

ISSN 2218-0559 (CD R), E-ISSN 2220-9026

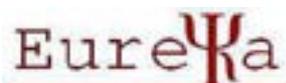


**EUREKA**  
**Revista de**  
**Investigación**  
**Científica en**  
**Psicología**

**Órgano Oficial de**  
**Comunicación**  
**Científica**  
**del CDID**

**EUREKA**  
**Monográfico**  
**Vol. 18, N° M**  
**"Estilo de Vida**  
**y Eronicidad",**  
**2021**

**Proyecto CDID**  
**"Centro de**  
**Documentación,**  
**Investigación**  
**y Difusión de**  
**Psicología**  
**Científica"**  
**Asuncion-Paraguay**



Órgano Oficial de Comunicación Científica del CDID  
CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

## Identidad

Editada por el **CDID**, semestralmente, en versión digital, [www.psicoeureka.com.py](http://www.psicoeureka.com.py)  
Recibe en forma continua artículos para su evaluación durante todo el año. El corte de edición para el primer N° semestral es el 30/Abril; para el segundo, el 30 de Setiembre.

EUREKA, busca brindar mayor visibilidad a la producción científica de todas las áreas de la Psicología como ciencia, disciplina y profesión. Correspondencia, intercambio y colaboraciones se reciben en la Oficina Editorial, **CDID**, por correo electrónico a [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o a [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py)

Los trabajos presentados para su posible publicación, de preferencia, deberán ser originales e inéditos, estarán sujetos a la programación de la revista y a la evaluación por arbitraje.

Indizada al Catálogo de Latindex, Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal y LILACS, BVS-ULAPSI, Biblioteca Virtual de Salud de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología, PEPSIC y Plataforma “e-Revistas” de la Agencia Estatal Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España. Y Web of Science. Thomson Reuters.

### **REVISTA EUREKA/CDID**

Se somete a normativa de propiedad intelectual vigente.

Los derechos son reservados a EUREKA y, el/la/los/las autores/ras deberán solicitar autorización por escrito, en casos de segunda publicación citando a EUREKA como fuente original. Es responsabilidad del autor/res la declaración de autoría, los datos, ideas y opiniones versadas en los trabajos. En dichos ámbitos, para efectos legales y éticos, se adopta como propios los Principios del Código de Ética de la APA a los que deberán adherirse los que sometan artículos para valoración, la Revista no asume responsabilidad en casos de incumplimiento de aquellos.

Open access on line: [www.psicoeureka.com.py](http://www.psicoeureka.com.py).

El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), modalidad 4. Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.



Revista Eureka | Esta obra está bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Consultas y sugerencias: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o a [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py).

Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Depósito Legal: N° (En trámite)  
ISSN 2218-0559 (CD-R) E-ISSN 2220-9026



Órgano Oficial de Comunicación Científica del CDID  
“Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Eureka

Revista Científica de Psicología

## **EUREKA N° Monográfico: “Estilo de Vida y Cronicidad”**

### **Editora General**

Dra. Norma B. Coppari (M.S., M.E.)

### **Comité Científico Dictaminador**

Prof. Alicia Álvarez-Aguirre, Universidad de Guanajuato  
Dra. Leticia Casique-Casique, Universidad de Guanajuato  
Dra. Luvia del Carmen Castillo Arcos, Universidad Autónoma del Carmen  
MCE. Isabel Beristain García, Universidad Juárez del Estado de Durango  
Dra. Lucero Fuentes Ocampo, Universidad de Guanajuato  
Dra. Yolanda Bañuelos Barrera, Universidad Juárez del Estado de Durango  
Dra. Ma. Teresa Pratz Andrade, Universidad de Guanajuato  
MCE. Clara Teresita Morales Alvarez, Universidad de Guanajuato  
Dra. Lucely Maas Góngora, Universidad Autónoma del Carmen  
MCE. Carlos Francisco Meza García, Universidad de Guanajuato  
Dr. José Manuel Herrera Paredes, Universidad de Guanajuato  
Dra. Berenice Juan Martínez, Universidad del Papaloapan  
ME y AS. María del Rosario Tolentino Ferrel, Universidad de Guanajuato  
MAIS. Enrique Blancarte Fuentes, Universidad de Guanajuato  
MCE. Juan Yovani Telumbre Terrero, Universidad Autónoma del Carmen  
Dra. Karla Selene López García, Universidad Autónoma de Nuevo León  
Dr. Manuel Antonio López Cisneros, Universidad Autónoma del Carmen  
MCE. Jorge Emmanuel Mejía Benavides, Universidad de Guanajuato  
Dra. María Antonieta Mendoza Ayala, Universidad Autónoma de Querétaro  
MCE. Mercedes Sanchez Perales, Universidad Autónoma de Querétaro  
Dra. Yazmín Alejandra Quintero Hernández, Universidad de Guanajuato  
Dra. Elizabeth Guzmán Ortiz, Universidad de Guanajuato  
Dra. María Mercedes Moreno González, Universidad de Guanajuato  
MCE. Grever María Ávila Sansores, Universidad de Guanajuato  
MCE. Reyna Isabel Hernández Pedroza, Universidad de Sonora  
MCE. Braulio Josué Lara Reyes, Universidad Autónoma de Coahuila  
Dra. Martha Ofelia Valle Solis, Universidad Autónoma de Nayarit

### **Correctora de Estilo Español/Ingles**

Dra. Norma Coppari (MS., ME)-Monica Vera

### **Responsable Web Master**

Ing. Jesús Ayala

Open access on line: [www.psicoeureka.com.py](http://www.psicoeureka.com.py).

El/la/los/las autores/ras cede/n sus derechos bajo la licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), modalidad 4. Podrá/n reproducir sus trabajos en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.



Revista Eureka| Esta obra está bajo una licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Consultas y sugerencias: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com), o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py).

Hecho el depósito que marca la Ley No. 1328/98 de Derecho de Autor y Derechos Conexos.

Depósito Legal: N° (En trámite)  
ISSN 2218-0559 (CD-R) E-ISSN 2220-9026



## *INDICE*

### Prologo

Prof. Alicia Álvarez-Aguirre.....pp. 6-7

### Editorial

Dra. Norma B. Coppari.....pp. 8-9

### Artículos Originales:

**Bienestar espiritual relacionado con la calidad de vida en personas con Diabetes tipo 2. Autores:** Maria de Jesús Ruiz-Recéndiz, Alicia Álvarez-Aguirre, Mayra Itzel Huerta-Baltazar, Vanesa Jiménez Arroyo. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Universidad de Guanajuato, México.....pp. 10-24

**Intervención de enfermería para el control metabólico en personas con Diabetes tipo 2: Resultados preliminares. Autores:** José Luis Mendoza García, Alicia Álvarez-Aguirre, Beatriz García Solano, José Manuel Herrera Paredes, Carlos Alberto Núñez Colín. Universidad de Guanajuato, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.....pp. 25-43

**Apoyo familiar como predictor en la Autogestión de las personas con Diabetes tipo 2. Autores:** Juan Alberto López González, Maria Laura Ruíz Paloalto, Alicia Álvarez-Aguirre, Sandra Lidia Peralta Peña, Jacqueline Alejandra Encinas-Bojórquez, Mónica Gabriela García Valdez. Universidad de Sonora, Universidad de Guanajuato, México..... pp. 44-61

**Intervención de enfermería para disminuir el sobrepeso/obesidad de mujeres en etapa preconcepcional: Resultados preliminares. Autores:** Jose Luis Higuera Sainz, Alicia Álvarez-Aguirre, Velia Margarita Cárdenas Villarreal, Yaneth Guadalupe Acosta Valencia, Geu Mendoza Catalán. Universidad Autónoma de Baja California, Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.....pp.62-79

**Barreras y Autoeficacia para la Actividad Física y Alimentación Saludable en Mujeres Embarazadas. Autores:** Elizabeth Guzmán-Ortiz, Velia Margarita Cárdenas-Villarreal, Claudia Ivonne Ramírez-Silva, Alicia Álvarez-Aguirre. Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.....pp. 80-99

**Consumo de alcohol en adolescentes: Un análisis de género. Autores:** Alicia Alvarez-Aguirre, Alicia Sarahy Martín del Campo Navarro y Pablo Medina Quevedo. Universidad de Guanajuato, México.....pp.100-115

**Intervención en padres para favorecer la autoeficacia en comunicación sobre sexualidad: Resultados preliminares. Autores:** Mayra Jeniffer Ramírez González, Alicia Alvarez-Aguirre, Mayra Itzel Huerta Baltazar, María del Rosario Tolentino Ferrel. Universidad de Guanajuato y Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.....pp. 116-136

**Calidad de vida laboral de trabajadores operarios de una empresa de manufactura. Autores:** Alejandra Leija Mendoza, Alicia Álvarez-Aguirre, Leticia Casique-Casique. Universidad Autónoma de Coahuila y Universidad de Guanajuato, México.....pp. 137-150



### **Artículos Teóricos y de Revisión:**

**Percepción de la Terapia Chi Kung en pacientes con Diabetes Tipo 2. Autores:** María Magdalena Lozano Zúñiga, María Elena Rivera-Heredia, Alicia Álvarez-Aguirre, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Universidad de Guanajuato, México.....pp. 151-166

**¿El principio del fin o el inicio de vivir? Valorando la vida después del VIH. Autores:** Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar, Dra. Alicia Álvarez-Aguirre, Dra. Vanesa Jiménez Arroyo, Dra. María de Jesús Ruiz-Recéndiz. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Universidad de Guanajuato, México.....pp. 167-182

**Experiencias de riesgo en consumidores de drogas. Autores:** María de Jesús Pérez Vázquez, María Gloria Calixto Olalde, Aracely Díaz Oviedo. Universidad Autónoma de Sinaloa, Universidad de Guanajuato y Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.....pp. 183-203

**La parte intrínseca del ser con consumo de alcohol, en un contexto hospitalario. Autores:** Lucila Acevedo-Figueroa, Alicia Alvarez-Aguirre, Mirtha Flor Cervera- Vallejos, Rosa Jeuna Díaz-Manchay, Leticia Casique-Casique, Verónica Margarita Hernández-Rodríguez, Universidad Autónoma de Guerrero, Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma de Querétaro, México y Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo, Perú,.....pp. 204-220

**Rituales para cuidar al neonato según la cosmovisión de comunidades Nahuas. Autores:** Antonieta de Jesús Banda Pérez, Alicia Álvarez-Aguirre, Rosa Jeuna Díaz Manchay. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Universidad de Guanajuato, México y Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú.....pp. 221-237

**Micro machismos: El poder de la sujeción enmascarado de amor romántico. Autores:** Vanesa Jiménez Arroyo, Yesica Yolanda Rangel Flores, Mayra Itzel Huerta Baltazar, Ma. De Jesus Ruiz Recéndiz. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.....pp. 238-256

