año (46.3% a 51.4%) y en el último mes (19.2% a 31.6%) por lo que fue esta última la que presentó el mayor crecimiento. El porcentaje de dependencia también aumentó significativamente de 4.1% a 6.2% (Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT], 2016-2017).

El consumo excesivo de alcohol en la población en 2011 fue de 14.5% con 17.3% en hombres y 11.7% en mujeres. También se observó un incremento en las prevalencias de la población adulta de 18 a 65 años el consumo alguna vez en la vida pasó de 72% a 77.1% mientras que de 22.2% a 35%. El consumo excesivo de alcohol para esta población en 2011 fue de 36.5%; con 53.6% para los hombres y 20.8% para las mujeres (AUDIT, 2016-2017).

Entre las funciones del profesional de enfermería se destaca la prevención como parte de una estrategia para evitar enfermedades y difundir educación para la promoción de la salud. En este sentido la NOM-030-STPS menciona la planeación y ejecución de los programas y el diagnóstico de seguridad y salud en el trabajo mediante acciones preventivas y correctivas de seguridad y salud en el trabajo, así como promoción para la salud, aunadas a la prevención integral de las adicciones que recomiendan o dictan las autoridades competentes. Su objetivo principal es establecer las funciones y actividades que deberán realizar los servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo para prevenir accidentes y enfermedades de trabajo y del trabajador (NOM-030-STPS-2009).

En este sentido, aunado al trabajo, el clima laboral representa un factor importante que puede repercutir positiva o negativamente en el trabajador, ya que cuando este es negativo causa problemas físicos y psíquicos, consumo nocivo de alcohol y otras sustancias, absentismo laboral y pérdida de productividad, según lo refiere la OMS (2017).

El consumo del alcohol y otras drogas está relativamente extendido y aceptado en las diferentes etapas de la persona e inicia comúnmente en la adolescencia. Sin embargo, se ha observado que el abuso de estas sustancias tiene una prevalencia mayor en la población laboral debido al ritmo de trabajo, el estrés, la monotonía de los puestos, los cambios de turnos, la falta de apoyo laboral, la falta de motivación y, en ocasiones, los agentes ambientales. Aunado a lo anterior y por ser una población económicamen-

te activa, se tiene el recurso económico para realizar el uso y abuso de drogas legales, como el alcohol y el tabaco, así como de drogas ilegales (Occupational Risk Prevention[ORP], 2022).

Por su parte, la ORP tiene como objetivo básico de las políticas laborales la protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de riesgos. Estos pueden ser directamente derivados del trabajo o aquellos que pueden afectar el rendimiento laboral. Por esta razón, la prevención y asistencia de problemas relacionados con el alcohol y otras drogas es fundamental, ya que su uso ocasiona una alteración desordenada de lo que percibe el cerebro y ocasionar accidentes laborales y daños a la salud que pueden ser irreversibles (ORP, 2022).

Metodología

Diseño de investigación

El presente trabajo fue de tipo correlacional, con una población de 150 trabajadores de la empresa de manufactura, mientras que el tamaño de la muestra fue de 121 trabajadores elegidos por conveniencia, y se encuestó a 81% de la población total (Hernández et al., 2014). Se utilizó una cédula de datos personales, así como la prevalencia lápsica e instantánea del consumo de alcohol.

Respecto al consumo de alcohol se utilizó el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés), desarrollado por la OMS, el cual ha sido validado en población mexicana. La escala evalúa el tipo de consumo de alcohol en los últimos 12 meses y está conformada por 10 preguntas, obteniendo puntos de cohorte, donde del 1 al 3 indican la cantidad y frecuencia de un consumo sensato (sin riesgo); de 4 al 7 se considera como consumo dependiente (de riesgo); y se considera consumo dañino (perjudicial) de 8 a más puntos (OMS, 1981).

Respecto al clima laboral se usó la encuesta del Fondo Monetario Internacional (FMI), la cual evalúa el nivel de satisfacción del personal en general, y está conformada por 32 preguntas. Estas miden la ya mencionada satisfacción, que es puntuada del 1 al 5 o del 1 al 4, dependiendo de la pregunta

y se califica como baja, media y alta. Las preguntas son referentes a la sensación del ambiente que perciben en su trabajo y las condiciones en las que laboran, entre otras referentes al clima laboral (COPEME, 2009).

Se incluyeron todos aquellos participantes del área operativa que aceptaran participar en la presente investigación mediante el uso del consentimiento informado, en el que se explicó y se les dio a conocer el objetivo del presente trabajo, así como el respeto a la dignidad y el manejo de la confidencialidad de los datos obtenidos, junto con la libertad de retirarse en el momento que lo desearan si tuvieran repercusiones en sus actividades laborales.

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 23 para Windows (Arbuckle, 2009). Se revisó la consistencia interna de los instrumentos mediante el coeficiente de confiabilidad de alpha de Cronbach. Posteriormente, se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo se realizó por medio de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y de variabilidad. Asimismo, se realizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar la normalidad de los datos, lo cual dio como resultado pruebas no paramétricas, por lo que se utilizó la prueba de correlación de Spearman.

Resultados

En esta sección se describen los resultados del estudio, se muestra la consistencia interna de los instrumentos y la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas mediante el AUDIT y por medio de la escala de medición del clima laboral para el FML, de la cual se eligieron las preguntas más relevantes referente al estudio realizado que se dividió en tres apartados.

La tabla 23.1 muestra las características sociodemográficas y nos menciona que la edad de la desviación estándar fue de 3 y la media de 39, así como también la antigüedad que se dividió nos arroja una media de 17 meses. Por otra parte, también nos da el estado civil, en el cual podemos observar que de los participantes, 59.5% era casado; 20.7% tenía unión libre; 13.2% era soltero y, por último, 6.6% refería estar divorciado.

Tabla 23.1. *Características sociodemográficas*

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Estado civil		
Casado	72	59.5
Unión libre	25	20.7
Soltero	16	13.2
Divorciado	8	6.6
Escolaridad		
Estudios técnicos	46	38.0
Bachillerato	36	29.8
Secundaria	28	23.1
Primaria	6	5.0
Licenciatura	5	4.1

Nota: $n = 121$, VM=Valor mínimo, VMX=Valor máximo.

Fuente: Elaboración propia.

La prevalencia lápsica del consumo de alcohol fue de 100%; la prevalencia actual fue de 94%, y la instantánea fue de 76%, esto se muestra en la tabla 23.3. Esta tabla nos da respuesta al primer objetivo específico de la investigación, pues nos ayuda a determinar el consumo de alcohol y la prevalencia lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en los trabajadores de la empresa.

Tabla 23.2. *Prevalencia lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol*

<i>Prevalencia de consumo</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
Has probado o consumido bebidas con alcohol en el último año	Sí	121	100
	No	0	0
Has probado o consumido bebidas con alcohol en el último mes	Sí	114	94
	No	7	6
Has probado o consumido bebidas con alcohol en la última semana	Sí	92	76
	No	29	24

Nota: $n = 121$

Fuente: Test AUDIT.

En la tabla 23.3 damos respuesta al objetivo específico número dos, el cual nos pide identificar el nivel de consumo de alcohol en los trabajadores de la empresa de manufactura. Podemos observar que 69.4% lleva un nivel de consumo de alcohol dañino.

Tabla 23.3. Interpretación del AUDIT

	<i>f</i>	%
Sin riesgo	4	3.3
Dependiente	33	27.3
Dañino	84	69.4
Total	21	100.0

En la tabla 23.4 damos respuesta al objetivo específico número tres, el cual nos pide identificar el nivel de clima laboral en los trabajadores de la empresa de manufactura. Podemos observar que el 78.5% considera que hay un bajo clima laboral en la empresa.

Tabla 23.4. Interpretación de escala de medición del clima laboral para el FMI

	<i>f</i>	%
Bajo clima laboral	95	78.5
Medio clima laboral	23	19.0
Alto clima laboral	3	2.5
Total	121	100.0

Nota: $n = 121$.

Fuente: Escala de medición del clima laboral para el FMI.

La tabla 23.5 da respuesta al objetivo general que es determinar la relación de consumo de alcohol y clima laboral de los trabajadores de una empresa de manufactura. Se encontró que la correlación no es estadísticamente significativa, sin embargo, se considera que esto se debe al tamaño de nuestra muestra, debido a lo pequeña que es la empresa, ya que se puede observar que 64.9% lleva un consumo de alcohol dañino y 78.5% considera que hay bajo clima laboral.

Tabla 5. Correlación Spearman

<i>Variable</i>	<i>AUDIT</i>	<i>Clima laboral</i>
AUDIT	—	0.082
Clima laboral		—

Conclusiones

La edad de inicio de consumo fue de 16 años. En este sentido, la ENCODAT (2016) refiere una media de inicio de 17.9 años, por lo que la población encuestada ha tenido una edad de inicio más temprana respecto a la prevalencia actual, que fue de 94%, y la instantánea, que fue de 76%; mientras que la ENCODAT (2016) menciona que del último año fue de 49.1% y para el último mes fue de 35.9%. De lo anterior resulta que la población trabajadora del presente estudio es más vulnerable a presentar una adicción.

En cuanto a los resultados finales del consumo de alcohol de los trabajadores, este fue dañino en 69.4% para la presente investigación, muy diferente al encontrado por Morillo y García (2017), quienes refieren que el riesgo fue bajo en cuanto al consumo de alcohol para los trabajadores, con 59.8%.

En la empresa de manufactura encuestada refieren contar con un clima laboral bajo para 78.5% de la muestra. También se observó que 30.6% siente con cierta frecuencia el apoyo de su jefe cuando está en dificultades, algo muy diferente al estudio de Guevara (2020) en la que se concluye que el líder de la empresa siempre influye positivamente en los trabajadores. Este tipo de situaciones refieren un escaso apoyo de equipo manifestado en la inconformidad por parte de los trabajadores, así como en una falta de empoderamiento dentro de la empresa, lo que ocasiona que haya una fluctuación constante en los diversos puestos que se ofertan.

Por lo anterior se concluyó que, a pesar de que la correlación entre las variables no sea estadísticamente significativa, se observó que el consumo de alcohol dañino es alto y puede estar relacionado con la insatisfacción laboral al buscar otro tipo de conductas no saludables para distraerse de factores relacionados con el trabajo, como el estrés, los horarios, la carga laboral, la falta de motivación, la monotonía en las actividades realizadas, o la falta de apoyo de los jefes o compañeros de trabajo, e incluso las escasas oportunidades de superación laboral. Esto deriva del hecho de que la empresa encuestada es pequeña y la demandas de trabajo deben realizarse por el personal que se encuentra vigente en el momento.

Es por esto que la concientización en los trabajadores debe ser primordial, como lo establece la NOM-030-STPS en cuanto a estrategias de pre-

vención y promoción para la salud. Si bien es cierto que ya se encuentra un consumo dañino, es importante tratar de disminuir el uso establecido actualmente para evitar que una adición afecte la vida personal, familiar y laboral de los trabajadores, y que debido a esto puedan disminuir su rendimiento y ser más susceptibles de presentar enfermedades, incapacidades y ausentismo laboral. En cambio, se les debe motivar a establecer conductas saludables que les ayuden a tener una vida plena en cada uno de los ámbitos en los que se desarrollen.

Referencias

- Castillo, M., García, A., y Zúñiga, N. (2022). Clima laboral, estrés laboral y consumo de alcohol en trabajadores de la industria. Una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202104057 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1135-57272021000100187
- Chrystoja, R., Monteiro, G., Owe, G., Pinheiro Gawryszewski, V., Rehm, J., y Shield, K. (2021) *Mortality in the Americas from 2013 to 2015 resulting from diseases, conditions and injuries which are 100% alcohol attributable*. *Addiction*, 116(10), 2685-2696 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.15475>
- Consorcio de Organizaciones Privadas de Promoción al Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa (2009). *Medición para el clima laboral para la IMFS*. 10-16. https://sptf.info/images/medicion_del_clima_laboral.pdf
- Galeano, M., y Amaya, R. (2017). Consumo de alcohol y cigarrillo en trabajadores de la construcción en Santander, Colombia. *Archivos de Medicina*, 17(1), 111-120. <https://www.redalyc.org/journal/2738/273851831012/html/>
- Gobierno de México (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo-Funciones y actividades*. <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3923/stps/stps.htm%23::~:~:text=3DNORMA%2520Oficial%2520Mexicana%2520NOM%2520D030%2Cel%2520trabajo%252DFunciones%2520y%2520actividades%26text%3DEstablecer%2520las%2520funciones%2520y%2520actividades%2Caccidentes%2520y%2520enfermedades%2520de%2520trabajo>
- Gobierno de México (2018). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018#gsc.tab=0
- Guevara, P., y Castro, J. (2020). *Factores determinantes en el Desempeño laboral de la empresa Buon Giorno de la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua*. [Tesis de licenciatura en Ingeniería en Marketing y Gestión de Negocios, Universidad Técnica

- de Ambato, Facultad de Ciencias Administrativas.] <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23781/1/469%20MKT.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw Hill. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Mendoza, M., Aguirre, A., y García, N. (2017). Estilo de vida, autoeficacia, consumo de alcohol y tabaco en trabajadores. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 5(5). <https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/727>
- Mesa, V., y Hernández, A. (2021). *Protocolo de intervención del estrés laboral en los colaboradores de la empresa Transporte público Rápido San Cristóbal de Medellín durante el segundo semestre de 2021*. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/16361/1/TP_MesaRudddy-Londo%C3%B1oMarian_2021.pdf
- Morillo, V., y García, A. (2017). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en trabajadores del sector textil en el valle de los Chillos-Ecuador. *Scientífica*, 15(2), 1-5. http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-00542017000200001&lng=pt&nrm=iso
- Nieves, D., y Pontón, P. (2023). Prevalencia del abuso y dependencia del consumo de alcohol y factores asociados en adultos en Gualaceo, 2022. Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica, Universidad del Azuay.] <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12665>
- Ramírez, S. (2021). *Relación entre el estrés en el trabajo y el consumo de alcohol: revisión de la literatura*. [Tesis de Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, Universidad de Antioquia.] https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/18720/1/MarinSebastian_2021_EstresLaboralAlcoholismo.pdf
- Reséndiz, E., Salazar, A., Martínez, V., y Reyes, J. (2016-2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco* (pp. 47-56). Secretaría de Salud Pública. <https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCODAT2016/informes.php>
- Rodríguez, M., y Gallego, L. (2020). *Condiciones laborales y su relación con la satisfacción laboral en colaboradores de una empresa de sector privado en la ciudad de Pereira*. <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/6228/1/DDMPSI276.pdf>
- Saunders, J., Aasland, G. T Babor, T., y De la Fuente, J. (1989). *Alcohol Use Disorders Inventory Test. Generalitat Valenciana* (pp. 11-17). <https://www.paho.org/es/documentos/audit-cuestionario-identificacion-transtornos-debidos-al-consumo-alcohol-2001>
- Sanunga, F., y Torres, A. (2022). *El consumo de alcohol y su incidencia en la productividad laboral de América Latina, período 2000-2018*. [Tesis de Licenciatura en economía, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8761>
- Vargas, M. (2021). *¿Qué es el Ambiente Laboral? Great Place to Work*. <https://www.greatplacetowork.com.co/es/recursos/blog/que-es-ambiente-laboral>

24. Educación a los niños(as) en etapa escolar en condición humana de obesidad: acercamiento a la realidad

[Education of children in school stage in the human condition of obesity: approach to reality]



KAREN JANETH VILLEGAS-BALDERRAMA*

NORMA PIZARRO**

ELIAZAR GONZÁLEZ-CARRILLO***

HAYDEÉ PARRA-ACOSTA****

BERNARDINA LETICIA MORIEL-CORRA*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.24>

Resumen

La obesidad infantil constituye un problema de salud pública mundial y México no es la excepción. Chihuahua ocupa los primeros lugares del fenómeno de estudio. El objetivo consistió en identificar el modelo prevalente de cuidado de enfermería al niño(a) escolar que presenta obesidad en el primer nivel de atención. Para ello se realizó un estudio con enfoque cualitativo en dos etapas: la primera en una institución pública en Madrid-España, desde la perspectiva del modelo transteórico del cambio de comportamiento de Prochaska; la segunda fue inductiva en el primer nivel de atención en la ciudad de Chihuahua, cuyos participantes fueron 16 niños, 12 familias y 13 enfermeras. En la obtención de los hallazgos empíricos se utilizaron las

* Maestra en Enfermería. Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1282-3479>

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4748-4271>

*** Doctora en Educación. Docente de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7571-7570>

**** Doctora en Ciencias de la Educación. Coordinadora de la Maestría en la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas de la Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6964-4205>

***** Maestra en Administración. Decana y exdirectora de la Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7231-803X>

técnicas de observación participante y entrevista en profundidad, con apoyo del diario de campo previamente elaborado con base en el modelo referido. Por su parte, el análisis se realizó con elementos de la teoría fundamentada de Straus y Corbin (2016), en apego a las consideraciones éticas de la Ley General de Salud, previo consentimiento informado. Como resultado emergieron cuatro categorías: cuidado distanciado de su esencia, exclusión de la parte fundamental, sentimientos y, por último, conviviendo con la obesidad, cada uno con subcategorías. La obesidad es un problema complejo y emergente que hay que atender como disciplina de enfermería, la cual debe contribuir a disminuir la obesidad en niños(as) en etapa escolar y asumir retos que implican que en la práctica la enfermera ejerza el rol educador como eje esencial, para lograr tener impacto en este grupo específico y, por ende, en las familias y la sociedad.

Palabras clave: *educación, enfermería, niños escolares, obesidad.*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, en su informe emitido en Ginebra (OMS, 2016), declara a la obesidad como una enfermedad crónica, complicada y multifactorial que suele iniciarse en la infancia o adolescencia. Constituye una importante y creciente problemática de salud pública con alcance mundial. Su prevalencia se incrementa a un ritmo preocupante. Se estima que, a nivel mundial, de 40 a 50 millones de niños en edad escolar se clasifican como obesos. Esta proporción representa 10% de los niños del mundo y la define de manera general como una enfermedad crónica, compleja desfavorable para la salud y caracterizada por un aumento excesivo de grasa corporal, que se presenta cuando hay un desequilibrio entre la ingesta energética y el gasto calórico.

Por otro lado, la obesidad infantil en niños en etapa escolar requiere de programas de atención primaria a la salud: la educación, mediante una profesional de enfermería que eduque a grupo en específico, puede modificar los hábitos hacia conductas y estilos de vida saludables; puede, asimismo, generar entornos saludables con educación multidisciplinaria, que motive

a los niños(as) y sus familias para que adopten conductas positivas en relación con su alimentación, que realicen actividades físicas y tengan el apoyo psicoemocional para mejorar su salud (Ayala-Moreno et al., 2020).