**Soledad en el adulto mayor: Análisis de concepto. Autores:** Yolanda Ivonne Trujillo-León, Leticia Casique-Casique, Alejandro Morales-Jinez, Alicia Álvarez-Aguirre. Universidad de Guanajuato y Universidad Autónoma de Coahuila, México .....pp. 257-271

**Política Editorial.....pp. 272-276**



## INDEX

### Foreword

Prof. Alicia Álvarez-Aguirre.....pp.6-7

### Editorial

Dra. Norma B. Coppari.....pp.8-9

### Original Papers:

**Spiritual well-being related to quality of life in people with type 2 diabetes. Researchers:** Maria de Jesús Ruiz-Recéndiz, Alicia Álvarez-Aguirre, Mayra Itzel Huerta-Baltazar, Vanesa-Jiménez Arroyo. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Universidad de Guanajuato, México..... pp. 10-24

**Nursing intervention for metabolic control in people with type 2 diabetes: preliminary results. Researchers:** José Luis Mendoza García, Alicia Álvarez-Aguirre, Beatriz García Solano, José Manuel Herrera Paredes, Carlos Alberto Núñez Colín. Universidad de Guanajuato, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México..... pp. 25-43

**Social support as a predictor in the Self-management of people with Type 2 Diabetes. Researchers:** Juan Alberto López González, Maria Laura Ruíz Paloalto, Alicia Álvarez-Aguirre, Sandra Lidia Peralta Peña, Jacqueline Alejandra Encinas-Bojórquez, Mónica Gabriela García Valdez. Universidad de Sonora, Universidad de Guanajuato, México..... pp. 44-61

**Nursing intervention to reduce overweight/obesity in preconceptionally overweight women: preliminary results. Researchers:** Jose Luis Higuera Sainz, Alicia Álvarez-Aguirre, Velia Margarita Cárdenas Villarreal, Yaneth Guadalupe Acosta Valencia, Geu Mendoza Catalán. Universidad Autónoma de Baja California, Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma de Nuevo León, México ..... pp.62-79

**Barriers and self-efficacy for healthy eating and physical activity in pregnant women. Researchers:** Elizabeth Guzmán-Ortiz, Velia Margarita Cárdenas-Villarreal, Claudia Ivonne Ramírez-Silva, Alicia Álvarez-Aguirre. Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma de Nuevo León, México..... pp. 80-99

**Consumption of alcohol in adolescents: a gender analysis. Researchers:** Alicia Alvarez-Aguirre, Alicia Sarahy Martín del Campo Navarro y Pablo Medina Quevedo. Universidad de Guanajuato, México.....pp.100-115

**Intervention in parents to promote self-efficacy in communication about sexuality: preliminary results. Researchers:** Mayra Jeniffer Ramírez González, Alicia Alvarez-Aguirre, Mayra Itzel Huerta Baltazar, María del Rosario Tolentino Ferrel. Universidad de Guanajuato y Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.....pp. 116-136

**Quality of working life operative workers of a manufacturing Company. Researchers:** Alejandra Leija Mendoza, Alicia Álvarez-Aguirre, Leticia Casique-Casique. Universidad Autónoma de Coahuila y Universidad de Guanajuato, México.....pp. 137-150



### Theoretical Articles and Case Study:

**Perception of Chi Kung Therapy in Patients with Type 2 Diabetes. Researcher:** María Magdalena Lozano Zúñiga, María Elena Rivera-Heredia, Alicia Álvarez-Aguirre, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Universidad de Guanajuato, México..... pp. 151-166

**The beginning of the end or the beginning of living? Valuing life after HIV. Researcher:** Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar, Dra. Alicia Álvarez-Aguirre, Dra. Vanesa Jiménez Arroyo, Dra. Maria de Jesús Ruiz-Recéndiz. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Universidad de Guanajuato, México..... pp.167-182

**Risk experiences in drug users. Researchers:** María de Jesús Pérez Vázquez, María Gloria Calixto Olalde, Aracely Díaz Oviedo. Universidad Autónoma de Sinaloa, Universidad de Guanajuato y Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México ..... pp. 183-203

**The intrinsic part of the being with alcohol consumption, in a hospital context. Researchers:** Lucila Acevedo-Figueroa, Alicia Alvarez-Aguirre, Mirtha Flor Cervera- Vallejos, Rosa Jeuna Díaz-Manchay, Leticia Casique-Casique, Verónica Margarita Hernández-Rodríguez, Universidad Autónoma de Guerrero, Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma de Querétaro, México y Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo, Perú..... pp.204-220

**Rituals to care for the newborn according to the worldview of Nahua communities. Researchers:** Antonieta de Jesús Banda Pérez, Alicia Álvarez-Aguirre, Rosa Jeuna Díaz Manchay. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Universidad de Guanajuato, México y Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú ..... pp. 221-237

**Micro machismos: The power of the masked subjection of romantic love. Researchers:** Vanesa Jiménez Arroyo, Yesica Yolanda Rangel Flores, Mayra Itzel Huerta Baltazar, Ma. De Jesus Ruiz Recéndiz. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México..... pp. 238-256

**Loneliness in the older adult: Concept analysis. Researchers:** Yolanda Ivonne Trujillo-León, Leticia Casique-Casique, Alejandro Morales-Jinez, Alicia Álvarez-Aguirre. Universidad de Guanajuato y Universidad Autónoma de Coahuila, México.....pp.257-271

**Editorial Policy**..... pp. 272-276



## Prologo

El presente número monográfico de Eureka, Revista Científica de Psicología, versa sobre “**Estilo de Vida y Cronicidad**”. Las enfermedades crónicas representan un problema de salud pública, esto se ha convertido en una carga adicional que influye en una reducción de la esperanza y calidad de vida de las personas.

Existe evidencia del incremento en la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas en la población, relacionada con el estilo de vida poco saludable como el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol, la ingesta nutricional superior a las necesidades, y el sedentarismo, principales factores de riesgo conductuales de las enfermedades crónicas. Por lo que los profesionales de la salud se enfrentan al desafío de promover un estilo de vida saludable en la persona, familia y comunidad desde un enfoque educativo, social y ambiental. La promoción de un estilo de vida saludable implica la realización de actividades proactivas para disminuir y prevenir enfermedades reflejo del estilo de vida. Para que una persona, familia y comunidad adquiera un estilo de vida saludable se deben explorar los complejos procesos biopsicosociales que les motivan para tomar decisiones respecto a las conductas de riesgo a fin de obtener bienestar físico, emocional, psicológico y espiritual.

En el estilo de vida influyen tanto las características personales como los patrones de comportamiento individuales y colectivos, además, el estilo de vida comprende actitudes y valores, que se expresan en el comportamiento de la persona, en este sentido el estilo de vida no solo hace referencia al aspecto físico, sino también a la salud mental de la persona. Los profesionales de enfermería en los últimos años, han realizado investigación en estilo de vida y cronicidad, como fenómeno de estudio, en diferentes entornos y áreas de su práctica. Entre las investigaciones se encuentra el desarrollo de herramientas válidas y fiables, propuestas de modelos de cuidado, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, análisis de concepto, entre otros.



Si bien se tiene un avance en investigación en estilo de vida y cronicidad, es necesario hacer un abordaje al problema en forma integral, considerando marcos flexibles que permitan incorporar nuevos conceptos y abordar con mayor profundidad este fenómeno de estudio; a fin de que los resultados sirvan de referencia para la expansión del conocimiento de la disciplina, y contar con prácticas de cuidado innovadoras y exitosas.

El número monográfico sobre “**Estilo de Vida y Cronicidad**” incluye 15 artículos, de autoría de egresados, estudiantes y profesores enfermeros del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería. El propósito de este número monográfico es la difusión del conocimiento producto de la generación de estudios bajo diversos diseños metodológicos que estudian el estilo de vida y cronicidad. Además, este esfuerzo realizado por investigadores de enfermería ha favorecido el desarrollo de los grupos de investigación. En este número participaron la Universidad Autónoma de Baja California, la Universidad Autónoma de Coahuila, la Universidad Autónoma de Guerrero, la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Universidad Autónoma de Querétaro, la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, la Universidad Autónoma de Sinaloa, la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, la Universidad de Guanajuato, la Universidad de Sonora, la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Los resultados de estas investigaciones son un referente de los avances y desafíos del profesional de enfermería en estudios del fenómeno de estilo de vida y cronicidad como generador de conocimiento científico con pertinencia social, que pueden ser la base para futuras indagaciones en el área. Se invita a los lectores a revisar los artículos a fin de generar reflexiones y discusiones sobre las investigaciones presentadas.

Prof. Alicia Álvarez-Aguirre  
Dpto. de Enfermería Clínica/Dvs. de Ciencias de la Salud e Ingenierías  
Campus Celaya Salvatierra /Universidad de Guanajuato



## **Editorial**

Estamos viviendo un momento crítico para toda la humanidad. Es el segundo año que transitamos por la pandemia causada por el COVID 19, con sus consecuencias en todos los niveles de vida. Las 4 millones o más de vidas perdidas a escala mundial, el crecimiento de contagios ante nuevas variantes que no cesa, la amenaza de un colapso sanitario, el desgaste de nuestros profesionales de blanco, frente a campañas de vacunación apenas incipientes y/o insuficientes en Latinoamérica, para lograr la ansiada inmunidad de rebaño, caracteriza un panorama aleccionador para la humanidad. La salud medioambiental, la física, la mental, y la salud sostenible/sustentable, entre las áreas de afectación, nos interesan en particular, sobre todo, después de comprobar, nuevamente, que existe una causalidad humanoperante, una interdependencia e interrelación entre todas ellas.

En ese contexto, el número monográfico, que como editora de la Revista EUREKA me honra presentar, no puede ser más oportuno y consonante con dichas consecuencias inevitables, de no tomar conciencia y proactividad para cambiar nuestros comportamientos de consumo y estilo de vida depredadoras y nada saludables.

Importante subrayar que este número especial, de la Revista EUREKA, consolida y refuerza la cooperación académica en vinculación y difusión científica latinoamericana de investigadores y gestores del conocimiento de México y Paraguay, al ser esta la Quinta edición monográfica que se publica. Estos emprendimientos nos ratifican en la labor y compromiso con una Psicología y Ciencias de la Salud Latinamericana. Empoderada en sus valores, promoviendo diálogos e intercambios, buscando la construcción colectiva para la promoción de derechos y el buen vivir, fortaleciendo la diversidad del encuentro académico, científico y profesional, la reflexión crítica, el debate y análisis permanente, de las problemáticas idiosincráticas, buscando alternativas de solución sostenibles, como ciencia y profesión en América Latina.



Este es un Nuevo proyecto de colaboración entre la Revista EUREKA-CDID y la Universidad Autónoma de Baja California, la Universidad Autónoma de Coahuila, la Universidad Autónoma de Guerrero, la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Universidad Autónoma de Querétaro, la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, la Universidad Autónoma de Sinaloa, la Universidad de Sonora, la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, la Universidad de Guanajuato, todas de Mexico, y la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo del Perú.