De ahí la necesidad del abordaje de este tema desde la disciplina del profesional de enfermería, pues es importante lo que puede realizar como parte del equipo interdisciplinario para contribuir a disminuir estas cifras alarmantes de niños(as) escolares con esta problemática. Asimismo, es importante que tenga impacto en el campo educativo en tanto desafío profesional, de ahí que se planteó como objetivo general identificar el modelo prevalente de cuidado de enfermería el niño(a) escolar en condición humana de obesidad en el primer nivel de atención.

Metodología

El desarrollo del presente trabajo se realizó desde un estudio con enfoque cualitativo, el cual se dividió en dos fases: la primera fue la obtención de los datos empíricos, que tuvo como objetivo identificar el modelo prevalente del cuidado de enfermería al escolar en condición humana de obesidad, desde la perspectiva del modelo transteórico del cambio de comportamiento en salud de Prochaska (1997) y Cabrera (2000). Este modelo tiene la capacidad de acelerar la velocidad de los cambios de comportamiento y hoy es reconocido por ser recurso innovador en el área de educación y promoción de la salud, al ser un factor importante en la redefinición de las intervenciones del profesional de enfermería en los últimos años.

Este modelo anteriormente citado describe el cambio como la progresión a través de una serie de etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento. Este se fundamenta en la premisa básica del cambio de comportamiento, proceso que tiene diversos niveles de motivación y de intención, los cuales permiten planear intervenciones y programas que responden a las necesidades individuales de las niñas(os) escolares y sus familias.

Para la obtención de los datos empíricos en la primera fase, se utilizó un enfoque deductivo, el cual se puso en práctica en una institución de primer nivel de atención en la ciudad de Chihuahua, Chihuahua, México. La

recolección de la información se llevó a cabo mediante una guía de observación, elaborada *exprofeso* con base en el Modelo Referido, la observación participante y el apoyo del diario de campo.

La segunda fase se realizó en otra institución de primer nivel de atención en la ciudad de Madrid, España, bajo un enfoque inductivo. El objetivo fue identificar elementos para la construcción del modelo innovador de cuidado de enfermería en el primer nivel de atención al escolar en condición humana de obesidad y la familia. Para la recolección de la información, se utilizó como técnica la entrevista en profundidad, la observación participante y registros en el diario de campo. Para darle sustento teórico, se realizó una investigación documental con los artículos encontrados y se realizó un análisis crítico, aportando significado al fenómeno de estudio.

Esta misma fase consistió en brindar respuesta a las áreas de oportunidad encontradas en el acercamiento a la realidad, lo cual se llevó a cabo bajo un enfoque cualitativo. Además de las ya citadas técnicas de observación participante y de la entrevista en profundidad, se observó el cuidado que otorga el personal de enfermería al escolar en condición humana de obesidad y su familia, para lograr un registro de los datos observados y poder contrastarlos con lo registrado en el diario de campo.

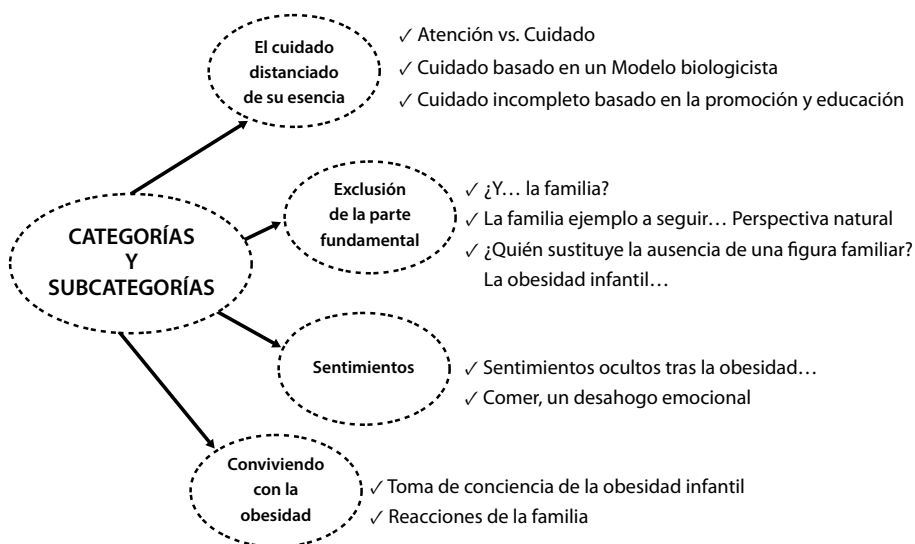
A fin de proteger la información de los participantes, se elaboró el consentimiento informado. Los hallazgos que se presentan a continuación fueron obtenidos por medio de las entrevistas en profundidad, para las cuales se utilizaron las siguientes abreviaturas: (N.1...16) para los niños (as) en condición humana de obesidad, (EP.1...12) para el profesional de enfermería y, por último, (F.1...13) para identificar a los familiares que acompañan al escolar en ese momento. Para la observación participante se llevó a cabo el registro en el diario de campo (DC).

Para el análisis de los datos, se utilizaron elementos de la teoría fundamentada. Se inició con la transcripción de las entrevistas y el registro del diario de campo y, posteriormente, se realizó el análisis de contenido de la siguiente forma: la lectura y relectura línea por línea de las entrevistas, para el análisis, interpretación e identificación de las categorías y subcategorías; luego se elaboró una matriz de datos empíricos y la definición de códigos por familia (se utilizaron diferentes colores para su identificación); y, finalmente,

se realizó la separación por familia de categorías para de ahí analizar los hallazgos de forma interpretativa (Strauss y Corbin, 2016).

De lo anterior, surgen cuatro categorías empíricas: el cuidado distanciado de su esencia, exclusión de la parte fundamental, sentimientos y, por último, conviviendo con la obesidad, cada uno con las subcategorías, que posteriormente se describen en el esquema correspondiente (figura 24.1).

Figura 24.1. Diagrama de categorías y subcategorías.



Fuente: Elaboración propia.

Resultados

Se realizó un estado del arte con los elementos de la heurística y hermenéutica. La primera se centra en los dos principales momentos epistemológicos y metodológicos: el análisis y la síntesis. Para la realización del acercamiento a la realidad se indagó en diferentes revistas científicas y bases de datos: Pubmed, Scielo, Dialnet, Google Académico, Medline, SciELO, Dialnet, Redalyc, Elsevier, entre otros, y así encontrar datos que enriquezcan el modelo. Por otro lado, durante la etapa de la hermenéutica se explicó e interpretaron relaciones existentes entre el fenómeno de estudio

y el contexto, como lo es la familia y el primer nivel de atención, por lo que fue necesario comparar, comprender e interpretar la realidad, generando así conocimiento para la construcción del modelo innovador de cuidado.

Con base en la búsqueda documental y científica, así como en la organización y análisis de la información obtenida, se identificó una situación problemática en el momento de brindar el cuidado al escolar en condición humana de obesidad en dos momentos: en el ámbito del primer nivel de atención y en el escolar, de los cuales, para fines de esta publicación sólo se seleccionaron algunas subcategorías que se detallan a continuación.

El cuidado distanciado de su esencia

Atención vs. Cuidado

El ejercicio profesional de enfermería se encuentra en un proceso de deshumanización, tanto en lo cotidiano de su práctica como en su quehacer de enfermería, pues predominan acciones técnicas que han centrado su esencia en lo administrativo y la gestión, y que han dejado de lado el deber ser, el cual se relaciona con la esencia del cuidado como queda de manifiesto en los siguientes fragmentos:

Es difícil dar un cuidado personalizado si nos falta personal y tienes muchos niños que atender y ni se diga del material. (EP.11)

Pues la verdad yo sólo veo que escriben y escriben, pero nunca nos explican nada. (F.10)

Me piden que dé mi nombre y el de ella, no me hacen mucho caso. (N.15)

Se observa a la enfermera hacer papelería administrativa en el momento que está con el escolar, sin presentarse por su nombre. (DC)

Según Concepción (2019), las acciones y la administración de enfermería son esenciales para organizar el cuidado con los recursos necesarios. Sin embargo, no lo debe ser todo para la enfermera. De este modo parece invisible el cuidado de la enfermera por las acciones desde el enfoque biomédico.

Cuidado basado en un modelo biologicista

Los programas institucionales que brindan al niño(a) escolar en condición humana de obesidad y a la familia están dirigidos a la terapéutica, más que a la promoción y educación para la salud. El cuidado centralizado en un modelo biologicista o solamente de “atención”, con acciones técnicas rutinarias, da paso a que se pierda la esencia de enfermería “El cuidado”, como lo relatan los siguientes testimonios:

El cuidado al niño obeso, pues prácticamente es una valoración general, donde se pesa, se mide y se saca su IMC. (EP-1)

Pues yo le atiendo, lo peso, le hago su cartilla, ahí anoto todo y pues... estar al pendiente de cuánto sube de peso, porque puede causarle otras enfermedades. (EP-3)

¡Ah! Pues me pesa, me mide, me... pasa una cinta en mi... por mi panza y lo pone en una hoja. (N.5)

Cuidar es la parte esencial, científica y de conocimiento, sin dejar de lado el amor de expresión y de sentimientos inclinados en el quehacer de la enfermera. (Contreras, 2021).

Exclusión de la familia, parte fundamental

¿Y la familia?

Según Blanco (2020), la influencia que tienen los progenitores sobre el desarrollo y crecimiento del escolar pueden ser vitales. Aparte de la genética, los padres son el entorno vital en el comportamiento relacionado con la salud, mediante su propia conducta y sus estilos de crianza, como lo refieren los siguientes testimonios:

Pues tengo que preguntarle yo a la enfermera, si no, ni me explica nada de mi hijo. (F.1)

Intento varias veces hacerle preguntas a la enfermera sobre el peso de mi hijo y es que nunca me siento parte de. (F.3)

Se observa que el personal de enfermería no le dirige la palabra en ningún momento al familiar. (DC)

La familia, ejemplo a seguir. Perspectiva natural

Los niños (as) escolares participan en el diario vivir de los adultos, en el que comienzan a generar hábitos o fortalecen lo aprendido, por lo que los progenitores son parte esencial para favorecer hábitos en lo que corresponde a la alimentación y de actividad física (Hernández, 2018). Tal como se observa en las siguientes evidencias:

Mi mamá me dice que no estoy gordita, que estoy sana. (N.1)

Pues toda mi familia me dice que estoy gordito porque tengo mucho amor. (N.11)

Yo en lo personal veo bien a mi hijo, o sea... fuerte y grande, pero con salud. (F.2)

Es como dicen, es de huesos anchos, aparte se ve súper nutrido y cuando crezca se le quitara lo gordito a mijo. (F.9)

¿Quién sustituye la ausencia de figura familiar? La obesidad infantil

La familia ha sufrido una serie de cambios en su estructura, como lo es la integración de la mujer al campo laboral, hasta la cultura y estatus económico cambiante. Es aquí donde la dinámica familiar se distorsiona, pues cada integrante toma un papel diferente o responsabilidad distinta que contribuyen al aumento de la obesidad infantil por la falta de alguna figura principal. esto se describe en los siguientes fragmentos:

No puedo estar en todo, mi esposo nos dejó desde que tenía 4 años el niño, cómo cuidar de que tenga una alimentación perfecta. (F.8)

La verdad es que... desde que falleció mi esposa no he puesto atención a la salud de mi hija. (F.4)

Pues yo desde que mi mamá no está, siento que me he puesto gorda. (N.2)

Sentimientos

Sentimientos ocultos tras la obesidad

Delgado (2018) menciona que los niños (as) en condición humana de obesidad presentan riesgo de sufrir baja autoestima, deterioro de la calidad de vida, disminución en las relaciones sociales, niveles de depresión y ansiedad y mayor probabilidad de mantener el estado de obesidad en la adultez, como lo revelan los siguientes trechos:

No me gusta decir lo que siento, porque después se burlan de uno o te dicen cosas más feas. (N.5)

Es mejor no decir nada, aunque a veces quieres decir mucho... (silencio) pero nada... ¿para qué? (N.14)

A quién le va a importar lo que yo sienta (llora). (N.16)

Mi dicho es: en lugar de tristeza, una buena torta (ríe). (N.3)

El estar gordita me hace sentirme fea. (N.2)

A mí me da por comer mucho cuando me siento como... triste o sola. (N.1)

A veces me siento solo y como enojado conmigo por ser gordo, es algo que no me gusta. (N.14)

Me dicen "porky"... y eso me hace sentirme muy feo en verdad, a veces lloro un ratito solo en el baño. (N.3)

Comer, un desahogo emocional

Los niños (as) escolares en condición humana de obesidad viven emociones de infelicidad o de desamor, y lamentablemente esto es continuo, en su

diario vivir, lo cual los hace sentir ese amor o deseo por la comida para lograr satisfacer o llenar un vacío (Solano, 2019), tal y como los siguientes testimonios logran mostrar:

Cuando mis padres no me hacen sentir que me quieren o que les importo... (silencio) pues yo me voy a la tiendita y me compro lo que me gusta comer, papitas o “donitas” esas blancas. (N.3)

Si algo me hace sentirme a gusto, feliz, y muy amado es comer. (N.1)

Mi abuelita me dice que me hace de comer porque me quiere. (N.5)

Yo me siento a veces muy lleno, si no es de amor, es por comida. (F.9)

Conviviendo con la obesidad

Toma de conciencia de la obesidad infantil

Tener salud se vuelve algo invisible, pues no se nota hasta que se tiene ausencia de ella, lo que llamamos enfermedad. La obesidad es una condición humana compleja que no es reconocida como tal. Los testimonios a continuación lo argumentan:

Sé que estoy obeso y para mí no ha sido fácil, es de todos los días que me vean feo o yo sentirme feo. (N.5)

Todos los días que me levanto me veo y sé que estoy gordita, está mal que lo esté, pero... (N.2)

Nunca podré aceptar esta panza que tengo, es horrible y me veo feo para todos. (N.12)

En este sentido, es importante generar conciencia de la obesidad por parte del niño(a), aunque resulta difícil, ya que se trata de una enfermedad multifactorial, que comprende no sólo la alimentación o el ejercicio, sino también aspectos psicológicos y sociales (Ramírez-Hernández, 2019).

Reacción de la familia

Castellanos (2020) describe que “la reacción de los padres ante algún diagnóstico depende de variables como la experiencia previa, la demora en el diagnóstico, los datos físicos presentes”. Se incide que, en la mayoría de los casos, el proceso de aceptación del hecho de tener un hijo en condición humana de obesidad es difícil. Las evidencias a continuación lo sustentan:

No para mí no tiene obesidad, o sea, está gordito, pero no es para llamarlo enfermedad o darle tratamiento como tal, no sé, yo considero que no es para tanto. (F.6)

Cuando la enfermera me dijo que mi hija estaba con una enfermedad llamada obesidad, yo no comprendí porque pues es difícil, uno no se lo espera. (F.12)

Conclusiones

Retomar como un problema social, epidemiológico y de salud pública la obesidad infantil una importancia de intervención educativa individual, familiar y comunitaria, en la cual el profesional de enfermería, en conjunto con el equipo interdisciplinario, contribuye a fortalecer el cuidado holístico del niño(a) escolar en condición humana de obesidad.

Las instituciones del primer nivel de atención en salud y las instancias educativas contribuyen al crecimiento y desarrollo del niño, por lo cual son los responsables de evaluar las alteraciones físicas y biológicas en él, tal como la obesidad. La promoción y educación para la salud, mediante investigación, asesoría y cuidado de manera integral al niño y su familia debe llevarse cabo por un equipo interdisciplinario.

Es trascendente para la profesión que la enfermera incursione en el campo educativo con la creación de plazas de enfermera escolar, para apoyar a este grupo en específico, a la familia y al niño bajo esta condición humana.

Referencias

- Ayala-Moreno, M. del R., Hernández-Mondragón, A. R., y Vergara-Castañeda, A. (2020). Educación multidisciplinaria en la prevención de obesidad en educandos de la Ciudad de México. *Alteridad*, 15(1), 102-116. <https://doi.org/10.17163/alt.v15n1.2020.08>
- Blanco, M. V.-G. (2020). Ambiente familiar, actividad física y sedentarismo en preadolescentes con obesidad infantil: estudio ANOBAS de casos-controles. *Atención Primaria*, 52(4), 250-257.
- Cabrera A., G. A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018210>
- Castellanos Romo, L. (2020). *Obesidad infantil y hábitos de vida familiar*. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/41280/TFG-%20Castellanos%20Romo%2C%20Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Concepción, M. C., Palmet Jiménez, M., Borja González, J., Segura Barrios, I., y Sánchez Arzuza, F. F. (2019). La fenomenología, un método para el estudio del cuidado humanizado. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(1). <https://trvrmgrtmrtia.sld.cu/indez.php/enf/article/view/2333>
- Hernández Álvarez, G. Á. (2018). *Factores familiares y hábitos alimentarios en escolares con sobrepeso y obesidad en instituciones educativas públicas de Cartagena*. Universidad de Cartagena. <https://repositorio.unicartagena.edu.co/server/api/core/bitstreams/631d7522-d321-4d38-8204-b9094083335a/content>
- Morales Contreras, B. N., y Palencia Sierra, J. J. (2021). Dimensión Espiritual en el Cuidado Enfermero. *Enfermería Investiga*, 6(2), 51-59. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i2.1073.2021>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe de la Comisión para acabar con la obesidad Infantil*. <http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/>
- Prochaska, J., y Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Ramírez-Hernández, C. A.-M.-Z. (2019). Obesidad infantil en México, un desafío de Salud Pública. *Milenaria, Ciencia y arte*, (13), 17-19.

25. Conductas alimentarias y lactancia materna en relación con el desarrollo de sobrepeso y obesidad infantil

[Eating behaviors and breastfeeding in relation to the development of childhood overweight and obesity]



ARGENTINA FÉLIX-JUÁREZ*

YOLANDA FLORES-PEÑA**

GEU MENDOZA-CATALÁN***

ANGÉLICA SARAÍ JIMÉNEZ-OSORIO****

DIEGO ESTRADA-LUNA*****

JULIETA ÁNGEL-GARCÍA*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.25>

Resumen

Los niños con sobrepeso y obesidad (SP/OB) tienen un mayor riesgo para numerosas enfermedades crónicas. La literatura refleja que uno de los factores para el desarrollo de SP/OB infantil es el comportamiento alimentario, y se ha demostrado que la lactancia puede estar relacionada con estos comportamientos de forma positiva o negativa. El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre el comportamiento alimentario, la lactancia y el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en niños prescolares. Para ello se realizó un estudio descriptivo, correlacional, en el cual participaron 210 díadas (madre-hijo preescolar). Se utilizó el cuestionario Children's Eating

* Licenciada en enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5369-0436>

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora titular de la Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6200-6553>

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

**** Doctora en Ciencias Bioquímicas. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5108-0205>

***** Doctor en Ciencias Biomédicas. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9369-8732>

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

Behaviour Questionnaire (CEBQ) para evaluar los comportamientos alimentarios. Para verificar el tipo y tiempo de lactancia, las madres contestaron algunas preguntas dicotómicas en una cédula de datos personales. A partir de esta se obtuvo el estado nutricional de las díadas y se utilizó estadística descriptiva e inferencial para el análisis de los datos. El presente estudio se apegó a las recomendaciones éticas de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. La mayoría de las madres reportaron proporcionar lactancia exclusiva durante los primeros meses de vida, con 80.5%, y sólo 1.9% informó utilizar fórmula. Se encontró una relación entre algunos comportamientos y el tipo y tiempo de lactancia, asimismo, se realizó regresión lineal múltiple con procedimiento Backward y se encontró que el IMC de las madres y las subescalas de la atracción de la comida predicen el IMC del niño. Por todo esto se concluyó que es necesario desarrollar intervenciones relacionadas con la duración y el tipo de lactancia, a fin de contrarrestar los comportamientos alimentarios negativos.

Palabras clave: *conductas alimentarias, lactancia materna, obesidad infantil.*

Introducción

El SP/OB han alcanzado proporciones epidémicas y son uno de los principales factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y los accidentes cerebrovasculares, así como varios tipos de cáncer. Además, los niños con sobrepeso tienen un mayor riesgo de tener sobrepeso o ser obesos en la edad adulta. Las tasas de obesidad casi se han triplicado desde 1975 y han aumentado casi cinco veces en niños y adolescentes, lo cual afecta a personas de todas las edades y de todos los grupos sociales en la región de las américas y del mundo (OMS, 2021).

La región de las américas tiene la prevalencia más alta de todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con 62.5% de los adultos con SP/OB (64.1% de los hombres y 60.9% de las mujeres). Si se examina únicamente la obesidad, se estima que afecta a 28% de la población adulta (26% de los hombres y 31% de las mujeres). La epidemia no es ajena

a los niños y adolescentes. En el grupo de 5 a 19 años, 3.6% de los niños, niñas y adolescentes están afectados por el SP/OB y 8% de los niños y niñas menores de 5 años, de acuerdo con las últimas estimaciones de la Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), la OMS y el Banco Mundial.

El SP/OB infantil en México es uno de los problemas de salud pública más importantes. Y de acuerdo con las encuestas nacionales de salud y nutrición (Ensanut) México ocupa los primeros lugares de obesidad infantil en el mundo, pues la prevalencia de sobrepeso en menores de 9 años es de 23% y en la adolescencia de 24.7% a nivel nacional; de obesidad es en menores de 10 años con el 25% y en adolescentes el 18% a nivel nacional (Ensanut, 2021).

La literatura refleja que el factor principal para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad es el desequilibrio entre el gasto y la ingesta calórica (OMS, 2021). Sin embargo, también existen otros factores que aumentan el riesgo de SP/OB, dentro de los que se han descrito los comportamientos alimentarios, los cuales se definen como la relación entre el ser humano y los alimentos, e implican una red multifacética de influencias genéticas y ambientales. Asimismo, se ha descrito que cuando los comportamientos alimentarios adquiridos en la infancia son disfuncionales pueden afectar la salud de los niños y parecen influir en la conducta alimentaria de los adultos (Ergang et al., 2021).

Algunos de los comportamientos alimentarios que se han asociado con resultados de peso posteriores en la infancia son la capacidad de respuesta a las señales de saciedad, voracidad e ingesta emocional, el ayuno emocional, el deseo de beber bebidas azucaradas, así como la melindrosidad entre algunos otros. Estos comportamientos surgen temprano y están determinados en parte por el entorno alimentario. Dado que la lactancia materna es el primer tipo de alimentación al que están expuestos muchos bebés, se ha planteado la hipótesis de que la lactancia materna influye en la conducta alimentaria del niño (Pang et al., 2020). Una explicación sugerida es que se ha introducido en la leche materna una variedad de sabores a través de la madre, que no están presentes en la fórmula, lo que facilita que los bebés amamantados acepten alimentos con sabores similares, por lo que la transición de la leche materna a los alimentos complementarios parece más fácil para los niños amamantados exclusivamente que para los niños alimentados con fórmula (Specht et al., 2018).

Otros estudios han demostrado que los factores de alimentación temprana, como la duración de la lactancia, la edad y el método de introducción de la alimentación complementaria, así como los tipos de alimentos complementarios, y el ambiente durante la comida, y una mayor ingesta de verduras y la evitación de bebidas azucaradas en la infancia pueden estar relacionados con los comportamientos alimentarios (Masztalerz-Kozubek et al., 2022; Kheir et., al 2021). Además, se ha descrito que no amamantar y la lactancia de corta duración pueden contribuir al desarrollo de conductas alimentarias obesogénicas en los niños (Yelverton et al., 2021).

Sin embargo, también se ha encontrado evidencia que indica que no existe relación alguna entre la lactancia y los comportamientos alimentarios, sugiriendo que una mayor exposición a la lactancia materna durante la infancia no está asociada con conductas alimentarias relacionadas con la regulación de la ingesta de energía en la infancia (Pang et al., 2020). La investigación sobre las conductas alimentarias y la lactancia materna relacionadas con el sobrepeso y la obesidad infantil sigue siendo limitada, puesto que existe muy poca información. Asimismo, y dado que la literatura no es concluyente, se desarrolló esta investigación para determinar la relación entre los comportamientos alimentarios, las conductas alimentarias y el desarrollo del sobrepeso-obesidad infantil, con la finalidad de que en un futuro se elaboren estrategias de intervención que puedan coadyuvar a la disminución del sobrepeso y la obesidad en niños preescolares.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y transversal con una población que se integró por díadas (madre-hijo preescolar). Las madres fueron seleccionadas en un primer nivel de atención del estado de Hidalgo, México, seleccionado de forma aleatoria simple a partir del listado de la Secretaría de Salud publicado en su página oficial. Las participantes acudieron a consulta para la atención materno-infantil y vigilancia de la nutrición, mo-

mento en que se les invitó a participar de forma voluntaria, con previa autorización de los directivos.

El tamaño de la muestra se calculó para una población infinita mediante el paquete estadístico *nquery advisor* para una correlación con un poder de 0.90 y efecto de 0.2 con lo cual resultó un tamaño de muestra de 210 diadas. Los criterios de inclusión fueron: niños en edad preescolar y mujeres que se identificaron como madre del niño, que supieran leer y escribir. Los criterios de exclusión fueron: mujeres embarazadas y niños con enfermedades tales como diabetes, cáncer, paraplejia y cardiopatías referidas por la madre en la cédula de datos del preescolar.

Para verificar el tipo y el tiempo de lactancia, las madres contestaron algunas preguntas dicotómicas en una cédula de datos personales y se les solicitó contestar el CEBQ para evaluar los comportamientos alimentarios. El CEBQ fue desarrollado por Wardle et al. (2001) y validado para uso en población mexicana por Vazquez-Pérez et al. (2020). Este instrumento evalúa la conducta de ingesta en niños, basándose en el testimonio de los padres acerca de la conducta de sus hijos. Consta de 34 reactivos en dos dimensiones: atracción por la comida y evitación de la comida. La primera dimensión está integrada por escalas que miden voracidad e ingesta emocional, disfrute de la comida y deseo de beber; mientras que el apetito moderado, ayuno emocional y melindrosidad corresponden a la segunda dimensión. La consistencia interna del CEBQ muestra una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.72$ a 0.88).

Se realizaron mediciones de peso y talla de las diadas para calcular el estado nutricional, el peso se midió con la báscula Seca 813 con capacidad para 200 kg, precisión de 0.1 gr. La talla se midió con el estadímetro Seca 213 y se registró en el punto más próximo a 0.1 cm; ambos procedimientos se realizaron con el participante de pie y sin zapatos. Con los datos obtenidos se calculó el IMC de las diadas mediante una calculadora de sistema métrico y se clasificó de acuerdo con los estándares de la OMS. En el caso de las madres, la clasificación se realizó de acuerdo con la categoría del nivel de peso según el IMC definido por la OMS: bajo peso por debajo de 18.5; normal, de 18.5 a 24.9; sobrepeso, de 25 a 29.9; obesidad, de 30 o más. Mientras que para identificar el estado nutricional de los niños se utilizaron las estimaciones de crecimiento de los CDC de acuerdo con lo siguiente: bajo peso menos del

percentil 5, peso saludable del percentil 5 hasta por debajo del 85, sobre peso del percentil 85 hasta por debajo del percentil 95 y obesidad igual o mayor al percentil 95.

El presente estudio se apegó a las recomendaciones éticas de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y las Normas Éticas de la Declaración de Helsinki de 1973. El procesamiento de datos se realizó en el programa Statistical Package for the Social Sciences (spss) versión 25. Se obtuvieron estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas y se calcularon los índices de las dimensiones atracción por la comida y evitación de la comida, finalmente, se realizó análisis de regresión lineal múltiple para determinar las variables predictoras del IMC del hijo preescolar.

Resultados

Participaron 210 díadas conformadas por madre-hijo con un rango de edad materna entre 16 y 51 años; con un promedio de 29.44 años ($DE \pm 6.71$); una media de escolaridad de 12.06 años ($DE \pm 2.69$); con ingreso económico familiar mensual promedio de \$4805.71. En relación con la ocupación de las participantes, la mayoría refirió ser de ama de casa, con 8.3%; seguido de madres comerciantes, 2.4%; el resto se dice ser jornalera, estudiante y empleada, con 1.9, 1.4 y 1.1%, respectivamente; por otra parte, la edad de los preescolares osciló entre 2 a 5.9 años, el promedio fue de 3.77 ($DE \pm 0.93$). Los preescolares que participaron fueron 55.7% niños, y 44.3% niñas.

En lo relativo al estado nutricional, más de 50% de las madres presentó sobrepeso, 35.7% peso normal y 2.9% obtuvo un bajo peso. Respecto a los hijos, 69% presentó peso normal, 22.4% sobrepeso y una menor proporción presentó bajo peso (8.6%), lo cual se puede contrastar en la siguiente tabla.

Tabla 25.1. Estado nutricional de las díadas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Madre		
Bajo peso	6	2.9
Peso saludable	75	35.7
Sobrepeso	91	43.3
Obesidad	38	18.1
Hijo		

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Bajo peso	18	8.6
Peso saludable	145	69.0
Sobrepeso	25	11.9
Obesidad	22	10.5

Con respecto a las conductas alimentarias de los niños, se encontró un mayor índice de conductas por voracidad e ingesta emocional, seguido de un apetito moderado, mientras que el índice más bajo en las conductas alimentarias que presentaron los niños fue la melindrosidad y el deseo de beber (véase la siguiente tabla).

Tabla 25.2. *Análisis descriptivo de las conductas alimentarias*

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>	
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Atracción por comida				
Voracidad e ingesta emocional	29.00	7.81	13.00	53.00
Disfrute de la comida	18.34	3.57	7.00	25.00
Deseo de beber	9.74	2.94	3.00	15.00
Evitación de la comida				
Apetito moderado	22.00	5.48	10.00	40.00
Ayuno emocional	12.37	2.64	5.00	20.00
Melindrosidad	8.92	1.98	3.00	15.00

Por otra parte, 48.1% de las madres reportó haber incluido fórmula infantil durante los primeros meses de vida de sus hijos; 15.2% durante los primeros 6 meses; 21%, después de los primeros 6 meses; y 11.9%, después del año (véase la siguiente tabla).

Tabla 25.3. *Estadística descriptiva de lactancia mediante fórmula infantil*

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
De 0 a 6 meses	32	15.2
Después de los 6 meses	44	21.0
Después del año	25	11.9
Nunca	109	51.9
Total	210	100

Nota: $n = 210$.

Para verificar la relación entre las conductas alimentarias y la lactancia materna se realizó un test de Spearman, dada la distribución de los datos. Se encontró que el tiempo de lactancia se correlaciona de manera negativa con el apetito moderado ($Rho = -0.169$, $p < 0.05$), la voracidad e ingesta emocional ($Rho = -0.141$, $p < 0.05$). Además, la lactancia materna exclusiva se correlaciona de forma negativa con el deseo de beber ($Rho = -0.240$, $p < 0.05$) y el ayuno emocional ($Rho = -0.209$, $p < 0.05$). Por otra parte, el periodo del inicio de fórmula también se correlaciona negativamente con la voracidad e ingesta emocional ($Rho = -0.165$, $p < 0.05$), así como con el deseo de beber ($Rho = -0.181$, $p < 0.05$), lo cual se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 25.4. Relación entre los comportamientos alimentarios y la lactancia

Variable	¿Cuánto tiempo amamanto a su hijo?	Durante al tiempo que amamantó a su hijo(a) ¿Cuánto tiempo fue con lactancia exclusiva?	Periodo de inicio de formula infantil
Voracidad e ingesta emocional	-0.141*	-0.039	-0.165*
Disfrute de la comida	0.012	-0.028	-0.004
Deseo de beber	-0.089	-0.240**	-0.181**
Apetito moderado	-0.169*	-0.091	-0.125
Ayuno emocional	-0.051	-0.209**	-0.127
Melindrosidad	-0.062	-0.029	-0.105

Nota: * significancia al nivel del 0.05; ** significancia al nivel del 0.01; significancia $n = 210$.

Finalmente, se realizó regresión lineal múltiple univariada con procedimiento Backward y se encontró que el IMC de las madres y las subescalas de la atracción de la comida predicen el IMC del niño (véase la siguiente tabla).

Tabla 25.5 Regresión lineal múltiple

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	β	Error estandar	β		
IMC de la madre	0.048	0.021	1.52	2.24	0.026
Atracción de la comida	0.035	0.012	0.227	2.98	0.003
Evitación de la comida	-0.054	0.015	-0.270	-3.54	0.000

Nota: modelo 7: $R = 0.281$, $R^2 = 0.079$, $R^2C = 0.065$ t = valor comparado de medias, $p = < 0.05$ significancia.

Conclusiones

Este estudio sugiere que la duración de la lactancia materna y la lactancia exclusiva parecen influir en los comportamientos alimentarios que contribuyen al desarrollo de SP/OB infantil. Lo anterior propone desarrollar intervenciones no sólo para los comportamientos que ponen en riesgo la salud de los niños, sino que es indispensable desarrollar intervenciones encaminadas a aumentar el tiempo de lactancia materna, así como el uso de la lactancia exclusiva, debido a que los niños amamantados son menos propensos al SP/OB y, más tarde en la vida, a padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Además, la práctica de lactancia materna también es un factor para las mujeres que amamantan, puesto que, de acuerdo con la literatura, presentan un menor riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario.

Referencias

- Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (2018). *ENSANUT*. <https://ensanut.insp.mx/>
- Ergang, B. C., Silva, C. H., Goldani, M. Z., Hagen, M. E., y Bernardi, J. R. (2021). Is the duration of breastfeeding associated with eating behavior in early childhood? *Physiology & Behavior*, 242, 113607. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2021.113607>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021). *Nota descriptiva: El sobrepeso en la niñez*. <https://www.unicef.org/lac/informes/el-sobrepeso-en-la-ninez>
- Masztalercz-Kozubek, D., Zielinska-Pukos, M. A., y Hamulka, J. (2022). Early Feeding Factors and Eating Behaviors among Children Aged 1-3: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 14(11), 2279. <https://doi.org/10.3390/nu14112279>
- Kheir, F., Feeley, N., Maximova, K., Drapeau, V., Henderson, M., y Van Hulst, A. (2021). Breastfeeding duration in infancy and dietary intake in childhood and adolescence. *Appetite*, 158, 104999. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104999>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Nota descriptiva: Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ortega, E. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Rev Med Hered*. 29(2), 111-115. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i2.3352>
- Pang, W. W., McCrickerd, K., Quah, P. L., Fogel, A., Aris, I. M., Yuan, W. L., Fok, D., Chua, M. C., Lim, S. B., Shek, L. P., Chan, S. Y., Tan, K. H., Yap, F., Godfrey, K. M., Meaney, M. J., Wlodek, M. E., Eriksson, J. G., Kramer, M. S., Forde, C. G., Chong, M. F., ... Chong, Y. S. (2020). Is breastfeeding associated with later child eating behaviours? *Appetite*, 150, 104653. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104653>

- Specht, I. O., Rohde, J. F., Olsen, N. J., y Heitmann, B. L. (2018). Duration of exclusive breastfeeding may be related to eating behaviours and dietary intake in obesity prone normal weight young children. *PLoS one*, 13(7), e0200388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200388>
- Vázquez-Pérez, L. A., Herrera, L. G., Zavala-Cervantes, A., y Hattori-Hara, M. Traducción y Validación del Childrens Eating Behavior Questionnaire (CEBQ).
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., y Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 42(7), 963-970. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00792>
- Yelverton, C. A., Geraghty, A. A., O'Brien, E. C., Killeen, S. L., Horan, M. K., Donnelly, J. M., Larkin, E., Mehegan, J., y McAuliffe, F. M. (2021). Breastfeeding and maternal eating behaviours are associated with child eating behaviours: findings from the ROLO Kids Study. *European journal of clinical nutrition*, 75(4), 670-679. <https://doi.org/10.1038/s41430-020-00764-7>

26. Influencias parentales en las conductas de alimentación del hijo preescolar

[Parental influences on preschool children's eating behaviors]



FRANCISCO ANDRÉS CUÉN-TÁNORI*

YOLANDA FLORES-PEÑA**

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.26>

Resumen

Se han documentado distintos factores que pueden impactar en las conductas de alimentación del preescolar, las cuales pueden ser abordados bajo el modelo teoría de adopción del rol materno de Mercer (TARM) el cual propone la interacción entre factores maternos y el resultado del hijo. El objetivo fue proponer el modelo de influencias parentales en las conductas de alimentación del hijo preescolar (MIPCAHP). Se siguieron los cinco pasos propuestos por Fawcett para la realización de la subestructuración de conceptualización teórica empírica (CTE): 1. identificación de conceptos; 2. clasificación de conceptos de la teoría de rango medio (TRM); 3. identificación y clasificación de las proposiciones de la TRM, significado empírico en términos observables y medibles; 4. organización jerárquica de las proposiciones en conjuntos y 5. construcción del diagrama CTE. El MIPCAHP se integra por: 1. cuidador principal con las variables: alimentación consciente y percepción del peso del hijo; 2. rol materno/identidad del cuidador, representado por estilos de alimentación infantil del cuidador y alimentación consciente en la crianza; 3. hijo con las variables, edad, sexo y estado nutricional; y 4. resultado en el hijo, conducta de alimentación del hijo. El modelo TARM se considera útil para enmarcar factores del cuidador y del preescolar asociados a las conductas de alimentación.