El Monográfico lleva por titulo “**Estilo de Vida y Cronicidad**”, presenta 15 articulos de docentes, estudiantes y egresados del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermeria, cuyo interes central es difundir las investigaciones realizadas sobre el tema, en sus diversas y complejas aristas, enfocados con métodos cuali y cuantitativos, reforzando el Trabajo de vinculación y fortalecimiento de los grupos de investigación de enfermería, en permanente crecimiento y consolidación.

El 5to. Monografico de la Revista EUREKA, Vol. 18, *M*, 2021 “**Estilo de Vida y Cronicidad**” es una muestra de contribuciones tan comprometidas y vivenciales del urgente cambio de paradigma en nuestras elecciones y prácticas de vida, que nos congratulamos de presentar. Expresamos nuestra gratitud y reconocimiento a TODAS/TODOS los que hacen posible esta construcción latinoamericana de RST, con identidades propias y diversidades en respetuosa convivencia. Nuestra gratitud y reconocimiento, muy especialmente, a la Prof. Alicia Álvarez-Aguirre, empoderada de este esfuerzo. Asimismo, a toda/os las/os autoras/res, a los miembros del Comité Científico Dictaminador, jueces pares, especialistas en el tema. Y al Equipo Editorial que me honra presidir.

Dra. Norma B. Coppari (MS., ME)

EDITORA

EureKa



## Bienestar espiritual relacionado con la calidad de vida en personas con Diabetes tipo 2

Spiritual well-being related to quality of life in people with type 2 Diabetes

Maria de Jesús Ruiz-Recéndiz<sup>1</sup>, Alicia Álvarez-Aguirre<sup>2</sup>, Mayra Itzel Huerta-Baltazar<sup>3</sup>,  
Vanessa-Jiménez Arroyo<sup>4</sup>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y  
Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>5</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción:** El número de personas con diabetes se incrementa día a día, se requiere de la intervención del equipo de salud. **Objetivo:** Analizar la relación del bienestar espiritual (BE) y la calidad de vida (CV) de las personas con diabetes tipo 2. **Método:** Estudio descriptivo y transversal; muestra no probabilística de 150 usuarios de un centro de salud. Se aplicó la Escala de Bienestar espiritual y Diabetes 39. **Resultados:** Mayoría mujeres (71%), media de tiempo de diagnóstico de la enfermedad, 11 años ( $DE=8.23$ ), 95% usó hipoglucemiante oral y 54% con diagnóstico de hipertensión arterial. BE alto (89.3%) en escala total y en dimensiones religiosa y existencial (92.7%-63.3%), con relación estadísticamente significativa por género en escala total de BE ( $U=1807.5$ ;  $p=.028$ ) y dimensión de BE religioso ( $U=1743.5$ ;  $p=.003$ ). En calidad de vida, la dimensión más afectada fue energía/movilidad ( $\bar{x}=41.98$ ,  $Mdn=41$ ,  $DE=4.91$ ). **Conclusiones:** Se encontró relación entre el BE religioso y dimensión de CV control de la diabetes ( $r_s=.165$ ;  $p<.05$ ) y entre BE existencial y dimensión de CV funcionamiento sexual ( $r_s=.168$ ;  $p<.05$ ).

**Palabras clave:** espiritualidad, diabetes mellitus tipo 2, calidad de vida, enfermería.

Correspondencia remitir a: Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, [madejesus.ruiz@umich.mx](mailto:madejesus.ruiz@umich.mx)

<sup>2</sup> Profesora, Departamento de Enfermería Clínica, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra, Universidad de Guanajuato, [alicia.alvarez@ugto.mx](mailto:alicia.alvarez@ugto.mx)

<sup>3</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, [mayra.huerta@umich.mx](mailto:mayra.huerta@umich.mx)

<sup>4</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, [vanesa.jimenez@umich.mx](mailto:vanesa.jimenez@umich.mx)

<sup>5</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica” de Asunción-Paraguay.

## Abstract

**Introduction:** The number of people with diabetes increases day by day, the intervention of the health team is required. **Objective:** Analyze the relationship of spiritual well-being (BE) and quality of life (QoL) of people with type 2 diabetes. **Method:** Descriptive and cross-sectional study; non-probabilistic sample of 150 users of a health center. Diabetes and Spiritual Well-being Scale 39. **Results:** Most women (71%), mean time of diagnosis of the disease, 11 years ( $SD = 8.23$ ), 95% used oral hypoglycemic and 54% with a diagnosis of arterial hypertension. High BE (89.3%) in total scale and in religious and existential dimensions (92.7% - 63.3%), with statistically significant differences by gender in total BE scale ( $U=1807.5$ ;  $p=.028$ ) and dimension of religious BE ( $U=1743.5$ ;  $p=.003$ ). In quality of life, the most affected dimension was energy / mobility ( $\bar{x}=41.98$ ,  $Mdn=41$ ,  $SD=4.91$ ). **Conclusion:** A relationship was found between religious BE and dimension of QoL control of diabetes ( $r_s=.165$ ;  $p<.05$ ) and between existential BE and dimension of sexual functioning Qo ( $r_s=.168$ ;  $p<.05$ ).

**Keywords:** spirituality, diabetes mellitus type 2, quality of life, nursing.

La diabetes es una pandemia a nivel mundial. El número de personas con diabetes aumentó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014 y en 2014, un 8.5% de los adultos (mayores de 18 años) tenían diabetes (OMS, 2020). De acuerdo con los datos de la Federación Internacional de Diabetes (FID), en la actualidad alrededor de 463 millones de adultos de entre 20 y 79 años tienen diabetes. Esto representa el 9.3% de la población mundial en este grupo de edad (FID, 2019, p. 33). Además, la OMS (2020) estima que en 2016 la diabetes fue la causa directa de 1.6 millones de muertes, mientras que la FID (2019) calculó que se producirían 4.2 millones de fallecimientos por la diabetes y sus complicaciones durante 2019. Algunas de las complicaciones más frecuentes son retinopatía, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores.

Los datos para México son igual de alarmantes. La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018), mostró que existen 8.6 millones de personas en el país con diabetes (10.3%), con mayor presencia en las mujeres (11.4%) que en hombres (9.1%) En Michoacán, se reportó 9.9% de personas de 20 años y más con diagnóstico médico previo de diabetes (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

Por otra parte, en México la diabetes tipo 2 es una de las primeras tres causas de muerte, explicando más de una tercera parte de todas las muertes. De acuerdo a datos de ENSANUT, la complicación mayormente reportada por la diabetes fue la visión disminuida (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

En el caso del Estado de Michoacán de Ocampo, la diabetes se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad, la segunda en los últimos cinco años con 5, 264 casos (tasa de 0.93) en 2017. (Secretaría de Salud de Michoacán, 2019).

## **PROBLEMA**

Una condición crónica como la diabetes requiere la intervención del equipo de salud. El personal de enfermería en esencia y desde su profesionalización, se ha ocupado de proporcionar el cuidado de la salud a las personas de manera integral incluyendo la espiritualidad. La dimensión espiritual, por lo tanto, ha formado parte de los modelos y teorías del proceso de enfermería desde Virginia Henderson hasta las recientes teóricas posmodernas como Jean Watson y Rosemary Parse (Meleis, 2007), siendo la incorporación de la dimensión espiritual un reto importante para las enfermeras y las instituciones de salud (Chaves et al, 2010).

Cuando se vive con una enfermedad crónica como la diabetes tipo 2, la persona recurre a la espiritualidad porque el propio diagnóstico le provoca cambios, muchos de ellos derivados de la presencia de síntomas (hipoglucemia), del tratamiento farmacológico, modificaciones en el estilo de vida o miedo ante el futuro (Gómez, et al., 2012). Es decir, la espiritualidad puede facilitar el ajuste emocional ante la enfermedad (Bartlett et al, 2003) debido a que la persona puede encontrar fortaleza al apegarse a ella y, de esta manera, sobrellevar la enfermedad.

Por consiguiente, es necesario considerar las necesidades espirituales del ser humano que, al ser satisfechas, le lleven a la búsqueda del bienestar espiritual. El bienestar espiritual se define como el estado general de salud espiritual y se evidencia por la presencia de significado, propósito y plenitud en la vida, deseo de vivir, creer y tener fe en el propio ser, en otros y en Dios (ser o fuerza superior) (Ellison, 1983; Bufford et al, 1991).

Como puede observarse, la diabetes genera cambios en el estilo de vida y el nivel de actividad que realiza, provocando repercusiones no sólo en la dimensión espiritual, sino también en las funciones sociales, familiares y emocionales. Esto es, la diabetes acorta la vida productiva de la persona debido a las complicaciones micro y macrovasculares que afectan su calidad de vida, entendida como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa, 2010).

Por consiguiente, las personas con diabetes tienen una peor calidad de vida que las personas sin enfermedad crónica, pero una mejor calidad de vida que la mayoría de las personas con otras enfermedades crónicas graves (Urzúa et al, 2011; Salazar et al, 2012).

A pesar de la importancia que la espiritualidad tiene en las personas que viven con diabetes, aún existen controversias sobre los efectos que la espiritualidad o religiosidad tienen sobre su salud (Luengo, et al., 2014).

De la misma manera, aunque la calidad de vida considera en su evaluación la dimensión espiritual, pocas enfermeras se enfocan en temas de espiritualidad al cuidar a personas que viven con diabetes tipo 2, bien porque no se sienten cómodos al abordar esta dimensión debido, en muchos casos, a que no tienen conciencia de su propia hospitalidad o quizá porque no se consideran competentes en este tema (Pérez-García, 2016).

En consecuencia, son pocos las investigaciones enfocadas en el bienestar espiritual y la calidad de vida de las personas que viven con diabetes, por lo que se considera necesario abordar esta temática.

## **OBJETIVO**

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación del bienestar espiritual y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2 de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Zinapécuaro, Michoacán.

## MÉTODO

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo con diseño correlacional, transversal y no experimental (Grove, et al., 2019).

### Participantes

Se incluyeron a personas entre 20 años y 70 años de edad, con diagnóstico médico de diabetes tipo 2 (DT2), con por lo menos un año de diagnóstico de la enfermedad, que acudieron a consulta externa, que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron las personas con diagnóstico actual de enfermedad psiquiátrica (no incluye depresión), con complicación de DT2 o con diagnóstico principal de ingreso de insuficiencia renal crónica en terapia sustitutiva de riñón (diálisis peritoneal o hemodiálisis), con diagnóstico de diabetes gestacional y con tratamiento de psicofármacos.