* Maestro en Ciencias de Enfermería. Profesor de la Universidad de Sonora. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9669-1314>

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora titular de la Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6200-6553>

Palabras clave: *alimentación consciente, alimentación consciente en la crianza, estilos de alimentación del cuidador.*

Introducción

Uno de los fenómenos en salud que ha tomado relevancia en los últimos 30 años ha sido el aumento gradual en la prevalencia del exceso de peso, sobrepeso y obesidad (SP/OB), el cual se ha convertido en un fenómeno epidemiológico en todo el mundo, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Esta enfermedad de tipo no transmisible se asocia con un mayor riesgo de muerte prematura, además se considera una de las principales causas de la aparición de enfermedades crónicas a temprana edad, como enfermedades cardiovasculares, hígado graso, diabetes mellitus, algunas neoplasias malignas, entre otras (Boutari y Mantzoros, 2022; Giampaoli et al., 2019; Marcus et al., 2022; Shamah-Levy et al., 2023).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que en el 2022 más de 1 000 millones de personas en todo el mundo tenían OB y de estos, 3.9% eran niños (World Health Organization [WHO], 2022). Los países con las tasas de prevalencia más altas fueron Estados Unidos (23.2%) y México (18.4%), mientras que Colombia tuvo la tasa de prevalencia más baja de OB (9.8%) (Boutari y Mantzoros, 2022). En América y el Caribe, de acuerdo con la UNICEF, la OMS y el Banco Mundial, en el 2020 cerca de 4 millones de niños y niñas, lo que representa 7.5% de menores de 5 años que vivían con SP. Datos reportados por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2022) nos muestran que la prevalencia de SP/OB en población preescolar en niños(as) mexicanos en el 2021 fue de 8.3% y la región Pacífico-Centro fue la zona con más alta prevalencia con 10.7% (INSP, 2022).

De acuerdo con el reporte epidemiológico de la Secretaría de Salud, en su anuario 1984-2022, es a partir del 2014 que la obesidad en México aparece como una de las 10 principales causas de atención en población general y en el 2017 como una de las primeras 20 causas en los grupos de 1 a 4 años de edad. Para el 2022 ocupa el lugar 17 con una tasa de 68.5%, con 69.2% para las niñas y 67.7% para los niños, observándose mayor

prevalencia en el preescolar; lo que la hace figurar como una enfermedad emergente para este grupo de edad (Secretaría de Salud, 2022).

Las conductas de alimentación saludable son fundamentales para el crecimiento, desarrollo y bienestar de un niño. Es probable que se establezcan en el entorno familiar y es en la mitad de la infancia (1-8 años) cuando se consolidan estas conductas, cuando el niño empieza a integrarse a la dieta de la familia (Berti y Socha, 2023; Luque et al., 2018; Reverri et al., 2022).

La revisión de literatura reporta diferentes factores que pueden contribuir a las conductas alimentarias del niño y al exceso de peso infantil: un estilo de vida sedentario y la disminución de la actividad física, en combinación con el consumo de una dieta poco saludable, actualmente se consideran las principales causas del SP/OB (Boutari y Mantzoros, 2022). Por otra parte, Sirasa et al. (2019) encontraron que los factores que contribuyen a las CAS en los niños de edad preescolar se asocian con factores familiares y comunitarios. Asimismo, identificaron que el consumo de alimentos saludables en niños se asocia al conocimiento de nutrición de la familia o cuidadores, la disponibilidad de alimentos y los ingresos familiares. Además, el consumo de alimentos no saludables se encontró asociado al conocimiento de nutrición por parte de la familia y de la madre, y a la disponibilidad de los estos (Giampaoli et al., 2019).

Otro estudio realizado en Portugal identificó que los preescolares a la edad de 4 años, con padres que tienen menor grado educativo y menor actividad física, son los que presentaban menor variabilidad y menor adecuación dietética. Otros factores, como el hecho de no tener hermanos y una estructura familiar monoparental, influyeron de forma negativa en la variedad dietética (Barros et al., 2019).

Leuba et al. (2022) analizaron la relación entre el estilo de crianza y la conducta alimentaria en niños preescolares. Participaron 511 padres de niños preescolares de 2 a 6 años de edad, pertenecientes a 84 guarderías de Suiza, empleando un estudio de cohorte prospectivo multisitio. La conducta alimentaria del niño se evaluó con el cuestionario Child Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) (Wardle et al., 2001); el estilo de crianza se evaluó mediante el cuestionario de crianza de Alabama (APQ), se concluyó que los estilos de crianza más negativos se asociaron a una conducta alimentaria que incrementa el peso corporal del preescolar, mientras que

la crianza positiva no presentó una relación consistente con la conducta alimentaria.

Dado que los padres o cuidadores son los principales modeladores de la conducta alimentaria, se consideró de importancia identificar factores que influyen en estas conductas. al respecto, es posible señalar que hasta el momento no se identificaron estudios que evalúen factores tales como la alimentación consciente y la alimentación consciente en la crianza y su relación con las conductas de alimentación del preescolar, por lo cual se plantea esta propuesta con el objetivo de evaluar el poder explicativo del modelo teórico denominado influencias parentales en las conductas de alimentación del hijo preescolar. Este estudio será guiado por el modelo de TARM de Ramona T. Mercer, ya que describe el proceso que vive la mujer para convertirse en madre y se refiere a las autopercepciones que tiene en relación con su competencia para brindar cuidados al hijo, así como los resultados que obtiene este, por lo cual se considera apropiado para estudiar la conducta de alimentación del preescolar (Mercer, 2004).

Metodología

Para la construcción de la propuesta del modelo se siguieron los cinco pasos propuestos por Fawcett para la realización de la subestructuración de CTE.

La formalización teórica o subestructuración de CTE permite la identificación de los conceptos y proposiciones que integran un modelo conceptual y de aquellos que conforman una TRM, junto con la identificación de los métodos empíricos de investigación. El resultado de CTE es una versión concisa y clara, menos abstracta que la estructura gráfica de la estructura de los componentes de la teoría. Para el planteamiento de este modelo explicativo de influencias parentales en las conductas de alimentación del hijo preescolar y para la subestructuración teórica, se siguieron los cinco pasos sugeridos por Fawcett (1999):

1. Identificación de conceptos. Según Fawcett y Gairity (2009), este paso consiste en nombrar el modelo conceptual e identificar los conceptos.

2. Clasificación de conceptos de la TRM. Para el desarrollo de la propuesta se clasifican los conceptos de acuerdo con su grado de observación em-

pírica y las características de medición. Estos conceptos se clasificaron en relación con el *continuum* de observabilidad de Kaplan (1964), el cual indica qué tan directamente observable es un fenómeno de estudio.

3. Identificación y clasificación de las propuestas. Para la estructuración de este paso se presentan las proposiciones que son los enunciados declarativos sobre uno o más conceptos de la teoría.

4. Organización jerárquica de las proposiciones en conjuntos. Este cuarto paso refiere la clasificación de las proposiciones con base en su nivel de abstracción.

5. Construcción del diagrama CTE. El quinto paso consiste en la construcción del diagrama CTE.

Resultados

A continuación, se presenta la propuesta del MIPCAHP, considerando los pasos antes descritos:

1. Identificación de conceptos.

Del modelo de la TARM, se abordaron las características del niño; de la madre, la empatía, la sensibilidad a las señales y la autoestima/autoconcepto; el rol materno/identidad, la competencia/confianza y el resultado en el niño, la conducta-apego.

Los conceptos que comprende el modelo propuesto MIPCAHP son cuidador principal, representado por el padre, madre o cuidador (abuela, abuelo, hermano, hermana o tutor); características del hijo, representadas por rasgos biológicos, como son sexo, edad y estado nutricional; rol materno/identidad del cuidador, representado por las actitudes y comportamientos de los padres/madres/cuidadores; resultado en el hijo, representado por las conductas de alimentación de este.

2. Clasificación de conceptos de la TRM.

En la propuesta de los conceptos para este estudio, se encuentra alimentación consciente en la crianza, el cual de acuerdo con la metodología, será evaluado por medio del cuestionario de alimentación consciente (Framson et al., 2009). La percepción del peso del hijo se evaluó con

el cuestionario de percepciones de los padres sobre el peso y la salud de sus hijos (Eckstein et al., 2006). La alimentación consciente se evaluó mediante el Cuestionario de alimentación consciente (Meers, 2013). En cuanto a la variable de estilos del cuidador de alimentación infantil se medirá con el cuestionario de estilos de alimentación del cuidador (Hughes et al., 2012). Las conductas de alimentación del hijo, debido a la metodología empleada, se observaron de manera indirecta y subjetiva con el cuestionario para evaluar los comportamientos infantiles a la hora de comer y los entornos familiares a la hora de comer (Anderson et al., 2012).

3. Identificación y clasificación de las propuestas.

En este caso, las proposiciones originales utilizadas de la TARM son de tipo relacional, ya que indican el vínculo entre dos o más conceptos. Las proposiciones de la formalización CTE que se utilizaron fueron: la primera proposición de Mercer en sus supuestos describe

Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida, determina cómo una madre define y percibe los sucesos, las percepciones de las respuestas del niño y de los demás con respecto a su maternidad, en su situación vital; son el mundo real al cual responde. (Mercer, 1984)

Conforme, a lo anterior, para el presente estudio el cuidador principal representa la alta presencia emocional y empática en la que se encuentra el padre, madre o cuidador, al momento de alimentar al hijo, requiere de la conciencia centrada en el presente, conciencia emocional centrada en el presente y capacidad para regular la reactividad y receptividad sin prejuicios (Meers, 2013).

En otras de sus proposiciones “el compañero íntimo del padre o de la madre contribuye a la adopción del rol de un modo que ninguna otra persona puede ejercer” y “la identidad materna se desarrolla con la unión materna y cada una de ellas depende de la otra” (Mercer, 1981). De acuerdo con lo anterior, para el presente modelo el rol materno/identidad del cuidador, se define como las actitudes y comportamientos que los padres/ma-

dres/cuidadores utilizan en la interacción con su hijo al momento de la alimentación.

Dentro de otra de sus premisas, “el niño está considerado como un compañero activo en el proceso de adopción del rol materno, ya que influye en este rol y se ve afectado por él” (Mercer, 1981). Por tal motivo en esta proposición las características del hijo son de diferencias individuales o rasgos biológicos como sexo, edad y estado nutricional.

La cuarta preposición de Mercer refiere, además, que la socialización de la madre, su nivel de desarrollo y sus características innatas de personalidad también influyen en las respuestas de conducta (Mercer, 1986). De acuerdo con lo anterior, para este estudio el resultado en el hijo se consideran sus conductas de alimentación, lo que puede ser un fuerte predictor para desencadenar problemas de sobrepeso y obesidad a temprana edad.

4. Organización jerárquica de las proposiciones en conjuntos.

Las cinco proposiciones del MIPCAHP se consideran abstractas por ser aplicables a fenómenos generales. Por lo tanto, las proposiciones derivadas se consideran medianamente abstractas, ya que están enfocadas a un fenómeno específico (Fawcett, 1999).

5. Construcción del diagrama CTE.

El quinto paso consiste en la construcción del diagrama CTE (véase la figura 26.1).

Las variables de características del hijo preescolar, como son las de índole biológico como el sexo y edad, podrán ser derivadas y documentadas mediante la cédula de datos sociodemográficos. La variable IMC es un concepto observable que será obtenido por la medición del peso corporal en kilogramos y la talla en metros. El resultado se registrará en la cédula de datos.

Finalmente, el MIPCAHP se integra por: 1. cuidador principal con las variables: alimentación consciente y percepción del peso del hijo; 2. rol materno/identidad del cuidador, representado por estilos de alimentación infantil y alimentación consciente en la crianza; 3. hijo con las variables edad, sexo y estado nutricional; y 4. resultado del preescolar, conducta de alimentación del hijo.

Figura 26.1. Diagrama de formalización CTE o subestructuración

Modelo de influencias parentales en las conductas de alimentación del hijo preescolar (MIPCAHP) basado en el modelo Ramona T. Mercer

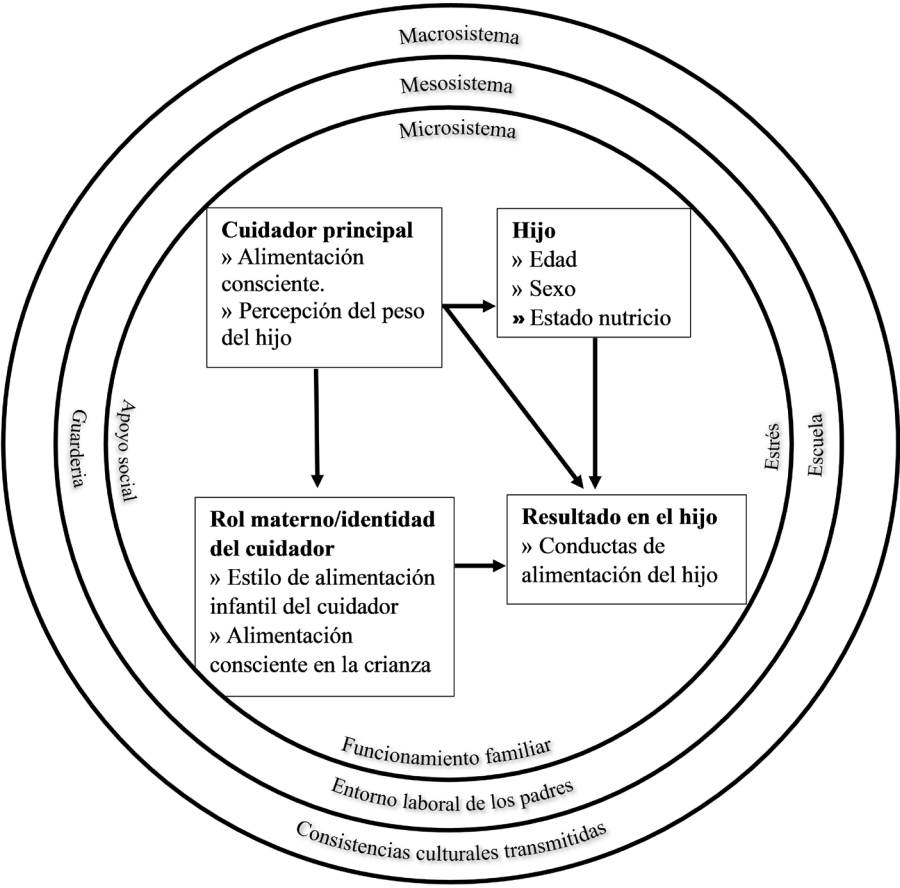
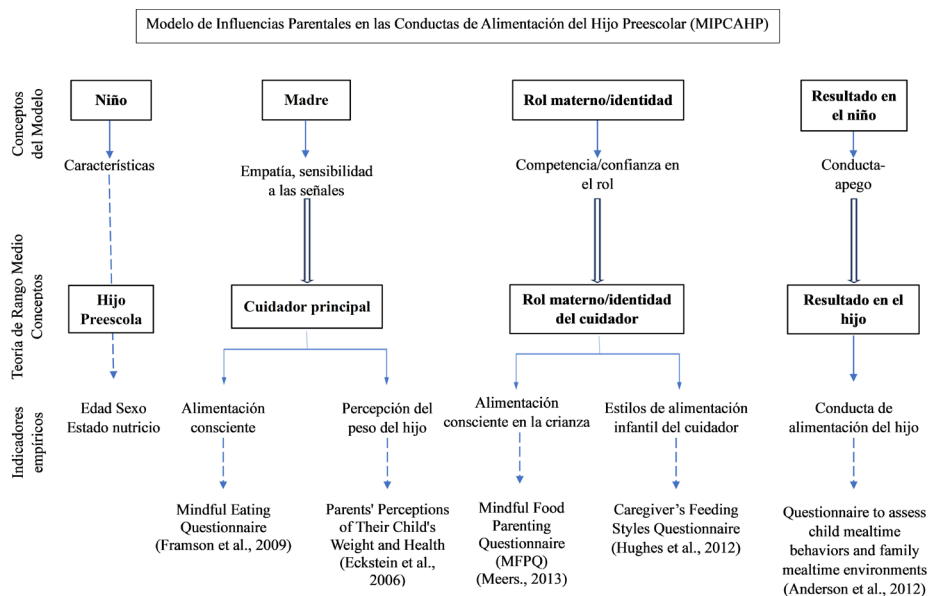


Figura 26.2. *Modelo de influencias parentales en las conductas de alimentación del hijo preescolar*

Conclusiones

El desarrollo de modelos explicativos a partir de una teoría madre es una herramienta que permite comprender los fenómenos y factores relacionados a un fenómeno de interés, en este caso las conductas de alimentación del hijo. En el modelo propuesto destaca cómo los cuidadores principales pueden influir en el resultado de la salud de sus hijos, específicamente en las conductas de alimentación. Se debe considerar que el profesional de enfermería puede desempeñar un papel clave al reconocer y atender las necesidades de los cuidadores en cada etapa de esta transición que tiene un rol, así como en el control y seguimiento de la nutrición y desarrollo en este grupo de edad. Mercer propuso que las enfermeras pueden desempeñar un papel esencial en apoyar a las madres durante esta transición.

Es importante decir que la enfermería cada vez proporciona más elementos para la comprensión del objeto de estudio y permite tener elementos que faciliten la construcción del conocimiento en intervenciones educativas para mejorar los estilos de alimentación para los preescolares.

Referencias

- Anderson, S. E., Must, A., Curtin, C., y Bandini, L. G. (2012). Meals in Our Household: reliability and initial validation of a questionnaire to assess child mealtime behaviors and family mealtime environments. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(2), 276-284. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.08.035>
- Barros, L., Lopes, C., y Oliveira, A. (2019). Child and family characteristics are associated with a dietary variety index in 4-year-old children from the Generation XXI cohort. *Nutrition Research*, 63, 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2018.12.001>
- Berti, C., y Socha, P. (2023). Infant and Young Child Feeding Practices and Health. *Nutrients*, 15(5), 1184. <https://doi.org/10.3390/nu15051184>
- Boutari, C., y Mantzoros, C. S. (2022). A 2022 update on the epidemiology of obesity and a call to action: as its twin Covid-19 pandemic appears to be receding, the obesity and dysmetabolism pandemic continues to rage on. *Metabolism*, 133, 155217. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2022.155217>
- Eckstein, K. C., Mikhail, L. M., Ariza, A. J., Thomson, J. S., Millard, S. C., Binns, H. J., y Pediatric Practice Research Group (2006). Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics*, 117(3), 681-690. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0910>
- Fawcett Jacqueline. (1999). *The Relationship of Theory and Research* (3ª ed.). FA Davis Company, Ed.
- Fawcett, J., y Gairity, J. (2009). *Evaluating research for evidence-based nursing practice*. F.A. Davis Company.
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., y Benitez, D. (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439-1444. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>
- Giampaoli, J., Goto, K., Hart, S. R., Yang, S., y Wylie, A. (2019). Factors Associated with Mindful Food Parenting Practices. *Californian Journal of Health Promotion*, 17(1), 45-60. <https://doi.org/10.32398/cjhp.v17i1.2223>
- Hughes, S. O., Cross, M. B., Hennessy, E., Tovar, A., Economos, C. D., y Power, T. G. (2012). Caregiver's Feeding Styles Questionnaire. Establishing cutoff points. *Appetite*, 58(1), 393-395. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.011>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2022). *ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2021 SOBRE COVID-19 Resultados Nacionales*.
- Leuba, A. L., Meyer, A. H., Kakebeeke, T. H., Stülz, K., Arhab, A., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Kriemler, S., Jenni, O. G., Puder, J. J., Munsch, S., y Meserli-Bürgy, N. (2022). The relationship of parenting style and eating behavior in preschool children. *BMC psychology*, 10(1), 275. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00981-8>
- Luque, V., Escribano, J., Closa-Monasterolo, R., Zaragoza-Jordana, M., Ferré, N., Grote, V., Koletzko, B., Totzauer, M., Verduci, E., ReDionigi, A., Gruszfeld, D., Socha, P., Rousseaux, D., Moretti, M., Oddy, W., y Ambrosini, G. L. (2018). Unhealthy Dietary Patter-

- ns Established in Infancy Track to Mid-Childhood: The EU Childhood Obesity Project. *The Journal of nutrition*, 148(5), 752-759. <https://doi.org/10.1093/jn/nxy025>
- Marcus, C., Danielsson, P., y Hagman, E. (2022). Pediatric obesity—Long-term consequences and effect of weight loss. *Journal of Internal Medicine*, 292(6), 870-891. <https://doi.org/10.1111/joim.13547>
- Meers, M., (2013). *The Assessment of Mindful Food Parenting and Its Relation to Parental Feeding Practices and Child Food Intake*. [Psychology Ph.D. Dissertations.] https://scholarworks.bgsu.edu/psychology_diss/71
- Mercer R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing research*, 30(2), 73-77.
- Mercer, Ramona T. (1984). The Process of Maternal Role Attainment over the. *Nursing Research* 34(4), 198-204.
- Mercer, R. T. (1986). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. Springer. <https://archive.org/details/firsttimemotherh0000merc>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Reverri, E. J., Arensberg, M. B., Murray, R. D., Kerr, K. W., y Wulf, K. L. (2022). Young Child Nutrition: Knowledge and Surveillance Gaps across the Spectrum of Feeding. *Nutrients*, 14(15), 3093. <https://doi.org/10.3390/nu14153093>
- Secretaría de Salud (2022). *Anuario de Morbilidad 1984-2022*. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html
- Sirasa, F., Mitchell, L. J., Rigby, R., y Harris, N. (2019). Family and community factors shaping the eating behaviour of preschool-aged children in low and middle-income countries: A systematic review of interventions. *Preventive Medicine*, 129, 105827. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105827>
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., y Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 963-970. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00792>
- World Health Organization. (2022). *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>

27. Rol mediador de la crianza consciente en el estrés de la crianza y las prácticas de alimentación

[Mediating role of mindful parenting in parenting stress and feeding practices]



MONSERRAT MORALES-ALDUCIN*

YOLANDA FLORES-PEÑA**

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.27>

Resumen

Las prácticas maternas de alimentación se refieren a las estrategias específicas de las madres, orientadas a objetivos que intentan controlar lo que come el hijo, la cantidad de alimentos que consume en cada ocasión, el horario de los refrigerios y las comidas. Cuando el estrés es menor, las prácticas maternas de alimentación infantil suelen ser saludables, así como proporcionar una dieta balanceada. Asimismo, se ha identificado que la crianza consciente (habilidad materna de incorporar la consciencia plena y sin prejuicios en las interacciones cotidianas con su hijo) puede influir en las prácticas maternas de alimentación infantil. De esta forma, el objetivo consistió en identificar si el estrés de la crianza se correlaciona con las prácticas maternas de alimentación por medio de la crianza consciente. Para ello participaron 352 madres de preescolares de 15 instituciones del municipio de Monterrey, Nuevo León. Las madres contestaron los cuestionarios sobre las variables de estudio con los siguientes resultados: la edad media materna fue de 31.99 años ($DE = 6.29$); la media de la escolaridad materna fue de 12.69 años ($DE = 8.44$); en promedio el número de hijos fue de 2 ($DE = 1.00$). El 83.5% ($n = 294$) estaba casada o vivía en unión libre y refirió un ingreso económico mensual promedio de \$15 767.47 ($DE = 9\,746.23$). Se identificó

* Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de tiempo completo de la Universidad de las Américas Puebla. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1982-5451>

** Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora titular de la Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6200-6553>

el papel mediador de la crianza consciente en la relación con el estrés de la crianza y las prácticas de autonomía ($B = -0.03$, $SE = 0.01$, $IC\ 95\% [-0.05, -0.01]$) y estructura ($B = 0.12$, $SE = 0.07$, $IC\ 95\% [-0.15, -0.08]$). De esta forma se deduce que un menor estrés en la crianza favorece una crianza más consciente y prácticas maternas de alimentación saludables que favorecerán la nutrición y estado de peso de los niños.

Palabras clave: *crianza, relación madre-hijo, alimentación.*

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021), la prevalencia de la obesidad (OB) se ha triplicado en todo el mundo, lo que la convierte en un problema de salud pública y una epidemia de salud mundial. En 2016, 41 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso (SP) u OB en todo el mundo (OMS, 2021), mientras que en América Latina la prevalencia de SP ha pasado de 6.8% en 2000 a 8.6% en 2022, por encima del promedio mundial (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF, por sus siglas en inglés], 2023). En México, 7.8% de niños menores de 5 años padecen SP/OB, por lo que según la OMS se tiene 4% de posibilidad de cumplir con los objetivos establecidos para el 2025 de disminuir la prevalencia de SP en los preescolares (OMS, 2021). Los niños que tienen SP/OB durante la infancia tienen mayor probabilidad de ser obesos en la edad adulta y desarrollar diversas enfermedades tales como: enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, trastornos del aparato locomotor y cáncer (Marcus et al., 2022).

Las causas del SP/OB son multifactoriales, desde la influencia de la biología hasta razones genéticas, psicológicas, ambientales y los estilos de vida, específicamente los comportamientos alimentarios poco saludables que los niños tienen, los cuales son factores que influyen significativamente en esta problemática (Xiang et al., 2021).

Las prácticas de alimentación son las estrategias de comportamiento que los padres utilizan en la ingesta de alimentos para sus hijos, las cuales se clasifican en prácticas de estructura, control coercitivo y autonomía

(Musher-Eizenmman y Holub, 2007; Musher-Eizenmman et al., 2019; Vaughn et al., 2016). De acuerdo con la literatura, las prácticas de estructurada y de control coercitivo están relacionadas con el aumento de peso en los hijos (Hu et al., 2022). Por tanto, identificar factores que influyen en ellas podría contribuir a la prevención del SP/OB.

Durante la infancia, los niños dependen del cuidado y el ambiente que los padres proporcionan para ellos, pues toman como modelo sus conductas de alimentación, el estilo de vida, las actitudes con la alimentación y la satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal (Weihrauch-Blüher y Wiegand, 2018). Se ha identificado que el estado mental de los padres, específicamente el estrés que sufren por el hecho de ser padres, juega un papel importante para la implementación de prácticas que favorezcan la crianza y la salud del hijo.

La literatura indica que los predictores psicológicos de la crianza, en especial el estrés de la crianza y la competencia de la crianza, podrían influir en la adopción de prácticas de alimentación por parte de los padres (Almaatani et al., 2023; Hu et al., 2022). El estrés de la crianza se define como el resultado de una serie de evaluaciones realizadas por la madre, las cuales pueden superar su capacidad de respuesta adaptativa, lo que genera la sensación de sentirse rebasada por la maternidad (Abidin, 1992). Los niveles elevados de estrés de la crianza pueden influir en cómo los padres perciben, interpretan y responden a los comportamientos alimentarios de sus hijos (Almaatani et al., 2023; El-Behadli et al., 2015; Berge et al., 2017).

Existen diversos factores que influyen en el estrés de la crianza, entre ellos se encuentra la crianza consciente, la cual es denominada como la habilidad de los padres de incorporar la consciencia plena y sin prejuicios en las interacciones cotidianas con su hijo (Duncan, 2007). En relación con la crianza consciente se ha evidenciado que se encuentra asociada a la preocupación de las madres y las prácticas de alimentación, específicamente las madres de niños con SP/OB sometidos a tratamiento nutricional presentan bajos niveles de crianza consciente (Gouveia et al., 2018).

Existen escasas investigaciones que miden el papel mediador del estrés de la crianza y la crianza consciente en las prácticas de alimentación y los comportamientos alimentarios. Sin embargo, la literatura es muy limitada y poco se conoce del papel mediador de la crianza consciente en la relación del estrés de la crianza y las prácticas de alimentación (Gouveia et al., 2019;

Gouveia et al., 2016). Dado lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo identificar si el estrés de la crianza se correlaciona con las prácticas maternas de alimentación a través de la crianza consciente.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional, en escuelas de nivel preescolar del municipio de Monterrey, Nuevo León, México. Se realizó una selección aleatoria de 15 instituciones, a partir de un listado proporcionado por la Secretaría de Educación Pública (SEP). Posteriormente, se asistió a las instituciones para solicitar el ingreso e invitar a los padres a participar en el estudio. Los padres firmaron el consentimiento informado en donde autorizaban la participación de ellos y de sus hijos preescolares. Se invitó a un total de 1 365 padres para participar en el estudio durante el periodo de agosto-diciembre de 2022. Los cuestionarios fueron proporcionados en un sobre completamente sellado, para ser contestado desde la comodidad de su hogar.

Se excluyeron a aquellos participantes que se encontraban bajo algún tratamiento médico para el control de peso o que referían tener alguna enfermedad que pudiera contribuir al aumento del peso.

La escala de atención plena interpersonal en la crianza (Duncan, 2007) evalúa la crianza consciente en cinco dimensiones 1. escuchar con total atención al hijo; 2. aceptación sin prejuicios de uno mismo y del hijo; 3. conciencia emocional de uno mismo y del hijo; 4. autorregulación en la relación padre-hijo; y 5. compasión por uno mismo y por el hijo. La escala total se integra por 31 ítems con un patrón de respuesta tipo Likert de cinco opciones que va desde nunca (1), hasta siempre (5), con una puntuación mínima de 31 y máxima de 155, en donde una mayor puntuación representa mayor crianza consciente referida por la madre. La escala ha reportado un alfa de Cronbach 0.89; las subescalas conciencia emocional de uno mismo y aceptación sin prejuicios un alfa de Cronbach inferior a 0.60; el resto de

las subescalas se situaron entre 0.71 a 0.83. La escala total obtuvo un alfa de Cronbach de 0.93.

Índice de estrés de la crianza-forma corta (Abidin, 1995) permite medir el estrés generado por el desempeño del rol de ser madre. Este instrumento es el más utilizado según la literatura (Barroso et al., 2016; Díaz-Herrero et al., 2011; Haskett et al., 2006; Jastreboff et al., 2018; Luo et al., 2019; Rivas et al., 2020). El índice de estrés de la crianza-forma corta es un cuestionario de autoinforme que consta de 36 ítems en tres subescalas: 1. malestar parental; 2. interacción disfuncional padres-hijo, y 3. niño difícil. Está conformado por 12 preguntas en cada subescala, que al realizar la sumatoria de las tres subescalas se obtiene el estrés de la crianza total. A mayor puntaje mayor es el estrés de la crianza percibido por la madre o padre. Para la presente investigación se utilizó la versión traducida por Díaz-Herrero et al. (2011), la cual ha reportado una consistencia interna de $\alpha = 0.84$ para la subescala de interacción disfuncional padres-hijo, $\alpha = 0.82$ niño difícil, $\alpha = 0.82$ malestar parental y $\alpha = 0.90$ para la escala total, así como una adecuada estructura de la escala ($GFI = 0.95$).

El cuestionario integral de prácticas de alimentación (Musher-Eizenman y Hub, 2007) evalúa las prácticas maternas de alimentación infantil y consta de 49 reactivos agrupados en 12 subescalas: 1. control del hijo con cinco reactivos (5, 6, 10, 11 y 12); 2. regulación emocional con tres reactivos (7, 8 y 9); 3. fomentar el balance y la variedad con cuatro reactivos (13, 24, 26 y 38); 4. medioambiente con cuatro reactivos (14, 16, 22 y 37); 5. alimento como recompensa con tres reactivos (23, 36 y 19); 6. involucramiento del hijo con tres reactivos (15, 20 y 32); 7. modelaje con cuatro reactivos (44, 46, 47 y 48); 8. monitoreo con cuatro reactivos (1, 2, 3 y 4); 9. presión para comer con cuatro reactivos (17, 30, 39 y 49); 10. restricción por salud con cuatro reactivos (21, 28, 40 y 43); 11. restricción por control de peso con ocho reactivos (18, 27, 29, 33, 34, 35, 41 y 45); 12. enseñanza respecto a la nutrición con tres reactivos (25, 31 y 42).

La medición se realizó con una escala tipo Likert de (1) nunca, a (5) siempre, para los reactivos del 1 al 4; para los reactivos del 5 al 49 se miden de (1) en desacuerdo, a (5) de acuerdo. El cuestionario integral de prácticas de alimentación ha reportado una consistencia interna de 0.87 a 0.90 en

alpha de Cronbach (Ángel-García et al., 2021; Arlinghaus et al., 2019; Musher-Eizenmman et al., 2007).

Mediciones antropométricas

Se midió peso y talla de los preescolares de acuerdo con el procedimiento sugerido por la OMS (2008). La talla se midió con un estadímetro marca Seca 214 y el peso con una báscula marca Seca 804 con precisión de 0.1 kg. Se calculó el IMC del preescolar. Las mediciones de peso y talla se registraron en la cédula de registro de datos antropométricos. El IMC del hijo se calculó mediante el programa Anthro plus y se clasificó de acuerdo con los percentiles como: desnutrición (percentil < 3), bajo peso (percentil > 3), peso normal (percentil > 15 y < 85), SP (percentil > 85 y < 97) y OB (percentil > 97) (OMS, 2006).

La presente investigación contó con la aprobación del Comité de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y se fundamentó en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014).

Estrategia de análisis de datos

Los datos se capturaron y analizaron en el paquete estadístico Statical Package for Social Sciences (SPSS) versión 25. Se realizaron análisis de fiabilidad para los instrumentos utilizados. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para identificar la normalidad de las variables. Se aplicó estadística descriptiva (mediana, media, desviación estándar, mínimo y máximo) y de frecuencia (frecuencia y porcentaje). Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para identificar la relación entre el estrés de la crianza, la crianza consciente y las prácticas de alimentación. Se realizaron modelos de mediación simple por medio de PROCESS con el modelo de mediación cuatro, tomando en cuenta un IC 95% y 10 000 muestras de Bootstrap, asimismo, se considera que los modelos son significativos

cuando el intervalo de confianza entre el límite inferior y superior no incluyó el valor cero (Hayes, 2013).

Resultados

Participaron 352 díadas (madre-hijo preescolar). La edad media materna fue de 31.99 años ($DE=6.29$), la media de la escolaridad materna fue de 12.69 años ($DE=8.44$), y en promedio el número de hijos fue de 2 ($DE=1$). El 83.5% ($n=294$) estaba casada o vivía en unión libre y refirió un ingreso económico mensual promedio de \$15 767.47 ($DE=9 746.23$). En cuanto a los preescolares, 51.7% ($n=182$) era mujer, con una edad media de 4.17 años ($DE=0.71$). Se encontró una prevalencia de 27.3% ($n=96$) de niños con sobrepeso/obesidad (SP/OB) y 64.8% ($n=228$) con peso normal. En la tabla 27.1 se muestra la estadística descriptiva de las variables.

Se realizaron correlaciones entre las variables y se identificó que el estrés de la crianza se correlacionó negativamente con la crianza consciente. En relación con el estrés de la crianza, se identificó que tener elevado malestar parental se correlacionó con mayor uso de prácticas de control coercitivo ($r=0.22, p<0.01$) y menor uso de prácticas de estructura ($r=-0.27, p<0.01$). Asimismo, la disfunción de la relación madre e hijo, y percibir un hijo difícil de cuidar se correlacionaron positivamente con el control coercitivo y negativamente con las prácticas de estructura. En cuanto a la crianza consciente y las prácticas de alimentación, se encontró que el control coercitivo sólo se correlacionó con la conciencia emocional de uno mismo y del hijo ($r=-0.11, p<0.05$), así como con las prácticas que promueven la autonomía ($r=-0.17, p<0.01$). En relación con las prácticas de estructura, se identificó que se correlacionaron con todas las dimensiones de la crianza consciente (véase la tabla 27.2).

Tabla 27.1. *Estadística descriptiva de la crianza consciente, estrés de la crianza y prácticas maternas de alimentación infantil*

<i>Variables maternas</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>	
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Crianza consciente	121.00	120.65	12.35	84.00 148
Escuchar con total atención	21.00	20.61	3.20	11.00 25.00
Aceptación sin prejuicio de uno mismo y del hijo	28.00	27.98	3.63	18.00 35.00
Conciencia emocional de uno mismo y de hijo	23.00	22.94	3.08	14.00 30.00
Autorregulación de la relación padre-hijo	23.00	23.03	3.41	14.00 30.00
Compasión por uno mismo y por el hijo	26.00	26.08	3.75	15.00 35.00
Estrés de la crianza	68.00	69.67	18.55	40 130
Malestar parental	24.00	24.91	9.40	12 54
Interacción disfuncional padres-hijo	19.00	20.75	6.05	11 48
Niño difícil	24.00	24.00	6.96	14 52
Prácticas de alimentación				
Prácticas de estructura				
Balance y variedad	18.00	17.67	2.30	9.0 20.0
Medioambiente	17.00	16.48	2.70	7.0 20.0
Modelaje	16.00	15.28	3.57	4.0 20.0
Monitoreo	16.00	16.32	3.13	5.0 20.0
Prácticas de control coercitivo				
Regulación emocional	4.00	4.99	2.56	3.0 14.0
Alimento como recompensa	8.00	7.76	2.65	3.0 15.0
Presión para comer	12.00	11.46	3.56	4.0 20.0
Restricción por salud	13.00	12.73	3.55	4.0 20.0
Restricción por peso	17.00	17.68	5.93	8.0 36.0
Prácticas de autonomía				
Involucramiento del hijo	10.00	10.40	2.70	3.0 15.0
Control del hijo	14.00	13.81	4.21	5.0 25.0
Enseñanza sobre nutrición	13.00	12.82	2.06	6.0 15.0

Nota: *Mdn* = mediana, *X* = media, *DE* = desviación estándar.