### Instrumentos y materiales

Se utilizaron dos instrumentos, el instrumento específico de Calidad de Vida (Diabetes 39) y la Escala de Bienestar Espiritual. La Escala de Bienestar Espiritual está constituida por 20 ítems y dos subescalas: religiosa y existencial, cada una con 10 ítems; utiliza una escala de Likert de seis puntos donde 1 equivale a “totalmente en desacuerdo”, y 6 a “totalmente de acuerdo”. El bienestar espiritual general es dado por ambas dimensiones y los puntos de corte establecidos por los autores consideran bienestar espiritual bajo de 20 a 40 puntos, bienestar espiritual moderado de 41 a 99 puntos y bienestar espiritual alto de 100 a 120 puntos para la escala general (Paloutzian, 2002). La confiabilidad de la escala en la prueba piloto fue de  $\alpha=.85$ .

El instrumento específico D39 considera cinco dimensiones de la calidad vida de la persona con diabetes: Energía / Movilidad, Control de la diabetes, Ansiedad / preocupación, Carga social y Funcionamiento sexual exploradas con 39 ítems y utilizando una escala de tipo analógica visual de 7 puntos donde 1 equivale a “no afectó para nada”, y 7, a “afectó tremendamente”. Para cada pregunta la persona marcó con una “X” para indicar el nivel de concordancia con el ítem. El instrumento incluye dos ítems más: uno que mide la percepción que la persona diabética tiene de su CV como un todo y otro que mide la percepción que el diabético tiene sobre la severidad de su diabetes. Utiliza una escala de Likert de 7 puntos donde 1 equivale a “la calidad más alta”, y 7, a “la más baja calidad”. Se realizó la estandarización de la puntuación transformando cada puntuación de las cinco categorías a una escala de 0 a 100% donde a menor puntaje mejor calidad de vida (Yam et al, 2010). Para este estudio, la fiabilidad del instrumento D39 fue  $\alpha=.95$ .

Se elaboró una cédula de colecta de datos conformada por tres partes. La parte 1 presentó preguntas para describir a la población con las variables sociodemográficas (edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación y con quién viven); la parte 2 incluyó preguntas sobre antecedentes médicos (tiempo de diagnóstico de la enfermedad, tipo de tratamiento farmacológico); la parte 3 consideró datos somatométricos (peso, talla, IMC) y clínicos (presión arterial diastólica y sistólica, glucosa, colesterol y triglicéridos). Para establecer los puntos de corte de la presión arterial se consideró lo señalado en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención (Secretaría de Salud, 2014); para glucosa, colesterol y triglicéridos se adoptó lo establecido en la Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención (Secretaría de Salud, 2014a).

## **Procedimiento**

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y autorizado por el director de la unidad de salud.

La colecta de datos se efectuó durante el mes de agosto de 2016, invitando a las personas que acudían a consulta a participar, a quienes se les explicó el objetivo del estudio, se les hizo énfasis en la confidencialidad de la información proporcionada y se solicitó la firma del consentimiento informado. Seguidamente se midieron glucosa, colesterol y triglicéridos con punción capilar (Accutrend® Plus), medidas somatométricas (peso y talla) y signos vitales (presión arterial sistólica y diastólica).

Posteriormente se solicitó a los participantes que llenaran la cédula de datos sociodemográficos, de salud y los dos instrumentos de medición: Escala de Bienestar Espiritual (Bufford, et al., 1991, Paloutzian, 2002) e instrumento específico de calidad de vida Diabetes 39 (D39) elaborado por Boyer y Earp en 1997 (Yam, 2010). Los instrumentos son autoadministrados con tiempo estimado de llenado de 15 minutos cada uno, pero los participantes recibieron ayuda del investigador cuando se presentaron dudas.

Los datos fueron capturados en el programa SPSS versión libre 21 para Mac, donde se analizaron empleando estadística descriptiva con frecuencias, proporciones absolutas y medidas de tendencia central. Se realizó un análisis de los datos para determinar el supuesto de normalidad con la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. Al no haber distribución normal ( $p < .05$ ), se decidió aplicar la prueba no paramétrica rho de Spearman para comprobar los objetivos de estudio y se utilizó la prueba estadística  $U$  de Mann-Whitney para identificar la relación del bienestar espiritual por género.

El estudio no tuvo costo ni implicó riesgo para los participantes; se respetó la confidencialidad, el anonimato y el derecho a la retractación (Secretaría de Salud, 2014b).

## RESULTADOS

En el estudio, respecto a las características sociodemográficas de los participantes, se encontró que la mayoría fueron mujeres (71%), con rango de edad de 62 a 64 años, escolaridad promedio de 4.12 años ( $DE=3.24$ ), estado civil casado (77%), dedicados al hogar (65%) y viven con esposo (74%).

En relación con los antecedentes médicos se encontró una media de tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 11 años ( $DE=8.23$ ), 95% de los participantes contaban con tratamiento farmacológico de hipoglucemiante oral y el 54% además tenían diagnóstico de hipertensión arterial.

Los datos somatométricos encontrados muestran una media de peso de 70.34 kg ( $DE=13.03$ ) con rangos de 40 a 126 kg; la media de la talla fue de 1.56 ( $DE=0.08$ ) con rangos de 1.39 a 1.84 cm; la media de IMC fue de 28.90 ( $DE=4.91$ ) con rangos de 20.27 a 50.61, donde el 44% se encontró en la categoría de pre-obeso y el 36% en obesidad.

En relación con la presión arterial de los participantes, se encontró una media de 134.63 mmHg ( $DE=22.90$ ) en la tensión arterial sistólica (TAS), en presión arterial sistólica normal y normal alta se obtuvo un 63.3%, y un 36.7% en hipertensión grados 1-3. Para el caso de la tensión arterial diastólica (TAD), se obtuvo una media de 78.83 mmHg ( $DE=12.64$ ), con 53.3% con TAD normal y normal alta y el 36.7% con hipertensión grados 1-3.

Respecto a la glucosa, la media fue de 179.23 mg/dL ( $DE =83.91$ ); en colesterol se encontró una media de 202.59 ( $DE=47.75$ ) y en triglicéridos la media fue de 267.57 ( $DE =116.66$ ).

En cuanto a los niveles de bienestar espiritual en las personas con diabetes tipo 2, el 89.3% de los participantes presentaron bienestar espiritual alto en la escala total, así como en las dimensiones religiosa y existencial (92.7%-63.3%).

Para comparar el bienestar espiritual por género, se utilizó la prueba estadística  $U$  de Mann-Whitney, encontrándose relación en la escala total de bienestar espiritual ( $U=1807.5$ ;  $p=.028$ ) y en la dimensión de bienestar espiritual religioso ( $U=1743.5$ ;  $p=.003$ ), no así en la dimensión existencial ( $U=2092.5$ ;  $p=.313$ ) (Tabla 1).

Respecto a la calidad de vida, se encontró que la dimensión más afectada fue energía/movilidad ( $\bar{x}$ =41.98,  $Mdn$ =41,  $DE$ =4.91), seguida de control de la diabetes ( $\bar{x}$ =33.22,  $DE$ =9.83,  $Mdn$ =32) y la menos afectada fue la dimensión funcionamiento sexual ( $\bar{x}$ =6.89,  $DE$ =3.09,  $Mdn$ =7).

**Tabla 1**

*Diferencias de bienestar espiritual por género*

Bienestar espiritual (n=150)		$\bar{x}$	Mdn	DE	U	P valor
Total	Femenino	106.37	110	13.09	1807.5	.028
	Masculino	102.75	106	17.02		
Religioso	Femenino	57.81	60	7.54	1743.00	.003
	Masculino	54.95	60	10.82		
Existencial	Femenino	48.56	50	6.41	2092.00	.313
	Masculino	47.80	50	7.12		

*Nota.* n=150, X= Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación estándar, U= estadístico de prueba de U de Mann-Whitney

Finalmente, para determinar la relación del bienestar espiritual y la calidad de vida se utilizó la prueba estadística no paramétrica rho de Spearman. Los resultados mostraron que existe relación entre el bienestar espiritual religioso y la dimensión de calidad de vida control de la diabetes ( $r_s$ =.165;  $p$ <.05) y entre el bienestar espiritual existencial y la dimensión de calidad de vida funcionamiento sexual ( $r_s$  =.168;  $p$ <.05).

## DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue evaluar la relación del bienestar espiritual y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2 de una Unidad de Medicina Familiar.

En relación al nivel de bienestar espiritual la mayoría de los participantes presentaron bienestar espiritual alto en la escala total y en las dimensiones religiosa y existencial, lo que coincide con los resultados de Zavala et al., (2006) obtenidos en población con diabetes y con los encontrados por Jasso et al., (2014) en personas con cardiopatía, lo que apoya la evidencia de que las personas con condiciones crónicas acuden a la espiritualidad como apoyo, debido a que les proporciona fortaleza para vivir con las complicaciones de una enfermedad como la diabetes.

Al identificar el bienestar espiritual por género se encontró diferencia significativa en la escala total en la dimensión religiosa, coincidiendo con Jasso, et al., (2014), quienes reportaron que la espiritualidad en el componente religioso fue mayor en las mujeres, datos que confirman que se incrementa el sentido de vida de las personas al ser diagnosticadas con una enfermedad crónica y se ha demostrado la existencia de un vínculo entre el bienestar espiritual y la mejoría en la salud (Holt-Lunstad et al, 2011).

Respecto a la calidad de vida, el instrumento D39 permite identificar la afectación provocada por la enfermedad en varias dimensiones de la persona, y en este estudio la dimensión más afectada fue energía/movilidad seguida de control de la diabetes, semejante a lo informado por Chaverri y Fallas (2015), pero difiere con lo reportado por Bautista y Zambrano (2015), quienes encontraron mayor afectación en la dimensión impacto en el tratamiento, mientras que otros estudios han encontrado que la calidad de vida es peor en los pacientes con descontrol metabólico (Molina et al, 2013).

Por otra parte, se encontró relación entre el bienestar espiritual religioso y la dimensión de calidad de vida control de la diabetes y entre el bienestar espiritual existencial y la dimensión de calidad de vida funcionamiento sexual, corroborado por Luengo y Mendonça (2014), quienes afirman que la espiritualidad en las mujeres con diabetes está vinculada a aspectos religiosos que les lleva a aferrarse a ser capaces de vivir con la enfermedad y de esa manera mejorar su calidad de vida en diferentes aspectos, especialmente la práctica religiosa.

Es así como los resultados respecto a bienestar espiritual muestran que las personas con diabetes se encuentran con bienestar en las dimensiones religiosa y existencial, que implica que la persona mantiene un propósito en la vida a pesar de su enfermedad, lo que le permite mantener fe en sí misma y en un Ser Superior que da sentido de un estado general de salud espiritual (Paloutzian, 2002; Paloutzian, et al., 2005).

De igual manera, existe afectación en la calidad de vida de la persona en la dimensión energía/movilidad debido a complicaciones de la enfermedad como pie diabético, amputación o dolor crónico por la neuropatía (Polonsky, 2000) que afectan la vida de la persona en sus actividades personales, sociales y laborales.