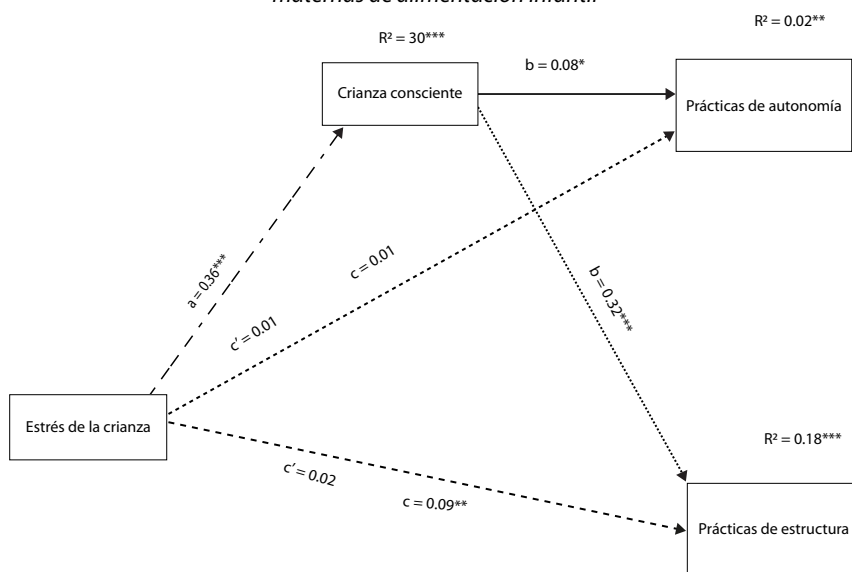
Por último, se realizó un modelo de mediación simple para las prácticas de alimentación y se identificó que la crianza consciente tuvo un papel mediador en la relación entre el estrés de la crianza y las prácticas de alimentación de autonomía, control coercitivo y estructura (véase la figura 27.1). Específicamente, cuando se presentó alto estrés de la crianza influyó en menor crianza consciente lo que determinó mayor uso de prácticas de estructura y de autonomía, pero no se identificó el papel mediador de la crianza consciente entre el estrés de la crianza y las prácticas de control coercitivo.

Tabla 27.2. Correlaciones entre las variables (crianza consciente, estrés de la crianza y prácticas maternas de alimentación infantil)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11
1 Malestar parental	1									
2 DRM-H	0.61**	1								
3 Niño difícil	0.53**	0.59**	1							
4 ETA	-0.40**	-0.26**	-0.32**	1						
5 ASP	-0.41**	-0.34**	-0.42**	-0.41**	1					
6 CE	-0.20**	-0.24**	-0.19**	0.16**	0.37**	1				
7 AR	-0.34**	-0.29**	-0.41**	0.45**	0.58**	0.34**	1			
8 CMH	-0.43**	-0.29**	-0.38**	0.39**	0.55**	0.18**	0.44**	1		
9 P_autonomía	-0.04	-0.01	-0.00	0.06	0.10	0.17**	0.12*	0.05	1	
10 P_Control coercitivo	0.22**	0.26**	0.27**	-0.06	-0.08	-0.11*	-0.10	-0.01	-0.05	1
11 P_Estructura	-0.27**	-0.13*	-0.16**	0.29**	0.38**	0.31**	0.35**	0.25**	0.14**	0.09

Nota: DRM-H=disfunción de la relación de la madre e hijo, ETA=escucha con total atención, ASP=aceptación sin prejuicios, CE=conciencia emocional de uno mismo y del hijo, AR=autorregulación, CMH=compasión por uno mismo y por el hijo, P=prácticas, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Figura 27.1. Efecto mediador de la crianza consciente en el estrés de la crianza y las prácticas maternas de alimentación infantil



Nota: estrés-crianza consciente-autonomía ($B = -0.03$, $SE = 0.10$, IC 95% $[-0.05, -0.01]$); estrés-crianza consciente-estructura ($B = -0.12$, $SE = 0.07$, IC 95% $[-0.15, -0.08]$); a = coeficiente a (influencia de variable independiente en la variable mediadora); b = coeficiente b (influencia de la variable mediadora sobre la variable dependiente); c = coeficiente c (efecto total de la variable dependiente sobre la independiente) c' = efecto directo, bootstrapping = 10000, IC 95%. * $p < 0.01$, ** $p < 0.001$, *** $p < 0.0001$.

Conclusiones

Tomando en cuenta la complejidad de las prácticas de alimentación y la influencia de diversos factores en la implementación de prácticas saludables que permitan un desarrollo óptimo y saludable en los niños, se identificó la importancia de conocer nuevas rutas para determinar la influencia de variables del contexto que pueden dar respuesta al uso de prácticas saludables. Se identificó que la crianza consciente contribuye a mediar la relación entre el estrés de la crianza y las prácticas de alimentación, específicamente, las prácticas que promueven la autonomía y las prácticas de estructura. En conclusión, contribuyen a disminuir el estrés de los padres para favorecer la atención plena y completa durante la integración entre los padres y el hijo; para ser conscientes de los estados de ánimo y necesidades del hijo; y para utilizar estrategias de alimentación que favorezcan el peso del hijo.

Referencias

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting stress index: Manual* (3ª ed.). Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12
- Almaatani, D., Zurbau, A., Khoshnevisan, F., Bandsma, R. H. J., Khan, T. A., Sievenpiper, J. L., y Van Den Heuvel, M. (2023). The association between parents' stress and parental feeding practices and feeding styles: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Maternal & child nutrition*, 19(1), artículo 13448. <https://doi.org/10.1111/mcn.13448>
- Berge, J. M., Tate, A., Trofholz, A., Fertig, A. R., Miner, M., Crow, S., y Neumark-Sztainer, D. (2017). Momentary Parental Stress and Food-Related Parenting Practices. *Pediatrics*, 140(6), artículo 20172295. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2295>
- Berti, C., y Socha, P. (2023). Infant and Young Child Feeding Practices and Health. *Nutrients*, 15(5), artículo 1184. <https://doi.org/10.3390/nu15051184>
- Díaz-Herrero, N., López-Pina, J. A., Pérez-López, J., de la Nuez, A. G. B., y Martínez-Fuentes, M. T. (2011). Validity of the parenting stress index-short form in a sample of Spanish fathers. *The Spanish journal of psychology*, 14(2), 990-997. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2011.v14.n2.44
- Duncan, L. G. (2007). *Assessment of mindful parenting among parents of early adoles-*

- cents: Development and validation of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale* [Tesis doctoral publicada, The Pennsylvania State University.]
- El-Behadli, A. F., Sharp, C., Hughes, S. O., Obasi, E. M., y Nicklas, T. A. (2015). Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. *British Journal of Nutrition*, 113(1), 55-71. <https://doi.org/10.1017/S000711451400333x>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2023). *América Latina y el Caribe: Más de 4 millones de niños y niñas menores de 5 tienen sobrepeso*. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/america-latina-caribe-mas-4-millones-ninos-ninas-menores-5-sobrepeso#:~:text=CIUDAD%20DE%20PANAM%C3%81%2C%2031%20de,y%2019%20a%C3%B1os%20de%20edad>
- Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C., y Moreira, H. (2016). Self-Compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: the mediating role of mindful parenting. *Mindfulness*, 7(3), 700-712. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0507-y>
- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., y Moreira, H. (2018). The role of mindful parenting and children's weight in mothers' child-feeding practices. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(2), 427-435. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0615-x>
- Gouveia, M. J., Canavarro, M. C., y Moreira, H. (2019). How can mindful parenting be related to emotional eating and overeating in childhood and adolescence? The mediating role of parenting stress and parental child-feeding practices. *Appetite*, 138, 102-114. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.03.021>
- Hayes, A. F. (2013). *The simple mediation model [Modelo de mediación simple]. Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach* (pp. 59-82). The Guilford Press.
- Hu, D., Tang, Y., Zheng, L., Min, K., Su, F., Wang, J., Liao, W., Yan, R., Wang, Y., Li, X., y Zhang, J. (2022). How Parenting and Family Characteristics Predict the Use of Feeding Practices among Parents of Preschoolers: A Cross-Sectional Study in Beijing, China. *Nutrients*, 14(15), artículo 3109. <https://doi.org/10.3390/nu14153109>
- Jastreboff, A. M., Chaplin, T. M., Finnie, S., Savoye, M., Stults-Kolehmainen, M., Silverman, W. K., y Sinha, R. (2018). Preventing childhood obesity through a mindfulness-based parent stress intervention: A randomized pilot study. *The Journal of Pediatrics*, 202, 136-142.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.07.011>
- Luo, J., Wang, M. C., Gao, Y., Zeng, H., Yang, W., Chen, W., Zhao, S., y Qi, S. (2019). Refining the parenting stress index-short form (PSI-SF) in Chinese parents. *Assessment*, 28(2), 551-566. <https://doi.org/10.1177/1073191119847757>
- Marcus, C., Danielsson, P., y Hagman, E. (2022). Pediatric Obesity-Long-term consequences and Effect of Weight loss. *Journal of Internal Medicine*, 292(6), 870-891. <https://doi.org/10.1111/joim.13547>
- Musher-Eizenman, D. R., Goodman, L. C., Roberts, L. T., Marx, J. M., Taylor, M. B., y Hoffmann, D. A. (2019). An examination of food parenting practices: structure, control

- and autonomy promotion. *Public Health Nutrition*, 22(5), 814-826. <https://doi.org/10.1017/s1368980018003312>
- Musher-Eizenman, D., y Holub, S. (2007). Comprehensive feeding practices questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(8), 960-972. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm037>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesidad y sobrepeso* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5678:2011-curso-capacitacion-sobre-evaluacion-crecimiento-nino-2008&Itemid=4057&lang=es#:~:text=El%20curso%20sobre%20la%20Evaluaci%C3%B3n,o%20que%20supervisa%20estas%20actividades
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Who Child Growth Standards: Length/Height-For-Age, Weight-For-Age, Weight-For-Length, Weight-For-Height, and Body Mass Index-For Age* (Illustrated ed.). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>.
- Rivas, G. R., Arruabarrena, I., y Paúl, J. D. (2020). Parenting Stress Index-Short Form: psychometric properties of the Spanish version in mothers of children aged 0 to 8 years. *Psychosocial Intervention*, 30(1), 27-34. <https://doi.org/10.5093/pi2020a14>
- Xiang, C., Zhang, Y., Yong, C., Xi, Y., Huo, J., Zou, H., Liang, J., Zhi-Qian, J., y Lin, Q. (2021). Association between parents' perceptions of preschool children's weight, feeding practices and children's dietary patterns: a Cross-Sectional Study in China. *Nutrients*, 13(11), artículo 3767. <https://doi.org/10.3390/nu13113767>
- Vaughn, A. E., Ward, D. S., Fisher, J. O., Faith, M. S., Hughes, S. O., Kremers, S. P., Musher-Eizenman, D. R., O'Connor, T. M., Patrick, H., y Power, T. G. (2016). Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutrition Reviews*, 74(2), 98-117. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv061>

28. Apetito de riesgo, apoyo social percibido y estado nutricional en adultos jóvenes



JESÚS MELCHOR SANTOS FLORES*

ALMA ROSA MARROQUÍN ESCAMILLA**

IZAMARA SANTOS FLORES***

FRANCISCO JAVIER SOBERANES VELARDE****

EDGAR PAOLO RODRÍGUEZ VIDALES*****

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.277.28>

Resumen

El sobrepeso y la obesidad (SP/OB) son un problema de salud pública a nivel mundial y nacional, dicha enfermedad puede afectar no sólo a los países de altos ingresos, sino también a los de bajos ingresos. Algunas variables de interés son el grado de apetito, hambre y saciedad, así como el apoyo social percibido, los cuales se pueden considerar como factores que propician el aumento del peso corporal. El objetivo fue determinar el nivel de apoyo social percibido y el riesgo del apetito de acuerdo al estado nutricional en adultos jóvenes. El diseño del estudio fue descriptivo. La población de interés estuvo conformada por 40 adultos jóvenes. Las mediciones fueron de tipo antropométricas. Se utilizó la escala visual analógica para medir las sensaciones de apetito, hambre y saciedad, y la escala de apoyo social percibida. La media de edad fue de 21.13 años ($DE = 3.253$). El 22.5% presentó un índice de masa corporal (IMC) normal; 47.5% un IMC con sobrepeso y 30% con obesidad. Se presentó una media más alta en plenitud de 2.10 ($DE = 0.6717$) y una media de apoyo social de 33.72 ($DE = 6.23$). El apoyo

* Doctor en Educación. Docente de la Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9110-9575>

** Doctora en Medicina. Directora General de Servicios de Salud de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5583-5558>

*** Doctora en Educación. Investigadora de la Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1665-7464>

**** Médico Especialista en Calidad de la Atención Clínica. Docente e investigador de la Universidad del Tecnológico de Monterrey. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1393-8921>

***** Doctor en Administración y Gestión de Servicios de Salud. Jefe de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1626-6271>

social percibido y el hambre, el apetito y el deseo de ingerir alimentos podría influir en el peso corporal de los adultos jóvenes. En los participantes con un alto apoyo social y bajo apetito y deseo de ingerir alimentos se presentó un IMC normal, sin embargo, en aquellos con sobrepeso y obesidad presentaron un bajo apoyo social y un apetito y deseo de ingerir alimentos más elevado.

Palabras clave: *sobrepeso, obesidad, apoyo social, índice de masa corporal.*

Introducción

El SP/OB son un problema de salud pública a nivel mundial y nacional, dicha enfermedad puede afectar no sólo a los países de altos ingresos, sino también a los de bajos ingresos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Este problema de salud puede provocar enfermedades pulmonares, diabetes, cáncer, padecimientos del corazón y síndrome metabólico (Soca y Peña, 2009). Está fuertemente relacionada con enfermedades como la hipertensión arterial, así como también otros problemas cardiovasculares como la isquemia e insuficiencia cardíaca (López y González, 2001).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014) la región de las Américas tiene la prevalencia más alta con 62.5% de los adultos, 64.1% en los hombres y 60.9% en las mujeres. En el año 2022, según informes de la Federación Mundial de Obesidad (FMO) (2022), México ocupó el quinto lugar de obesidad en el mundo. La prevalencia de la SP/OB en México, en el año 2021, fue de 72.4% en adultos mayores de 20 años, asimismo, en adultos hombres la prevalencia es de 69.6%, mientras que en mujeres es de 75% (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2021).

De acuerdo con las elevadas cifras del SP/OB en el mundo y en México, algunos investigadores han propuesto el estudio de factores que pudieran estar involucrados en el desarrollo y aumento de este problema de salud (Mejía et al., 2019). De acuerdo con lo anterior, algunos de los factores que pudieran estar involucrados son el alto nivel de apetito o poca saciedad al consumo de alimentos, así como factores relacionados con los procesos de interacción entre las personas y el apoyo disponible para la selección de alimentos saludables y la realización de actividad física (Martínez et al.,

2002). Se añade que un patrón inadecuado puede provocar alteraciones metabólicas tempranas que conducen entonces a una mayor ganancia de peso y a estar en riesgo de obesidad (Chamorro et al., 2011).

En este sentido, las variables que han cobrado interés para explicar el desarrollo del SP/OB han sido los mecanismos reguladores del apetito (MRA), en específico el grado de apetito, hambre y saciedad, y el apoyo social percibido (ASP) (Rehbein et al., 2022), los cuales se pueden considerar como factores que propician el aumento o disminución del peso corporal en los adultos jóvenes (Gómez y Alvarado, 1999).

El apetito es el deseo psicológico de comer alimentos específicos, está altamente asociado a experiencias sensoriales y emotivas, y sin asociarse con las señales fisiológicas del hambre (Forero y Gómez, 2020). Entre los MRA es el hipotálamo ventromedial el que tiene un papel muy importante en la regulación del apetito, ya que al ser estimulado disminuye la ingesta de alimentos y aumenta la actividad de las enzimas lipolíticas, al igual que la actividad del tejido adiposo pardo mediante el sistema nervioso simpático; el SP/OB pueden surgir como un desequilibrio en los MRA y un defecto en el control de la ingesta de alimentos con alto contenido de grasas y azúcares en donde este tipo de alimentación sólo ejercería una acción disminuida sobre los MRA (Gómez y Alvarado, 1999).

Respecto al ASP se refiere a la protección, auxilio o favor que un individuo brinda a otro cuando (Repetto, 2009). El ASP es percibido a partir de dos perspectivas importantes: la cuantitativa-estructural y la cualitativa-funcional. En la primera perspectiva se evalúa la cantidad de vínculos o las relaciones que establece la persona, hace énfasis en el apoyo social recibido; y la segunda perspectiva, cualitativa-funcional, se centra en la existencia de las relaciones significativas, el apoyo que recibe (Vivaldi y Barra, 2012). Estudios señalan que el ASP puede ser un factor para que el individuo logre una pérdida de peso con éxito, dado que la familia podría ayudar a que exista una adherencia a la dieta, el cambio de los hábitos alimenticios e incluso en la preparación de los alimentos (González et al., 2021).

Hasta este momento no se han identificado estudios concretos sobre el riesgo del apetito y el apoyo social percibido en individuos con o sin sobrepeso y obesidad, por su parte algunos estudios demuestran que tanto el apoyo real como el percibido se relacionan directamente con el bienestar y la

salud de los individuos (Barrón y Chacón, 1992). Existen relaciones positivas tanto del apoyo familiar como del apoyo de amigos con el total bienestar y sus factores, destacando entonces que el apoyo social podría tener una relación con la pérdida de peso (González et al., 2021; García et al., 2019).