Con respecto al bienestar espiritual y la calidad de vida, se encontró relación en la dimensión religiosa y control de la diabetes, que puede ser explicada por la potencialización del espacio institucional de lo sagrado/divino de la religión dado por un Ser Superior (Rivera, et al., 2005) que le permite a la persona no sólo compartir la aceptación de la enfermedad sino trascender en su relación con el Dios a quien se entrega totalmente (Paloutzian, 2002; Paloutzian, et al., 2005). En efecto, compartir la carga del padecimiento con un Ser Superior posibilita a la persona encontrar sentido a la vida a pesar de la enfermedad, lo que le permite sobrellevar limitaciones cuando se refuerza su relación con un Ser Superior mediante prácticas religiosas y, con ellos, mejorar su calidad de vida.

## **CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES**

Este estudio encontró una relación del bienestar espiritual alto con la calidad de vida en la población estudiada, por lo que se recomienda implementar planes de cuidado de enfermería que incorporen la dimensión espiritual de estas personas que incrementen la calidad de vida en el control de la diabetes y el funcionamiento sexual.

Las principales limitaciones del estudio están dadas por la utilización del diseño no experimental y la muestra no probabilística, por lo que será importante desarrollar estudios longitudinales con intervenciones específicas de enfermería que mejoren el bienestar espiritual y la calidad de vida de las personas que viven con diabetes tipo 2 y a largo plazo mejorar su control metabólico y disminuir las complicaciones micro y macrovasculares.

## REFERENCIAS

- Bartlett, S.J, Piedmont, R., Bilderback, A., Matsumoto, A.K., Bathon, J.M. (2003). Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 49(6), 778-783. [10.1002/art.11456](https://doi.org/10.1002/art.11456)
- Bautista, L.M., y Zambrano, G. (2015). La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo2. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1), 131-148. <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145233516009.pdf>
- Bufford, R., Paloutzian, R., Ellison, C. (1991). Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), 56-70. <https://doi.org/10.1177/009164719101900106>
- Chaverri, J. y Fallas, J. (2015). Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 72(614), 217-224. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151zn.pdf>
- Chaves, C.L., Carvalho, E.C., Terra, F.S., Souza, L. (2010). Validación clínica de espiritualidad perjudicada en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(3), 309-16. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300003>
- Ellison, C.W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology*, 11(4), 330-340. <https://doi.org/10.1177/009164718301100406>
- Federación Internacional de Diabetes FID. (2019). *Atlas de la Diabetes de la FID*. [https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133352\\_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf](https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf)

- Gómez, I.P. y Durán, M.M. (2012). Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad: adultos diabéticos tipo 2. *Av. Enferm*, 30(3), 18 – 28. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/73256/39681-182627-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Grove, S.K. y Gray, J.R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.
- Holt-Lunstad, J., Steffen, P.R., Sandberg, J. y Jensen, B. (2011). Understanding the connection between spiritual well-being and physical health: an examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose. *J. Behav Med*, 34, 477-488. <http://doi.10.1007/s10865-011-9343-7>.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 Resultados Nacionales*. [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf)
- Jasso, M.E., Pozos, M.G., Olvera, S.S. y Cadena, J.C. (2014). Análisis del bienestar espiritual de los pacientes cardiopatas hospitalizados en una institución de salud. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 22(3), 98-105. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=59602>
- Luengo, C.M. y Mendonça, A. (2014). Espiritualidad y calidad de vida pacientes con diabetes. *Rev.bioét*, 22(2), 382-389. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014222020>
- Molina, A., Acevedo, O., Yáñez, M.E., Dávila, R., Gonzalez, A. (2013). Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre apcientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. *Revista de Especialidades médico-Quirúrgicas*, 18(1), 13-18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2013/rmq131c.pdf>
- Meleis, AI. (2007). *Theoretical nursing. Development and progress*. Lippincott Williams and Wilkins.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Diabetes. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

- Paloutzian, R. (2002). The SWB Scale in nursing research. *Journal of Christian nursing*, 19(3),16-19. [10.1097/01.CNJ.0000262120.17973.eb](https://doi.org/10.1097/01.CNJ.0000262120.17973.eb)
- Paloutzian, R.F. y Park, C.L. (2005). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. The Guilford Press.
- Pérez-García, E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(2), 41 – 45. <http://dx.doi.org/1022235/ech.v5i2.1286>
- Polonsky, W.H. (2000). Understanding and assessing diabetes-specific quality of life. *Diabetes Spectrum*, 13(1), 36-41. [https://www.researchgate.net/publication/284594607\\_Understanding\\_and\\_Assessing\\_Diabetes-Specific\\_Quality\\_of\\_Life](https://www.researchgate.net/publication/284594607_Understanding_and_Assessing_Diabetes-Specific_Quality_of_Life)
- Rivera, A. y Montero. M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*, 28(6), 51-58. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58262807.pdf>
- Salazar, J.G, Gutiérrez, A.M., Aranda, C., González, R., Pando ,M. (2012). La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). *Salud Uninorte*, 28(2), 264-275. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81724957009.pdf>
- Secretaría de Salud de Michoacán. (2019). *Diagnóstico de Salud 2019*.
- Secretaría de Salud. (2014). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención*. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP\\_HipertArterial1NA/HIPERTENSION\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP_HipertArterial1NA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf)
- Secretaría de Salud. (2014a). *Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención*. Guía de referencia práctica. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718\\_GPC\\_Tratamiento\\_de\\_diabetes\\_mellitus\\_tipo\\_2\\_/718GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GPC_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GRR.pdf)
- Secretaría de Salud. (2014b). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*, 138, 358-365. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>

- Urzúa, A., Chirino, A., Valladares, G. (2011). Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Chile*, 139(3), 313-320.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000300005>
- Yam, A.V., Candila, J., y Gómez, P.I.S. (2010). Calidad de vida: adaptación de un instrumento para diabéticos. *Desarrollo Cientif Enferm*, 18(2), 75-80.
- Zavala MR, Vázquez O, Whetsell MV. (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichán*, 6(1), 8-21.  
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/76>



## Intervención de enfermería para el control metabólico en personas con Diabetes tipo 2: resultados preliminares

Nursing intervention for metabolic control in people with type 2 Diabetes: preliminary results

José Luis Mendoza García<sup>1</sup>, Alicia Álvarez-Aguirre<sup>2</sup>, Beatriz García Solano<sup>3</sup>, José Manuel Herrera Paredes<sup>4</sup>, Carlos Alberto Núñez Colín<sup>5</sup>

Universidad de Guanajuato, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>6</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción:** Durante la última década, la Diabetes Tipo 2 (DT2), ha representado un problema a nivel mundial con un alto índice de morbilidad y mortalidad en personas adultas en edades entre los 20 y 70 años. **Objetivo:** analizar si la intervención de enfermería “Yo decido” favorece el control metabólico en personas adultas con Diabetes Tipo 2. **Método:** La presente investigación es de tipo cuasi-experimental, la muestra estuvo compuesta por 51 participantes que se seleccionaron por conveniencia y de manera aleatoria se asignaron al grupo de intervención (28) y al grupo control (23) previa firma del consentimiento informado. Se utilizó una cédula de factores personales y se realizaron mediciones clínicas y bioquímicas. El programa de intervención se organizó en 5 sesiones educativas. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** mostraron que la hemoglobina glucosilada tuvo disminución significativa después de la intervención de enfermería ( $Z=-2.48$ ,  $p=.013$ ). **Conclusiones:** la intervención de enfermería mostró eficacia para la disminución de la hemoglobina glucosilada.

*Palabras clave:* intervención, enfermería, diabetes tipo 2, educación en salud.

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a Doctorante Ciencias de Enfermería, Profesor investigador en la Universidad de la Salud del Estado de Puebla, [jl.mendozagarcia@ugto.mx](mailto:jl.mendozagarcia@ugto.mx)

<sup>2</sup> Profesora, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Departamento de Enfermería Clínica, [alicia.alvarez@ugto.mx](mailto:alicia.alvarez@ugto.mx)

<sup>3</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, [beatriz.garcia@correo.buap.mx](mailto:beatriz.garcia@correo.buap.mx)

<sup>4</sup> Doctor. Profesor Investigador, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Departamento de Enfermería y Obstetricia, [mherrer@ugto.mx](mailto:mherrer@ugto.mx)

<sup>5</sup> Doctor. Profesor Investigador, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Departamento de Ingenierías, [carlos.nunez@ugto.mx](mailto:carlos.nunez@ugto.mx)

<sup>6</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](http://norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

**Introduction:** During the last decade, Type 2 Diabetes (T2D) has represented a worldwide problem with a high rate of morbidity and mortality in adults between the ages of 20 and 70 years. **Objective:** to analyze if the nursing intervention "I decide" favors metabolic control in adults with Type 2 Diabetes. **Method:** This research is quasi-experimental, the sample consisted of 51 participants who were selected for convenience and they were randomly assigned to the intervention group (28) and the control group (23) after signing the informed consent. A personal factors card was used and clinical and biochemical measurements were made. The intervention program was organized in 5 educational sessions. Descriptive and inferential statistics were used. **Results:** showed that glycated hemoglobin had a significant decrease after the nursing intervention ( $Z = -2.48$ ,  $p = .013$ ). **Conclusions:** the nursing intervention was effective in reducing glycated hemoglobin.

*Keywords:* intervention, nursing, type 2 diabetes, health education

Durante la última década, la Diabetes Tipo 2 (DT2), ha representado un problema a nivel mundial con un alto índice de morbilidad y mortalidad en personas adultas en edades entre los 20 y 70 años, además de ser una enfermedad crónica que produce complicaciones a corto, mediano y largo plazo en las personas que la padecen. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) reportó en ese año que la prevalencia mundial de la diabetes era de 8.5% entre adultos mayores a 18 años.

La Federación Internacional de la Diabetes (FDI, 2019), informó que existen 463 millones de personas que la padecen, aproximadamente 4.2 millones de personas fallecieron en el 2019 por este padecimiento de edades entre 20 y 79 años, de los cuales, 2.3 millones corresponden a mujeres y 1.9 millones a hombres; además, México ocupa el sexto lugar mundial con 12.8 millones de adultos con diabetes y la tendencia es que se incremente el número de personas que la padecen, estimando que para el año 2045 habrá en el mundo 700 millones de adultos con la enfermedad, lo que representa un grave problema de salud a nivel mundial.

El estado de salud de la persona con DT2 puede medirse a través del control metabólico, considerado el estándar clínico que indica cómo se comportan los niveles de hemoglobina glucosilada, presión arterial, glucosa, colesterol y triglicéridos en la persona, además de ayudar a identificar si la persona realiza actividades para el control de la glucosa en sangre (apego al tratamiento prescrito) y, al establecer los parámetros clínicos como medida inicial, se puede determinar la intervención específica de enfermería a implementar. Para mejorar este control, las intervenciones educativas han demostrado efecto significativo. Por esa razón, para enfermería, la importancia radica en realizar intervenciones que contribuyan a disminuir las complicaciones en la persona con DT2 y mejorar su condición de salud.

Asimismo, la evidencia empírica muestra que las personas con DT2 no llevan a cabo un control metabólico adecuado por factores relacionados como información inadecuada sobre su enfermedad, toma de decisiones en salud (Mosqueda Díaz, et al., 2014; Ampudia, 2017); opciones de tratamiento, consecuencias del tratamiento elegido, sobrepeso, obesidad, ansiedad, estrés y depresión (Tárraga Marcos, et al., 2014; Prado Solar, et al., 2014); falta de adherencia al tratamiento (Guzmán Priego, et al., 2017); incertidumbre en la enfermedad y motivación para el tratamiento (Gómez, 2016; Álvez Apóstolo, et al., 2007); y, conflicto decisional (Mosqueda Díaz, et al., 2014; Ampudia, 2017).

De los factores antes mencionados, la toma de decisiones se considerada de gran importancia por la repercusión que tiene sobre el cuidado de la salud y el control metabólico (Mosqueda Díaz, et al., 2014; Ampudia, 2017). La toma de decisiones en salud considera las características de la persona, del contexto y de la situación de salud, lo que potencialmente dificulta el proceso de tomar una decisión. El Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa (MTDSO) (Ottawa Hospital Research Institute, 2017) es una herramienta para que los profesionales de enfermería realicen intervenciones específicas dirigidas a personas que enfrentan un problema para la toma de decisiones, donde las personas asumen un rol o papel activo para las decisiones de su salud (Mosqueda Díaz, et al., 2014).

La revisión de literatura da cuenta que al proveer a la persona con DT2 información acerca de la situación de salud, opciones de tratamiento, cuidado y resultados, además de conocer las expectativas de resultado de la persona, dar apoyo para adquirir la habilidad en la toma de decisiones en salud que considere las características de las personas, favorece la participación de la persona en su control metabólico.

El objetivo de este trabajo es analizar el efecto de la intervención de enfermería “Yo decido” basada en la toma de decisiones para el control metabólico en personas adultas con Diabetes Tipo 2.

## MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental con dos grupos y dos mediciones (Grove, et al., 2013).

**Tabla 1**  
*Diseño cuasi experimental dos grupos, dos mediciones*

Grupo/Tiempo	Tiempo		
	Semana 0	Semana 1-12	Semana 16
Intervención	O1	X	O2
Comparación	O1	Y	O2

Nota: X=Tratamiento grupo intervención; O=Observaciones; Y=tratamiento grupo de comparación

## Participantes

Los participantes fueron personas adultas con DT2 que acudieron a consulta externa en el Hospital General de Zacatelco, Tlaxcala, México, que aceptaron participar y otorgaron su firma en el consentimiento informado, además que manifestaron conatr con tiempo para asisitir a las sesiones de la intervención. El tamaño de muestra se estimó para una prueba de diferencia de medias, con nivel de significancia de 0.05, un poder de 80% y un tamaño de efecto 0.80. El resultado mostró 25 participantes mínimo a tratar (n = 50). La muestra se seleccionó por conveniencia y después los sujetos se asignaron aleatoriamente al grupo intervención y al grupo comparación.

## **Instrumentos y materiales**

Se utilizó una cédula de factores personales para la persona adulta con DT2 (CFPPADT2), en la cual se concentran características como el sexo, edad, estado civil, ocupación, estrato socioeconómico, religión, dieta, actividad física, consumo de alcohol y tabaco, así como de características clínicas (peso, talla, índice de masa corporal). También, una cédula para registrar las pruebas bioquímicas (PCBPADT) como la glucemia basal, lípidos, hemoglobina glucosilada y colesterol total.

Se aplicó la Escala de Conflicto Decisional (Ottawa Hospital Research Institute, 2017), que consiste en una escala Likert conformada por 16 reactivos, distribuidas en 5 sub escalas: 1) Incertidumbre respecto a qué curso de acción tomar. 2) Conocimiento respecto a las opciones. 3) Valores que las personas asignan a las opciones. 4) Participación de otros en el proceso de toma de decisión. 5) Decisión efectiva y satisfactoria para el sujeto que ya ha tomado la decisión. Las respuestas son organizadas en una escala del 1 a 5, considerando que las posibles respuestas oscilan entre fuertemente de acuerdo y fuertemente en desacuerdo. El resultado va desde conflicto decisional bajo a alto, 16=sin conflicto decisional, 100= conflicto decisional extremo. Se reporta una alfa aceptable para este estudio pre y post ( $\alpha=.729$ ,  $\alpha=.813$ ).

## **Procedimiento**

Para realizar la investigación, se contó con la aprobación de los Comités de Bioética y de Investigación de la Universidad de Guanajuato campus Celaya Salvatierra y de la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala, así como de la autorización del Hospital Comunitario de Zacatelco (Ley General de Salud, 1987). Se invitó a participar a los pacientes que acuden a consulta externa, se les explicó los objetivos del estudio y los procedimientos; al aceptar, firmaron el consentimiento informado, se les aplicó la CFPPADT2 y la Escala de Conflicto Decisional, con un tiempo de llenado de 25 a 30 minutos, una vez concluido se le preguntó al participante si nos permitía revisar su instrumento para evitar que faltara algún ítem por contestar.

Para la prueba bioquímica, que fue realizada en el laboratorio del hospital, se le asignó cita al participante, llenó un consentimiento informado y se le acompañó hasta el ingreso al área asignada para la toma de muestra sanguínea.

El programa de intervención de enfermería se organizó en 5 sesiones semanales, con una duración de 1 hora y fueron: “Conociendo mi DT2”, “Mis conocimientos sobre el manejo y tratamiento de la DT2”, “Mi dieta y nutrición”, “Mis apoyos y recursos” y “Mi toma de decisiones”. Todas incluyeron actividades específicas para cada sesión, así como objetivos, tiempo requerido, materiales, estrategias a desarrollar de cada una de las actividades de las 5 sesiones. A cada participante se entregó una maleta con el material que se utilizaría en las sesiones y la carpeta del participante que contenía las actividades a desarrollar a lo largo de las sesiones.

## RESULTADOS

A continuación, se reportan los resultados respecto a la caracterización de la población. En la **Tabla 2** se puede observar que existe diferencia significativa para la variable edad, (GI:  $t=34.09$ ,  $p=.000$  vs GC:  $t=20.60$ ,  $p=.000$ ), por lo que se asume que los grupos analizados en la pre prueba provienen de una muestra aleatoria, pero no se distribuyen de manera homogénea. Se observa que la edad media para ambos grupos fue de 52 años (GI= 52.1 vs GC 52.8).

**Tabla 2**

*Características biológicas de los participantes (variable numérica).*

Edad	GI		GC		t	p
	Min	Max	Media	DE		
GI	39	69	52.1	8.1	34.09	.000
GC	21	72	52.8	12.3	20.60	.000

Fuente: FAPPADT2. Min= valor mínimo, Max= valor máximo, DE= desviación estándar, t= estadístico de prueba, p=significancia estadística.

Con relación a las características sociodemográficas, es importante mencionar que se trataron como variables categóricas. En la Tabla 3 se muestra que existen diferencias mas no son estadísticamente significativas entre el GI vs GC, en cuanto a estas características el grupo se considera homogéneo.

**Tabla 3***Características sociodemográficas de los participantes (variables categóricas)*

	GI		GC		X <sup>2</sup>	p
	f	%	f	%		
<b>Sexo</b>						
Mujeres	19	67.9	17	73.9	3.63	.056
Hombres	9	32.1	6	26.1		
<b>Escolaridad</b>						
Sin escolaridad	2	7.1	2	8.7		
Básica	19	67.9	14	60.9	11.07	.271
Medio superior	6	21.4	4	17.4		
Superior	1	3.6	3	13		
<b>Estado civil</b>						
Soltero	3	10.7	3	13		
Casado	20	71.4	14	60.9	2.68	.613
Otro	5	17.9	6	26.1		
<b>Ocupación</b>						
Empleado	25	89.2	3	60.8	1.70	.790
No trabaja	3	10.7	9	39.1		
<b>Estrato socioeconómico</b>						
Muy bajo	4	14.3	1	4.3		
Bajo	13	46.4	8	34.8	5.07	.280
Medio	11	39.3	14	60.9		
<b>Religión</b>						
Católico	26	92.9	21	91.3		
Cristiano	1	3.6	1	4.3	NA	NS
Otro	1	3.6	1	4.3		
<b>Actividad física diaria</b>						
Menor a 30 minutos	16	57.1	16	69.6		
De 30 a 60 minutos	7	25	6	26.1	1.22	.874
Más de 30 minutos	5	17.9	1	4.3		
<b>Consumo de Alcohol</b>						
2 a 3 veces por semana	0	0	1	4.3		
1 vez por semana	1	3.6	1	4.3		
1 vez al mes	3	10.7	3	13	1.70	.945
No consume	24	85.7	18	78.3		
<b>Consumo de tabaco</b>						
2 a 3 veces por semana	0	0	1	4.3		
1 vez al mes	2	7.1	3	13		
No consume	25	89.3	19	82.6	2.82	.588
Total	28	100	23	100		

Fuente: FAPPADT2. X<sup>2</sup>= estadístico de prueba, p=significancia estadística, NA= no aplica NS= No significativo

Para la variable sexo la mayoría fueron mujeres (GI= 67.9 vs GC=73.9%); la escolaridad básica predomina en ambos grupos (GI= 67.9% vs GC=60.9%); respecto al estado civil, impera el generalmente casados (GI= 71.4% vs GC= 60.9%) y en cuanto a la ocupación mayoritariamente son empleados (GI=89.1% vs 60.8%). Con relación al estrato socioeconómico predomina el nivel bajo en el (GI=46.4% vs GC=34.8), mientras que para el GC predomina el nivel medio (GC=60.9% vs GI: 39.3%).

En cuanto a la religión, la mayoría son católicos (GI=92.9% vs GC= 91.3%); para la actividad física, la mayoría de los participantes realiza menos de 30 minutos de actividad al día (GI=57.1% vs GC= 69.6%); conforme al consumo de alcohol, una gran parte no lo consumen (GI=85.7 vs GC=78.3%) y, en el consumo de tabaco, la mayoría no lo consume (GI=89.3% vs GC=82.6%).

En seguida, se reportan los resultados respecto a las pruebas clínicas y bioquímicas. En la Tabla 4 se puede observar que hay diferencias significativas en dichas variables, lo que demuestra que las variables estudiadas si eran diferentes, por ende, muestran un comportamiento heterogéneo.