Este estudio contribuirá a la evidencia científica la que el profesional de enfermería podrá identificar los factores de la conducta alimentaria y aumentar la comprensión de las conductas sociales negativas que pueden afectar el apetito y el aumento del peso corporal del adulto joven. Al identificar estas variables se permitirá el desarrollo de estrategias de prevención y promoción eficaces enfocadas en la disminución del impacto negativo del apoyo social sobre el apetito y peso corporal de los adultos jóvenes. Por lo anterior, el propósito del presente estudio fue determinar el nivel de apoyo social percibido y el riesgo del apetito de acuerdo al estado nutricional en adultos jóvenes.

Metodología

Diseño de estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo.

Población, muestreo y muestra

La población de interés estuvo conformada por 40 adultos jóvenes residentes del municipio de Sabinas, Hidalgo, Nuevo León. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Mediciones

Las mediciones fueron antropométricas (medición de peso y talla) con el fin de calcular el índice de masa corporal (IMC), el cual se obtuvo al dividir el peso en kilogramos por la talla en metros al cuadrado (kg/m^2) mediante

una báscula marca Seca 750, previamente calibrada. Se realizará la medición de peso mediante una báscula clínica médica de marca Ferrepat y para su categorización se utilizaron los criterios de la OMS (2009) bajo peso (< 18.5), peso normal (18.5-24.9), sobrepeso (25-29.9), obesidad (> 30).

Instrumentos de papel y lápiz

Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos para registrar la edad (años), sexo (masculino y femenino), escolaridad (años de estudio), peso (kg) y talla (cm), y dos instrumentos para medir las variables principales del estudio: la escala visual analógica (EVA) para medir las sensaciones de apetito, hambre y saciedad (Basulto et al., 2008), y la escala de apoyo social percibido (Arredondo, 2012).

Conforme a la escala EVA para la medición del apetito, esta cuenta con cinco ítems que el paciente deberá marcar con una línea en el extremo en que se encuentra actualmente con respecto a cada pregunta. Las opciones de respuesta van desde el primer extremo izquierdo, que representa Nada, al extremo derecho, que representa Mayor. Para asignar una puntuación individual de cada uno de los ítems, se establecen los siguientes valores que van desde el 0 (mínimo) hasta el 100 (máximo).

Con respecto a la escala de la valoración del apoyo social percibido, la escala de Apoyo Social (MOS, por sus siglas en inglés) cuenta con 20 ítems que incluyen categorías de respuesta mixtas que van desde 1 = Nunca hasta 5 = Siempre. Para su medición: la dimensión (a) índice global de apoyo social se utilizan como referencia todos los ítems; en el caso de (b) medición del apoyo social los ítems a medir son 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19; para la (c) ayuda material los ítems son 2, 5, 12 y 15; (d) relaciones sociales de ocio y distracción ítems correspondientes con 7, 11, 14 y 18; y, por último, para medir el (e) apoyo afectivo los ítems son 6, 10 y 20.

Para la asignación de la puntuación individual de cada ítem se establecen puntos de corte para cada pregunta, donde el puntaje se distribuye entre máximo, medio y mínimo. El puntaje máximo del índice global del apoyo social es de 94, el medio de 57 y el mínimo de 19. El puntaje máximo para el apoyo emocional es de 40, el medio de 24 y el mínimo de 8. El pun-

taje máximo de la ayuda material es de 20, el medio de 12 y el mínimo de 4. El puntaje máximo de las relaciones sociales de ocio y distracción es de 20, el medio de 12 y el mínimo de 4. El puntaje máximo del apoyo afectivo es de 15, el medio de 9 y el mínimo de 3.

Después de calcular cada punto de corte de la escala mos, las preguntas se resumen bajo cada criterio. Si el criterio se cumple en al menos una pregunta de cada síntoma, entonces presenta dicho síntoma. La escala mos cuenta con un alfa de Cronbach de 0.93 (Lodoño et al., 2021).

Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento de recolección de datos consistió en actividades administrativas y de campo. En primera instancia el proyecto fue aprobado por los comités de ética en investigación y de las autoridades de la institución de educación pública se solicitó una lista de adultos jóvenes. Una vez elaborada la lista de los participantes, se acudió en los días programados y se le explicó a cada uno de ellos los procedimientos a realizar. Una vez que aceptaron participar en el estudio, se realizó la medición de peso y talla manteniendo la seguridad de los participantes. Posteriormente, se aplicaron de los instrumentos de medición mediante un dispositivo electrónico proporcionado por el equipo de investigación. Una vez terminados los procedimientos se agradeció por su participación.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987).

Plan de análisis de datos

Los datos se capturaron y analizaron mediante el uso del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (spss) versión 22 para Win-

dows. Se utilizó estadística descriptiva por medio frecuencias y porcentajes para variables categóricas y medidas de tendencia central y variabilidad para variables continuas.

Resultados

En la tabla 28.1 se muestran las frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficas de los jóvenes: el estado civil más prevalente fue soltero/o, las edades comprendidas fueron entre 18 y 24 años la media de edad fue de 21.13 años ($DE=3.253$). De acuerdo con el IMC, 22.5% presentó un IMC normal, 47.5% con sobrepeso y 30% con obesidad. Se presentó una media de IMC de 28.20kg/m².

Tabla 28.1. *Características sociodemográficas y antropométricas de los jóvenes*

<i>Características sociodemográficas de los jóvenes</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Estado civil		
Casado	15	37.5
Unión libre	5	12.5
Soltero	17	42.5
Viudo	3	7.5
Escolaridad		
Primaria	3	7.5
Secundaria	12	30
Preparatoria	6	15
Técnico	2	5
Licenciatura	17	42.5
Características antropométricas de los jóvenes IMC		
Normal (18.5 – 24.9)	9	22.5
Sobrepeso (25 – 29.9)	19	47.5
Obesidad (>30)	12	30

Nota: $n=40$; f =frecuencia; % = porcentaje.

En la tabla 28.2 se presenta la descripción del nivel de apetito, saciedad y hambre de los jóvenes. Se presentó una media más alta en plenitud 2.10 ($DE=0.6717$), seguido de saciedad de 2.02 ($DE=0.6975$).

Tabla 28.2. *Estadística descriptiva de la escala visual analógica de las sensaciones de apetito, hambre y saciedad*

	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor Min</i>	<i>Valor Max</i>
Hambre	1.95	2	0.6385	1	3
Saciedad	2.02	2	0.6975	1	3
Plenitud	2.10	2	0.6717	1	3
Deseo de ingerir alimentos	1.87	2	0.6071	1	3
Deseo de ingerir algo graso, salado, dulce o sabroso	2.07	2	0.6155	1	3

Nota: $n = 40$; X = Media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; *Valor Mín* = valor mínimo; *Valor Máx* = valor máximo.

En la tabla 28.3 se presenta la descripción del nivel de apoyo social percibido de los jóvenes. Se presentó una media de nivel de apoyo social de 33.72 ($DE = 6.23$), ayuda material de 16.87 ($DE = 3.61$), relaciones sociales de ocio y distracción de 16.87 ($DE = 3.27$) y apoyo afectivo de 13.22 ($DE = 2.73$).

Tabla 28.3. *Estadística descriptiva de la escala MOS*

	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor Min</i>	<i>Valor Max</i>
Apoyo Social (3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19)	33.72	34.5	6.23	14	40
Ayuda material (2, 5, 12 y 15)	16.87	17	3.61	4	20
Relaciones sociales de ocio y distracción (7, 11, 14 y 18)	16.87	18	3.27	6	20
Apoyo afectivo (6, 10 y 20)	13.22	14	2.73	3	15

Nota: $n = 40$; X = Media; Mdn = mediana; DE = desviación estándar; *Valor Mín* = valor mínimo; *Valor Máx* = valor máximo.

En la tabla 28.4 se presentaron medias más altas en los participantes con obesidad para los niveles de hambre, saciedad, plenitud, deseo de ingerir alimentos y deseo de ingerir alimentos grasos y dulces. Para los participantes con IMC normal se presentaron puntajes más bajos en todas las dimensiones.

Tabla 28.4. *Estadística descriptiva del nivel de apetito general de acuerdo con el IMC en jóvenes*

IMC	Hambre		Saciedad		Plenitud		Deseo ingerir		Deseo graso, dulce	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Normal (18.5 – 24.9)	1.78	0.44	1.84	0.60	2.05	0.71	1.84	0.60	1.9	0.5
Sobrepeso (25 – 29.9)	1.95	0.71	2.11	0.69	2.33	0.78	1.89	0.60	2.4	0.7
Obesidad (>30)	2.08	0.67	2.25	0.75	2.00	0.43	1.92	0.67	2.1	0.5

Nota: $n = 40$; f = frecuencia; % = porcentaje

En la tabla 28.5 se muestra el IMC con respecto a los ítems del apoyo social percibido. En general, se presentaron medias más altas para todas las dimensiones del apoyo social, ayuda material, relaciones sociales y apoyo afectivo en los participantes con IMC normal, y puntajes más bajos en todas las dimensiones para los participantes con obesidad.

Tabla 28.5. *Estadística descriptiva del apoyo social percibido de acuerdo con el IMC en jóvenes*

IMC	Apoyo social		Ayuda material		Relaciones sociales		Apoyo afectivo	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Normal (18.5 – 24.9)	37	3.04	18.3	2.87	18.4	2.24	14.2	1.39
Sobrepeso (25 – 29.9)	34.1	5.48	17.3	2.61	17.2	2.60	13.6	1.50
Obesidad (>30)	30.6	7.94	15	4.81	15.0	4.19	11.8	4.26

Nota: $n = 40$, f = frecuencia, % = porcentaje

Discusión

En esta sección se discuten hallazgos encontrados en el estudio y además se contrastan con los reportes previos emitidos por otros estudios con relación a los objetivos del presente estudio de investigación. El objetivo general de la presente investigación fue determinar el nivel de apetito y el apoyo social percibido de acuerdo con el índice de masa corporal en adultos jóvenes.

Según los resultados conseguidos, se obtuvo y comprobó que los adultos jóvenes con un IMC mayor a 25 tienen tendencia a tener más hambre, apetito, deseo de ingerir alimentos (grasos, dulces, salados, sabrosos) y, al mismo tiempo, los adultos que muestran tener más apoyo social, ayuda material, relaciones sociales y apoyo afectivo son quienes se encuentran dentro del rango del IMC normal. Monterrey y Morales (2017) encontraron correlaciones entre tener sobrepeso, obesidad e ingerir grandes cantidades de alimen-

tos regularmente. La asociación entre estas variables y el desarrollo de sobrepeso y obesidad fue estadísticamente significativa.

Asimismo, se examinó el apoyo social percibido y se identificó que los participantes con un IMC normal presentaron mayor apoyo social que aquellos con rangos mayores ubicados en SP/OB. Algunos autores (Valtier et al., 2021) han identificado correlaciones entre apoyo social en redes sociales y barreras percibidas de actividad física en adolescentes con exceso de peso. Si a este hallazgo le añadimos el hecho de que la mayoría de los adultos son ahora también usuarios de las redes sociales y la mayoría de sus amistades se encuentran en diversas aplicaciones, podemos deducir que la falta de apoyo social puede aumentar el riesgo del desarrollo de SP/OB (Valtier et al., 2021).

Conclusiones

En resumen, el apoyo social percibido y el hambre, el apetito y el deseo de ingerir alimentos podría influir en el peso corporal de los adultos jóvenes. En los participantes con un alto apoyo social y bajo apetito y deseo de ingerir alimentos, se presentó un IMC normal. Sin embargo, en aquellos con SP/OB presentaron un bajo apoyo social y un apetito y deseo de ingerir alimentos más elevado.

Referencias

- Arredondo, N. H. L. (2012). Validation of the Colombian MOS social support survey. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Barrón, A., y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53-59
- Basulto, J., Roura, À., y Calbet, D. (2008). Valoración de las sensaciones de apetito, hambre y saciedad mediante la utilización de sustitutivos de comidas (barritas). Ensayo aleatorizado, abierto y cruzado. *Actividad Dietética*, 12(2), 47-55.
- Chamorro, R., Durán, S., Reyes, S., Ponce, R., Algarín, C., y Peirano, P. (2011). La reducción del sueño como factor de riesgo para obesidad. *Revista médica de Chile*, 139(7), 932-940.
- Federación Mundial de la Obesidad. (2022). *Día Mundial contra Obesidad*. <https://edo->

mex.gob.mx/dia-mundial-contra-obesidad-2023#:~:text=M%C3%A9xico%20ocup%C3%B3%20el%20quinto%20lugar,la%20mesa%20Desnutrici%C3%B3n%2C%20obesidad%20y

- Forero, A., y Gómez, M. (2021). Determinantes fisiológicos y ambientales de la regulación del control de la ingesta de alimentos. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 4(1).
- Gómez, G., y Alvarado, M. (1999). Obesidad y mecanismos reguladores del apetito. *Revista Médica del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera*, 34, 139-144.
- González, E., & Schmidt, J. (2012). Regulación de la ingesta alimentaria y del balance energético: factores y mecanismos implicados. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1850-1859. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6099>
- González, R., Ruiz, A., González, N., Oudhof, H., & Vázquez, R. (2021). Apoyo Sociofamiliar y Afrontamiento al Estrés asociado al Bienestar Psicológico en Personas con Obesidad. *Acta de investigación psicológica*, 11(3), 26-35.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Obesidad mata a 27 mexicanos cada hora; industrias le ponen el pie a lucha contra este mal*. <https://alianzasalud.org.mx/2022/11/obesidad-mata-a-27-mexicanos-cada-hora-industrias-le-ponen-el-pie-a-lucha-contra-este-mal/#:~:text=%E2%80%9CDe%20acuerdo%20con%20los%20datos,hora%20debido%20a%20esta%20causa>.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2021). *Encuesta nacional de salud y nutrición 2021 sobre Covid-19*. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf
- López, J., y González, L. (2001). Enfermedades asociadas a la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(2), 77-85.
- Martínez, J., Moreno, M., Marque, I., y Martí, A. (2022). Causas de obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(Suppl 1), 17-27.
- Mejía, G., Benjumea, M., Escandón, P., Roldán, A., y Vargas, A. (2019). Factores relacionados con hábitos y conductas de adultos con sobrepeso. Caldas, Colombia. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 19(1), 27-40.
- Monterrey, M., y Morales, A. (2017). *Prevalencia y factores asociados al sobrepeso y obesidad en estudiantes de II a VI año de la carrera de medicina en la UNAN-León, abril-julio 2016*.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=En%20el%20caso%20de%20los,igual%20o%20superior%20a%2030>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Prevención de la Obesidad*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad>
- Rehbein, B., Schleef, J., Neira, S., y Ortiz, M. (2022). Apoyo social y obesidad: el papel de los síntomas depresivos y la alimentación emocional en un modelo estratificado por sexo. *Global Health Promotion*, 29(4), 171-179.
- Soca, P. E., & Niño, A. (2009). Consecuencias de la obesidad. *Acimed*, 20(4), 84-92. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001000006
- Ucha, F. (2009). Definición ABC. Available: <https://www.definicionabc.com/general/apoyo.php>

- Valtier, G. (2021). *Apoyo en redes sociales y factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en adolescentes*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7863843>
- Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.

Sobre los autores

Adiel Agama-Sarabia

Maestro en Enfermería con orientación en Educación en Enfermería y licenciado en Enfermería. Profesor de tiempo completo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3479-1595>

Alejandra Garduño-Santos

Doctora en Alta Dirección, maestra en Enfermería área docencia y licenciada en Enfermería. Profesora de tiempo completo en Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México, enfermera especialista del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM).

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1581-9230>

Alejandra Leija-Mendoza

Doctora en Ciencias de Enfermería, Universidad de Guanajuato. Profesora investigadora de tiempo completo con perfil deseable PRODER, Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Enfermería U.S.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6806-8915>

Alejandro Calderón-Ibarra

Doctor en Investigación Educativa por la Escuela Normal de Cd. Madero Tamaulipas. Profesor investigador de tiempo completo a la Universidad Autónoma de Zacatecas en la Unidad Académica de Enfermería.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4684-8096>

Alma Rosa Marroquín-Escamilla

Doctora en Medicina por la Universidad Autónoma de Nuevo León y por la Universidad Autónoma de Madrid. Directora General de Servicios de Salud de Nuevo León, OPD.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5583-5558>

Ana Gabriela Flores-Romo

Doctora en Bioética por el centro de Crecimiento Humanista, Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora investigadora de medio tiempo de la Universidad Autónoma de Zacatecas en la Unidad Académica de Enfermería.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4865-4519>

Ana Laura Carrillo-Cervantes

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato (México). Se ha desempeñado como profesor de diversas asignaturas en la licenciatura y maestría en Enfermería, además del doctorado en Psicología de la Salud de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2920-4675>

Anahí Ruiz-Lara

Doctora en Salud Pública por la Universidad Contemporánea de las Américas. Enfermera profesora-investigadora. Es profesora de tiempo completo y coordinadora de la licenciatura en Enfermería, de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0268-4023>

Andrea Alejandra Rosales-Castillo

Licenciada en Enfermería, Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo”, Universidad Autónoma de Coahuila. Enfermera industrial en el área de Salud y Seguridad.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0060-6308>

Andrea Isary Requeses-Espinoza

Estudiante de Licenciatura en Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila, Unidad Saltillo, Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo”. Miembro del Cuerpo Académico de Investigación Educativa en Enfermería y Salud.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4601-8398>

Angélica Saraí Jiménez-Osorio

Doctora en Ciencias Bioquímicas por la Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinadora de docencia del Área Académica de Enfermería del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5108-0205>

Antonio Vicente Yam-Sosa

Doctor y maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato (México). Profesor de tiempo completo adscrito a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán/Unidad Multidisciplinaria Tizimín donde imparte docencia a nivel licenciatura y posgrado.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7499-1009>

Argentina Félix-Juárez

Licenciada en Enfermería por el Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas (ICEST). Egresada de la especialidad en Enfermería Pediatría (en proceso de titulación) por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5369-0436>

Azalia Jared Chable-Novelo

Estudiante de la licenciatura en Enfermería en la División de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Su línea principal se centra en el abordaje del cuidado del adulto mayor, es integrante del Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable (Greefes) y de la Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (Red ESAM).