**Tabla 4**  
*Variables clínicas y bioquímicas.*

<b>Peso</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
GI	28	53	80	68.5	7.41	48.87	.000
GC	23	54.7	78	67.33	7.16	45.07	.000
<b>IMC</b>							
GI	28	21.8	36.7	29.43	3.82	40.76	.000
GC	23	23.7	33.3	28.37	2.52	53.89	.000
<b>HbA1C</b>							
GI	28	6.5	20.3	10.6	2.72	19.64	.000
GC	23	6.5	21.8	10.69	3.22	15.92	.000
<b>Colesterol</b>							
GI	28	112	296	191.79	43.30	23.69	.000
GC	23	96	282	191.48	42.68	21.56	.000
<b>Trigilcéridos</b>							
GI	28	82	2171	284	395.75	3.89	.000
GC	23	71	937	327.78	280.57	5.60	.000
<b>Glucosa</b>							
GI	28	91	550	192.79	101.59	10.35	.000
GC	23	69	376	195	82.36	11.35	.000

Fuente: pruebas clínicas y bioquímicas de la persona adulta con DT2 (PCBPADT2). Min= valor mínimo, Max= valor máximo, DE= desviación estándar, t= estadístico de prueba, p=significancia estadística.

Respecto a las medidas clínicas de peso e IMC, la Tabla 4 reporta la media del peso (GI= 68.5 vs GC= 67.33) y el IMC (GI=29.43 vs GC= 28.37). También se observa obesidad en ambos grupos. En cuanto a las pruebas bioquímicas, la media de HbA1C fue (GI=10.6 vs GC=10.69); de colesterol (GI=191.79 vs GC=191.48); de triglicéridos (GI= 284 vs GC=327.7) y glucosa (GI=192.79 vs GC=195).

Posteriormente, se muestran los resultados de la prueba estadística de Wilcoxon para la HbA1C, colesterol, triglicéridos y glucosa.

**Tabla 5**  
*Análisis comparativo de pruebas bioquímicas de la pre y post prueba.*

HbA1C	Pre				Post				Z	p
	N	$\bar{X}$	DE	S-W	N	$\bar{X}$	DE	S-W		
GI	28	10.32	2.70	.000	28	8.93	2.355	.008	-2.48	.013
GC	23	10.69	3.22	.001	23	9.23	2.22	.694	-1.70	.088
<b>Colesterol</b>										
GI	28	193.46	43.21	.427	28	194.25	36.53	.006	-.148	.882
GC	23	191.48	42.68	.448	23	181.04	42.28	.961	-1.16	.248
<b>Triglicéridos</b>										
GI	28	304.71	414.32	.000	28	270.86	224.84	.000	-.660	.509
GC	23	327.78	280.57	.000	23	253.43	164.39	.002	-1.43	.153
<b>Glucosa</b>										
GI	28	199.64	104.24	.001	28	156.71	73.51	.006	-1.75	.080
GC	23	195.00	82.36	.375	23	170.43	60.93	.040	-1.03	.301

Fuente: PCBPADT2,  $\bar{X}$ = media, DE= desviación estándar, Z= estadístico de prueba, p=significancia estadística.

En la Tabla 5 se presenta el resultado comparativo para el GI y el GC después de la intervención de enfermería “Yo decido”, se observa que sólo se tuvo efecto sobre la HbA1C (Z=-2.48, p=.013 vs Z=-1.70, p=.088), es decir, muestra una significancia estadística para la HbA1C del GI, no así para el GC. No se observa significancia estadística sobre el colesterol (Z=-.148, p=.882 vs Z=-1.16, p=.248), triglicéridos (Z=-.660, p=.509 vs Z=-1.43, p=.153), y glucosa (Z=-1.75, p=.080 vs Z=-1.03, p=.301).

Los resultados obtenidos muestran reducción en las medias para los triglicéridos y la glucosa GI ( $M = 304.71$  vs ( $M = 270.86$ , ( $M = 199.64$  vs ( $M = 156.71$ ) se puede asumir, que la intervención puede tener mejores resultados a largo plazo, en 9 u 12 meses, y verificar los cambios en el comportamiento de las variables.

De la misma manera se puede asumir que el comportamiento de las variables, puede deberse a la relación que existe entre ellas directamente con el tiempo para logra un cambio en la alimentación y realizar actividad física, ya que se observa sobrepeso en los participantes GI: ( $M = 29.43$  vs GC: ( $M = 28.37$ ), por lo que el peso debe tener un tratamiento especial para disminuirlo. La edad promedio en ambos grupos (GI= 52.1 vs GC 52.8) y el tiempo de padecer el problema de salud puede estar influyendo, y es otro factor importante para el control de los parámetros metabólicos, ya que a esta edad existen cambios fisiológicos a nivel del sistema nervioso, cardiovascular, renal, oftálmico, así como el apego al tratamiento farmacológico. De igual manera el estrato socioeconómico bajo (GI=46.4%), la escolaridad básica que predomina en ambos grupos (GI= 67.9% vs GC=60.9%), y realizar actividad física menor a 30 minutos diarios (GI=57.1% vs GC= 69.6%) pueden estar influyendo.

## DISCUSIÓN

A continuación, se realiza la discusión de los resultados encontrados en la investigación y se presenta el contraste con las investigaciones realizadas en diferentes escenarios y que han manejado las variables similares a las de este estudio.

El presente estudio tuvo el propósito de analizar el efecto de la intervención de enfermería “Yo decido” para el control metabólico de las personas adultas con DT2, teniendo como eje principal la toma de decisiones, en específico los constructos del Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa (MTDSO) (Ottawa Hospital Research Institute, 2017) y de las recomendaciones de la ADA (2019) y la FID (2019); para ello, se evaluaron las diferencias de los valores bioquímicos de la HbA1C, colesterol, triglicéridos y glucosa que son los componentes del control metabólico obtenidos pre y post intervención entre el grupo intervención y el grupo control.

Con lo que respecta a los resultados presentados, coincide con lo realizado por Mosqueda (2016), Chabrera (2014) y Brown, et al. (2016) en cuanto a la muestra y asignación aleatoria de los grupos de intervención y comparación y tanto para la toma de decisiones en problemas de salud y para probar la intervención de enfermería con fundamento en el MTDSO (Ottawa Hospital Research Institute, 2017).

Con base en los resultados obtenidos, cabe señalar respecto a los datos socio demográficos de los adultos con DT2, que el rango de edades más representativo fue el de 51 a 60 años con media (GI= 52.1 vs GC 52.8). Tanto en el grupo intervención como en el grupo control, seguido por el de 41 a 50 años en el GI y de 61 a 70 años en el GC, datos que corresponden a lo reportado por la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2019) y resultados que también coinciden con los reportados por Guzmán Priego, et al. (2017), Azañedo, et al. (2017); Bächler, et al. (2017); Ruiz (2017), González Pedraza, et al. (2015); Urbán Reyes, et al. (2015), Mejía , et al. (2018) y, Vargas y Toledo (2018) en donde los pacientes pertenecen al mismo rango de edad. Asimismo, se observa que es en este grupo de edad donde se presenta la mayor prevalencia de DT2.

Igualmente se observó un predominio de mujeres en ambos grupos (GI=67.9% vs GC=73.9%) tal como la prevalencia reportada por la Federación Mexicana de Diabetes (2018); Guzmán Priego, et al. (2017); Azañedo, et al. (2017), Bächler, et al. (2017); Ruiz (2017), González Pedraza, et al. (2015); Urbán Reyes, et al. (2015), Mejía, et al. (2018) y, Vargas y Toledo (2018). Además, esta condición podría deberse al factor explicado desde una perspectiva de género, ya que la mujer acude a su control de la DT2 y tiene mejor compromiso con su salud al participar en actividades que le ayuden a conocer y mejorar su estado de salud; de la misma manera, se presenta mayoría en dicho municipio respecto al acceso a los servicios de salud, por parte de las mujeres, reportado también por el egreso hospitalario según sexo (Secretaría de Salud, 2014).

La mayor parte de los adultos de ambos grupos tienen escolaridad básica (n=33), dato que concuerda con lo reportado por el Anuario Estadístico y Geográfico de Tlaxcala 2017 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2017).

Además, dentro del GI se reportó que el estrato socioeconómico predominante es el nivel bajo (GI=46.4%). Resultados similares reportan Guzmán Priego, et al. (2017); Azañedo, et al. (2017); Bächler, et al. (2017); Ruiz (2017), González Pedraza, et al. (2015). Éstas son características importantes a considerar, ya que tanto el nivel educativo y el nivel socioeconómico son factores socioculturales que influyen en el desarrollo de la enfermedad (Steele, et al., 2017; Macalalad Josué, et al., 2019).

En cuanto a la ocupación, la que presentó una mayor prevalencia fue la del sector independiente/empleado (GI=89.1% vs 60.8%), siendo el comercio la actividad más desarrollada, dato que se corrobora por el porcentaje de división ocupacional del municipio de Xicohtzinco (33.60%) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2017).

Respecto al comportamiento de la HbA1C se observó que existió cambio en ambos grupos y que fueron de un punto respecto al inicio de la intervención (GI=10.32% vs GC=10.69%) y post intervención (GI=8.93%,  $p=.013$  vs GC=9.23%,  $p=.088$ ). Se aprecia que en ambos grupos disminuyó, pero se observa que el GI presenta significancia estadística: en el GI con la intervención Yo decido y en el GC con la intervención habitual de su hospital, tal y como lo reportan Guzmán et al. (2017), Bächler et al. (2017), Ruiz (2017), González et al. (2015); Urbán Reyes, et al. (2015) y Mejía, et al. (2018) después de la intervención educativa.

Lo que demuestra que la intervención Yo decido tuvo efecto para la reducción de la HbA1C ( $p=.013$ ), a través de las actividades realizadas por los participantes, es similar a lo reportado por Guzmán Priego, et al. (2017); Bächler, et al. (2017), Ruiz (2017), González Pedraza, et al. (2015); Urbán Reyes, et al. (2015) y Mejía, et al. (2018). La orientación sobre la DT2 recibida en la institución de salud disminuyó los niveles ( $p=.088$ ), pero sin una significancia estadística, por lo que se puede inferir que el contenido de la sesión estándar motivó el cambio, ya que los participantes del GC hacen referencia que no se les había dado ninguna sesión sobre DT2 durante su manejo hospitalario y que es la primera vez que se les daba una capacitación sobre su problema de salud.

En cuanto a las medias del colesterol con y sin intervención, se puede observar que el GC mostró una disminución en la media (pre=191.48 vs post=181.04), mientras que el GI mostró un aumento en la media (pre=193.46 vs post=194.25). Ambas no mostraron una significancia estadística (GI  $p=.882$  vs GC  $p=.248$ ). De la misma manera, se presenta un aumento en los valores máximos del colesterol en el GI y disminución del valor máximo en el GC. También se observa aumento en los valores mínimos del colesterol en ambos grupos, lo cual coincide con lo reportado por Guzmán Priego, et al. (2017), Azañedo, et al. (2017), Solange y García (2015) y Bächler, et al. (2017), donde los participantes presentaban niveles de colesterol en parámetros superiores a lo normal.