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1194-9818>

Ernardina Leticia Moriel-Corral

Maestra en Administración por la Universidad Autónoma de Chihuahua, licenciada en Enfermería por la Universidad de Guanajuato. Decana y ex directora de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7231-803X>

Blanca Judith Lavoignet-Acosta

Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara. Profesora de tiempo completo, titular C, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan, México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9501-5392>

Carmen Olivia Lara-Pizarro

Candidata a Doctora en Educación por la Universidad de Durango campus Chihuahua. Docente hora clase, Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Enfermera y docente certificada con testimonio de excelencia (COMCE).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0110-2589>

Christian Ronaldo Chi-Canché

Estudiante de la licenciatura en Medicina en la División Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Su línea de investigación es el abordaje de la salud integral del adulto crónico.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9268-2394>

Claudia Hernández-Landaverde

Maestra en Administración en Sistemas de Salud y maestra en Enfermería por la Universidad Veracruzana, Poza Rica de Hidalgo, México. Profesora de asignatura en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan, México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9010-9488>

Cynthia Lara-Gonzalez

Maestra en Salud Pública por el Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas A.C. Profesora de asignatura en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan, México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7480-9740>

Dafne Astrid Gómez-Melasio

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería Unidad Saltillo, de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2608-1350>

Daniela Coca-Sosa

Estudiante de psicología con adscripción en la Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Entre sus principales líneas de investigación se encuentran los factores conductuales en grupos vulnerables.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8744-8891>

Diana Montserrat Sánchez-González

Estudiante de la Facultad de Psicología. Investiga la relación entre el estrés y la ansiedad con las actitudes hacia el aprendizaje en línea en alumnos universitarios para obtener el grado de licenciada por la Universidad Autónoma de Coahuila. Ha participado en congresos nacionales con la ponencia “Trabajo en equipo, estrategia que reduce la ansiedad en estudiantes universitarios”.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2260-0803>

Diego Estrada-Luna

Doctor en Ciencias Biomédicas por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente es miembro del núcleo básico de la especialidad de neonatología, miembro del núcleo complementario de la maestría en ciencias biomédicas y de la salud y del núcleo básico del doctorado en ciencias de los alimentos y de la salud.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9369-8732>

Dora Luz Rodríguez-Cruz

Maestra en Administración en Sistemas de Salud, Universidad Veracruzana, Poza Rica de Hidalgo, México. Profesora de asignatura en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan, México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8479-9742>

Edgar Humberto Macías-Escobedo

Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Coahuila y máster en Psicobiología del Daño Cerebral por la Universidad de Sevilla. Catedrático investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6786-3156>

Edgar Paolo Rodríguez-Vidales

Doctor en Administración y Gestión de Servicios de Salud por la Universidad Cedei. Jefe de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud y coordinador de Comités de Ética de la Comisión Estatal de Bioética, en Nuevo León.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1626-6271>

Edna Idalia Paulina Navarro-Oliva

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora investigadora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2695-8220>

Eglantina Micaela Ángeles-García

Doctora en Salud Pública por la Universidad Contemporánea de las Américas (México). Miembro del grupo de investigación disciplinar Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chihuahua, miembro de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C. Miembro de la Red Internacional de Salud y Educación.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0621-7377>

Eliazar González-Carrillo

Doctora en Educación, maestra en Enfermería, licenciada en Enfermería, egresada de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Docente de tiempo completo de pregrado y posgrado en la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7571-7570>

Eva Kerena Hernández-Martínez

Doctora en Ciencias de Enfermería, Universidad de Guanajuato. Profesora investigadora de tiempo completo con perfil deseable PRODEP. Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Enfermería U.S.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8180-8818>

Fabiana Esther Mollinedo-Montaño

Doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad Autónoma de Coahuila. Profesora investigadora de tiempo completo, titular C, de la Universidad Autónoma de Zacatecas “Francisco García Salinas”.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2150-8754>

Fabiola Cruz-Núñez

Doctora en Educación por la Universidad Ives, Xalapa. Profesora titular C de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan, México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0498-7645>

Francisco Andrés Cuén-Tánori

Licenciado en Enfermería en la Universidad de Sonora y maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se ha desempeñado como profesor de diversas asignaturas en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora. En el área clínica se ha desempeñado en la atención de usuarios en primer nivel de atención en instituciones del área rural y en especialidad psiquiátrica de la Secretaría de Salud de Sonora.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9669-1314>

Francisco Javier Soberanes-Velarde

Médico especialista en Calidad de la Atención Clínica por la Universidad del Tecnológico de Monterrey. Evaluador líder y profesor del Consejo de Salubridad General en México, Director de Calidad de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León. Profesor investigador de la Universidad del Tecnológico de Monterrey en su programa multicéntrico de las diferentes rotaciones de especialidades médicas.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1393-8921>

Gabriela Cervantes-Espinoza

Doctora en Educación por el Instituto Universitario Internacional de Toluca. Maestra definitiva de la Facultad de Enfermería y Obstetricia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5745-0713>

Genoveva González-González

Maestra en Enfermería Quirúrgica. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3054-0094>

Gerald Yldergar Puente-Alcalá

Enfermero clínico en el Hospital Materno Infantil de Saltillo, Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9849-0439>

Geu Mendoza-Catalán

Doctor y maestro en Ciencias de Enfermería, por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor investigador en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5061-2457>

Guadalupe Santes-Saavedra

Doctora en Educación, maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Querétaro. Profesora titular C de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, región Poza Rica-Tuxpan, México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5237-057>

Haydeé Parra-Acosta

Doctora en Ciencias de la Educación con estudios de posdoctorado en Teoría de la Ciencia. Coordinadora de la maestría en la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas de la Universidad autónoma de Chihuahua.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6964-4205>

Idalia Margarita Herrera-Garibay

Maestra en Enfermería por la Universidad Autónoma de Coahuila. Colaboradora del cuerpo académico Investigación Educativa en Enfermería y Salud. Profesora de medio tiempo de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6012-7033>

Irma Fabiola Covarrubias-Solis

Doctora en Salud Pública. Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila. Desarrolla docencia en área biomédica e imparte tutorías.

ORCID: <https://orcid.org/978-607-8662-72-2>

Isaí Arturo Medina-Fernández

Doctor en Salud Pública por la Universidad Contemporánea de las Américas (UNICLA). Se ha desempeñado como profesor de diversas asignaturas en la licenciatura, maestría y especialidades en Enfermería en la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2845-4648>

Izamara Santos-Flores

Doctora en Educación por el Instituto de Proyectos Educativos de Monterrey. En la actualidad realiza investigaciones en la Universidad Autónoma de Nuevo León y en la Secretaría de Salud sobre obesidad, diabetes mellitus y prevención de adicciones a las drogas lícitas e ilícitas.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1665-7464>

Jesús Abraham Valles-Guillén

Estudiante de la Maestría en Enfermería de Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Trabajador activo en el área hospitalaria de la Secretaría de Salud en Chihuahua.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9147-9853>

Jesús Melchor Santos-Flores

Doctor en Educación por el Instituto de Proyectos Educativos de Monterrey. Se ha desempeñado como coordinador de Enseñanza e Investigación en Salud y Gestor de Calidad del Hospital General de Sabinas, Hidalgo, de la Secretaría de Salud de Nuevo León. Docente de diversas asignaturas de licenciatura e investigador de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9110-9575>

Jorge Gabriel Tuz-Colli

Estudiante de doctorado en Ciencias de Enfermería y maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1710-142>

Jose Alfredo Pimentel-Jaimes

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato. Profesor de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California, campus Mexicali.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4384-8370>

José Antonio Guerrero-Solano

Doctor en Ciencias de los Alimentos y Salud Humana. Profesor investigador de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9331-9509>

José Luis Cerano-Fuentes

Doctor en Salud Pública por la Universidad Contemporánea de las Américas. Profesor de licenciatura en Biología Celular y Molecular, Microbiología. Catedrático de posgrado en la maestría en Administración de Clínicas y Hospitales y en el doctorado en Salud Pública.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0611-0977>

José Luis Higuera-Sainz

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato. Profesor investigador en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1824-8963>

José Luis Nuncio-Domínguez

Doctor en Ciencias Sociales, maestro en Administración de la Atención de Enfermería. Profesor de tiempo completo con perfil deseable PRODEP, catedrático investigador de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo”, de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8317-9357>

José Luis Silva-Cruz

Doctor en Administración y Alta Dirección por la Universidad Autónoma de Coahuila. Coordinador y organizador de foros y coloquios de investigación en el área educativa del posgrado de la Universidad Autónoma del Noreste. Es profesor de diversas asignaturas del área administrativa y financiera del posgrado en la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2974-1788>

Josué Arturo Medina-Fernández

Doctor en Salud Pública. Profesor de tiempo completo en la División de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0588-9382>

Juanita de Jesús Francisca Muñoz-Vázquez

Doctora en Planeación y Liderazgo Educativo por la Universidad Americana del Noreste. Profesor de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5798-6195>

Julia Alejandra Candila-Celis

Doctora en Educación por la Universidad Santander con sede en Yucatán. Profesora titular de tiempo completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán y coordinadora de la Unidad Universitaria de Inserción Social “San José Tecoh” de la Dirección General de Vinculación Universitaria.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2524-061X>

Julieta Ángel-García

Doctora y Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora investigadora en el Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0380-427X>

Karen Janeth Villegas-Balderrama

Licenciada y maestra en Enfermería por la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Actualmente realiza estudios de doctorado en Ciencias de la Cultura Física, en la Facultad de Ciencias de la Cultura Física de la Universidad autónoma de Chihuahua. Tiene una experiencia clínica de 8 años en institución pública como enfermera asistencial.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1282-3479>

Karina Isabel Casco-Gallardo

Doctora en Salud Pública por la Universidad Contemporánea de las Américas. Profesora investigadora de tiempo completo en el área académica de Enfermería de la Escuela Superior de Tlahuelilpan de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0094-7416>

Karla Laura González-Peña

Maestra en Seguridad e Higiene Ocupacional. Profesora de asignatura en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6437-742X>

Karla Pamela Moriel-Galarza

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesor de tiempo completo y coordinadora del programa de maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4813-9653>

Laura Berenice Zorrilla-Martínez

Doctora en Bioética por el Centro de Crecimiento Humanista Zacatecas. Profesor investigador de licenciatura y especialidades de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1322-2326>

Livia Quiroz-Benhumea

Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma del Estado de México, maestra en Gerontología. Profesora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de México y subdirectora administrativa en el periodo 2020-2024.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7763-1167>

Lourdes Patricia Ortega-Pipper

Doctorante del doctorado en Educación en la Universidad Autónoma Indígena de México en Los Mochis, y coordinadora de la Licenciatura en Enfermería.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5033-8681>

Margarita Calderón-Miranda

Doctora en Alta Dirección. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8316-3910>

María Ascensión Tello-García

Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma de Coahuila. Profesora de tiempo completo y catedrática investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9057-6497>

María de los Ángeles Carpio-Rodríguez

Doctora en Tanatología. Profesora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-45819151>

María de los Ángeles Monroy-Martínez

Doctora en Alta Dirección, maestra en Enfermería con énfasis en Administración en Servicios de Enfermería y licenciada en Enfermería. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6003-8287>

María del Rocío Flores-Estrada

Doctora en Educación Permanente por el Centro Internacional de Prospectiva y Altos Estudios derivado de la UNESCO, en la ciudad de Puebla de los Ángeles, México. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México.

María Elena V. Escalona-Franco

Doctora en Educación por la Escuela Libre de Ciencias Políticas y Administración Pública de Oriente. Profesora investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1373-4148>

María Guadalupe Ponce Contreras

Doctora en Ciencias de la Educación. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería, Unidad Saltillo, de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3174-9682>

María Teresa Rivera-Morales

Doctora en Ciencias de la Educación y maestra en Metodología de la Investigación. Catedrática investigadora en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8660-9786>

Marlen Fabela-Mixuxi

Maestra en Enfermería con énfasis en Administración de Servicios de Enfermería. Profesora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de México. Coordinadora de Educación Continua y jefa del laboratorio de habilidades clínicas.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0262-6297>

Martha Virginia Jasso-Oyervides

Doctorante en Ciencias Sociales, Catedrática investigadora y líder del cuerpo académico Desarrollo y Transformación Social de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9414-4405>

Mary Cruz Ortiz-Peña

Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Docente de asignatura en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5229-2999>

Mireya del Carmen González-Álvarez

Doctora en Salud Pública y en Ciencias de la Vida. Catedrática investigadora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3061-44391>

Miriam Gómez-Ortega

Doctora en Educación Permanente y maestría en Seguridad e Higiene Ocupacional. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1320-2168>

Miriam González-Valencia

Licenciada en Gerontología por la Universidad Autónoma del Estado de México, estudiante de la maestría en Tanatología, practicante en el centro de estudios Psicológicos de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5010-4217>

Mónica Montserrat Gallardo-Rebollar

Licenciada en Enfermería por la Facultad de Enfermería núm. 2 de la Universidad Autónoma de Guerrero. Actualmente es pasante del servicio social de la licenciatura en Enfermería en el Hospital General Renacimiento Dr. Donato G. Alarcón.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4467-3297>

Montserrat Morales-Alducin

Maestra y doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora de tiempo completo de la Universidad de las Américas Puebla, en el departamento de Ciencias de la Salud.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1982-5451>

Nancy Griselda Pérez-Briones

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato. Profesora de tiempo completo y líder del cuerpo académico Investigación Educativa en Enfermería y Salud en la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6903-4039>

Nissa Yaing Torres-Soto

Doctorante en Salud Pública. Profesora e Investigadora de Tiempo Completo. Departamento de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3646-6649>

Norma Pizarro

Doctora en Ciencias de la Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú, maestra y licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Chihuahua. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4748-4271>

Pedro Enrique Trujillo-Hernández

Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Director de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8503-387X>

Perla Lizeth García-Morales

Maestra en Enfermería con acentuación en Atención de Enfermería al Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería, unidad Saltillo de la Universidad Autónoma de Coahuila. Jefa de Enfermería en el Centro Integral de Envejecimiento IKIGAI.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1392-0674>

Perla María Trejo-Ortíz

Doctora en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo, Perú, en convenio con la Universidad Nacional Autónoma de México, y doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad Autónoma de Coahuila. Profesora investigadora y coordinadora de Planeación en la Universidad Autónoma de Zacatecas.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4441-446X>

Reina Rosaura Canul-Chi

Enfermera especialista quirúrgica. Profesora investigadora de tiempo completo en el Departamento de Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9520-633X>

Reyna Alicia Arriaga-Bueno

Doctorante en Ciencias Sociales, Maestra en Desarrollo Social, Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Coahuila. Catedrática de tiempo completo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0411-6476>

Rosa Martha Flores-Estrada

Doctora en Educación Permanente por el Centro Internacional de Prospectiva y Altos Estudios derivado de la UNESCO, en la ciudad de Puebla de los Ángeles,

México. Profesora investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1373-4148>

Roxana Araujo-Espino

Doctora en Ciencias de Enfermería en la Universidad Nacional de Trujillo, Perú, en convenio con la Universidad Nacional Autónoma de México. Directora en turno de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas (2021-2025).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6684-9830>

Sheila Adriana Mendoza-Mojica

Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora investigadora de tiempo completo de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8910-5663>

Ulises Rieke-Campoy

Doctorante en Ciencias de la Salud Ocupacional por la Universidad de Guadalajara. Profesor investigador de tiempo completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5087-7933>

Vanesa Jiménez-Arroyo

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Guanajuato. Profesora investigadora titular de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana San Nicolás Hidalgo, en la que desempeña actividades de docencia en nivel licenciatura y maestría.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3413-3947>

Vianey Méndez-Salazar

Doctora en Educación. Profesora de tiempo completo en la Universidad Autónoma del Estado de México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0105-5404>

Víctor Manuel Hernández-Martínez

Estudiante de licenciatura en Enfermería en la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” en la Universidad Autónoma de Coahuila, unidad Saltillo.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2870-2378>

Virginia Salazar-Díaz

Doctora en Desarrollo Humano por la Universidad Iexpro. Profesora de asignatura definitiva en la Universidad Autónoma del Estado de México.

ORCID: 0009-0007-3894-2502

Yadira Mejía-Mejía

Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, con estancia de investigación en la Universidad de Georgia, Athens, G. A. y el Instituto Nacional de Salud Pública.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9466-3646>

Yolanda Flores-Peña

Doctora en Ciencias de Enfermería en el área de concentración de Salud Pública por la Universidad de São Paulo, Brasil. Profesora titular en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6200-6553>

*Salud integral: panorama de los problemas
prioritarios en salud*, de Nancy Griselda Pérez
Briones, Dafne Astrid Gómez Melasio y Pedro Enrique
Trujillo Hernández (coordinadores), publicado por Ediciones
Comunicación Científica, S. A. de C. V., se terminó de imprimir
en diciembre de 2025, en Litográfica Ingramex, S. A. de C. V., Centeno
162-1, Granjas Esmeralda, 09810, Ciudad de México. El tiraje fue de 200
ejemplares impresos y en versión digital para acceso abierto
en los formatos PDF, EPUB y HTML.

Salud integral: panorama de los problemas prioritarios de salud es una obra que aborda de manera exhaustiva los principales problemas que afectan a la población mundial, con un enfoque particular en los contextos latinoamericanos. A través de la investigación cuantitativa y cualitativa, los autores presentan una visión integral de la salud analizando diversos aspectos que influyen en el bienestar de las personas.

El texto explora temas clave como salud mental, obesidad, conductas de alimentación, consumo de alcohol, violencia, educación y problemáticas en la población adulta mayor. Centrándose en el vínculo entre salud y educación, esta obra insiste en los diferentes problemas de salud que se presentan en la actualidad, los cuales deben ser atendidos para garantizar el derecho a una vida sana.

En cuanto a su estructura, el libro presenta cada problema en profundidad, apoyándose en revisión exhaustiva de literatura y estadísticas. A pesar de ser un texto académico, su lenguaje es claro y accesible, lo que permite que su contenido llegue a un público amplio, desde estudiantes hasta profesionales del área o personas interesadas en el bienestar social. Asimismo, es una lectura recomendada para aquellos que desean entender las complejidades de la salud en el contexto global y cómo enfrentar los retos actuales a través de un enfoque integral y multisectorial.



Nancy Griselda Pérez Briones es Doctora en Ciencias de la Enfermería por la Universidad de Guanajuato. Profesora de tiempo Completo y líder del cuerpo académico "Investigación Educativa en Enfermería y Salud" en la Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo" de la Universidad Autónoma de Coahuila.



Dafne Astrid Gómez Melasio es Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora de tiempo completo de la Facultad de Enfermería Unidad Saltillo, de la Universidad Autónoma de Coahuila.



Pedro Enrique Trujillo Hernández es Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Director de la Facultad de Enfermería "Dr. Santiago Valdés Galindo" de la Universidad Autónoma de Coahuila.



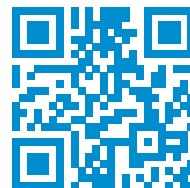
Dimensions

RENIECYT
Registro Nacional de Instituciones
y Empresas Científicas y Tecnológicas
2000922



Google
Scholar

Dialnet



DOI.ORG/10.52501/CC.277



EDICIONES
COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA PUBLICACIONES
ARBITRADAS

www.comunicacion-cientifica.com



9 786072 628434