Respecto a los triglicéridos, presentaron aumento en el GI después de la intervención (pre=304.71, post=270.86,  $p=.509$ ), respecto al GC (pre=327.78, post=253.43,  $p=.153$ ). También se muestra disminución en los valores máximos de triglicéridos en ambos grupos GI y GC (pre=2171, post= 963 vs pre=937, post=646), lo que coincide con lo reportado por Solange y García (2015). El comportamiento de la glucosa en adultos muestra una disminución significativa en el GI durante la intervención. Los valores máximos disminuyeron tanto en el GI (pre=199.64 vs post=156.71,  $p=.080$ ), como en el GC (pre=195.00 vs post=170.43,  $p=.301$ ), en contraste con lo reportado en los estudios de Azañedo, et al. (2017), Ruiz (2017), Solange y García (2015) y González Pedraza, et al. (2015).

Se puede observar también, que las intervenciones presentadas para el manejo del control metabólico en personas adultas con DT2, tienen similares características, la cuales, en primer lugar, se tratan de intervenciones educativas que abordan temas sobre el manejo y control de la DT2, conocimientos de la enfermedad, la medicación oral e inyectable y, nutrición y alimentación. En segundo lugar, las intervenciones tratan de disminuir los factores que se relacionan con la DT2 como los psicológicos, conocimientos y adherencia al tratamiento. En tercer lugar, la intervención propuesta basada en la toma de decisiones para el control metabólico de la persona con DT2 debe de replicarse como una estrategia para el cuidado, la cual puede hacerse extensiva para otras enfermedades crónicas y sea validada por el grupo multidisciplinario.

Respecto a la intervención basada en la toma de decisiones, lo que reportan Mosqueda (2016), Chabrera (2014) y Brown, et al. (2015) encontraron dentro de sus resultados en la intervención de enfermería diseñada en el marco del MTDSO, que tuvo un efecto en el grupo intervención contra la recibida en el centro de atención por el grupo control, donde no hubo diferencias observables entre los grupos. De acuerdo a lo anterior, se debe resaltar la importancia que tiene el profesional de enfermería como educador en enfermedades crónicas, particularmente la DT2.

En nuestro país y sobre todo en el Estado de Tlaxcala, el contexto de salud y prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes (primer causa de mortalidad), hace necesaria la intervención por parte de enfermería para buscar herramientas que ayuden conjuntamente con el paciente a tomar mejores decisiones respecto a su salud, es por esto que a través de los constructos del Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa de Annette O'Connor (Ottawa Hospital Research Institute, 2017) se puede apoyar a las personas que la padecen para controlarla.

Hasta hoy, no se han encontrado estudios que utilicen el MTDSO (Ottawa Hospital Research Institute, 2017) en la práctica de enfermería en México, por lo que el presente es un estudio piloto que debe replicarse para probar su utilidad, así como lo muestran otros estudios realizados en otros países. Así, esta investigación representa una gran área de oportunidad para la enfermería en diferentes problemas de salud y escenarios clínicos.

## **CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES**

La presente investigación “Efecto de una intervención de enfermería basada en la toma de decisiones para el control metabólico en personas adultas con Diabetes tipo 2”, se realizó en un grupo de 51 personas adultas diagnosticadas con DT2, de las cuales el rango de edad fue de 20 a 70 años, siendo en su mayoría del sexo femenino. De las principales limitaciones para la aplicación de la intervención de enfermería Yo decido basada en la toma de decisiones para el control metabólico de la persona adulta con DT2, se encontró:

- *Dificultades en el espacio:* no se cuenta en el hospital comunitario de Zacatelco con un lugar designado para realizar este tipo de investigaciones, por lo que se tuvo que adaptar un espacio reducido que era utilizado como bodega del servicio de rayos X.
- *Tiempo dedicado a la intervención:* el tiempo para encontrar resultados más significativos se debe ampliar; se deben realizar mediciones en intervalos de tres, seis, nueve y doce meses para verificar un aumento del control metabólico en las personas adultas con DT2.
- *Complejidad para acudir a las citas:* se debe contar con un horario flexible para que los participantes puedan acudir a las sesiones de intervención, ya que las ocupaciones de ellos son en la mañana y en la tarde, por lo que sólo en sus espacios libres podían acudir a recibir la sesión educativa.
- *La adaptación de la intervención* Yo decido basado en la toma de decisiones y el MTDSO de acuerdo a lo que presentan la ADA y la FDI, ya que se debe aplicar lo que estas dependencias recomiendan para el control metabólico de las personas con DT2.
- *La zona geográfica* donde se aplicó la intervención: la zona donde se aplicó la intervención es semi urbana y las personas no están acostumbradas a participar en este tipo de investigaciones.
- *La permanencia de los participantes:* al no ser una población cautiva, la tendencia es a la dispersión o abandono del estudio, y los participantes daban prioridad a sus actividades personales como el trabajo, el hogar y la familia más que a las sesiones educativas, por lo que se tuvo que reprogramar varias citas.
- *La temporada en la que se aplicó la intervención:* la intervención coincidió con periodo de vacaciones y con festividades religiosas, lo que ocasionó que los participantes dieran prioridad a las mismas, teniendo que reprogramar las sesiones en espacios y tiempos disponibles.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda lo siguiente:

- La intervención en enfermería “Yo decido” se pueda replicar en diferentes hospitales de la región.
- Incorporar el MTDSO para la atención de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sobrepeso e inclusive algunos tipos de cáncer, insuficiencia renal y en diferentes escenarios como los escolares y empresariales.

- Generar grupos de intervención para que los profesionales de enfermería cuenten con los conocimientos y habilidades específicas y participen en la planeación e implementación de intervenciones.
- Desarrollo de aplicaciones o apps en dispositivos móviles que faciliten el seguimiento y que cualquier persona pueda tener acceso a ellas.
- Replicar esta investigación en otros estados de la República con similares características de la población y muestra para contrastar los resultados.
- Gestionar financiamiento a empresas relacionadas al ámbito de la salud para incluir a más personas al estudio, disminuir el gasto por parte del investigador y utilizar el recurso en las diferentes etapas del estudio.
- Realizar investigación cualitativa que indague los significados y las experiencias de las personas adultas con DT2 que participen en las intervenciones.

## REFERENCIAS

- Alves Apóstolo, J. L., Castro Viveiros, C. S, Ribeiro Nunes, H. I. y Faustino Domínguez, H. R. (2007). La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(4): 575-82.  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/YkkgPmCBs4fwChNHjRY5jpp/?lang=es>
- American Diabetes Association. (2019). *Standards of Medical Care in Diabetes*.  
[https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement\\_1](https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1)
- Ampudia, J. (2017). *La motivación del paciente diabético, clave en el abordaje de la enfermedad*. ELSEVIER.
- Azañedo, D., Bendezú Quispe, G., Lazo Porras, M., Cárdenas Montero, D., Beltrán Alé, G., Thomas, N., Ceballos, R, y Málaga, G. (2017). Calidad de control metabólico en pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 atendidos en una clínica privada. *Acta Med Peru*, 34 (2),106-13.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172017000200006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200006)

- Bächler, R., Mujica, V., Orellana, C., Cáceres, D., Carrasco, N., Davidson, C., Jiménez, A. L., Luna, P., Valladares, E., y Vergara, A. (2017). Eficacia de un programa educativo estructurado en población diabética chilena. *Rev Med Chile*, 145(2), 181-87. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872017000200005&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000200005&lng=es&nrm=iso)
- Brown, L., Gardner, G., & Bonner, A. (2016). A randomized controlled trial protocol testing a decision support intervention for older patients with advanced kidney. *J. Adv. Nurs*, 72 (5), 1191-1202. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26880541/>
- Chabrera C. (2014). *Ayuda en la toma de decisiones en el cáncer de próstata localizado*. [Tesis, Universidad de Barcelona]. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/62354?mode=full>
- Federación Internacional de Diabetes (FDI). (2019). *Atlas de la Diabetes de la FDI*. Versión en línea: <https://www.diabetesatlas.org/en/resources/>
- Federación Mexicana de Diabetes A.C. (2018) *La diabetes en México*. <http://fmdiabetes.org/la-diabetes-mexico/>
- Gómez, K. (2016). *Este es el costo por tener diabetes en México*. Excelsior en línea, México: Sección Nacional. <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/11/14/1128184>
- González Pedraza, A., Gilbaja Velázquez, L. S., Villa García, E., Acevedo Giles, O., Ramírez Martínez, M. E., Ponce Rosas, E. R & Dávila Mendoza, R. (2015). Nivel de adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados. *Rev Mex Endocrinol Metab Nutr.* 2 (1), 11-7. <https://biblat.unam.mx/hevila/Revistamexicanadeendocrinologiametabolismo&nutricion/2015/vol2/no1/2.pdf>
- Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research. Appraisal, synthesis and generation of evidence*. ELSEVIER.
- Guzmán Priego, C. G., Baeza Flores, G. C, Atilano Jiménez, D., Torres León, J. A., y León Mondragón, O. J. (2017). Efecto de una intervención educativa sobre los parámetros bioquímicos de pacientes diabéticos de un servicio médico institucional. *Aten Fam*, 24(2), 82-86. <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2017/af172h.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2017). *Anuario Estadístico y Geográfico de Tlaxcala*.  
<http://evaluacion.tlaxcala.gob.mx/images/stories/documentos/planea/estadistica/ae/ae2017.pdf>
- Ley General de Salud (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*.  
[www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS\\_ref01\\_02abr14.doc](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS_ref01_02abr14.doc)
- Macalalad Josué, A. A., Palileo Villanueva, L. A., Sandoval, M. A., y Panuda, J. P. (2019). Development of a Patient Decision Aid on the Choice of Diabetes Medication for Filipino Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *JAFES*, 34 (1), 44.  
<https://doi.org/10.15605/jafes.034.01.08>
- Mejía, M. A., Ytala Gil, G., Quintero, O. D'Ávila, M. C. (2018). Intervención educativa en el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Trujillo. Venezuela. *Rev Venez Endocrinol Metabol*, 16(1), 34-46.  
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3755/375555047005/html/index.html>
- Mosqueda Díaz, A. M. (2016). *Efecto de una consejería de apoyo decisional en salud en adolescentes con malnutrición por defecto*. [Tesis, Universidad de Concepción].  
<http://repositorio.udec.cl/xmlui/handle/11594/2023>
- Mosqueda Díaz, A., Mendoza Parra, S., y Jofré Aravena, V. (2014). Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. *Rev. bras. Enferm*, 67(3), 462-67.  
<https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0462.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Nota descriptiva*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Ottawa Hospital Research Institute. (2017). *Ottawa Decision Support Framework (ODSF)*.  
<https://decisionaid.ohri.ca/odsf.html>
- Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., y Romero Borges, K. (2017) La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron*, 36(6), 835-45.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004)

- Ruiz Valdéz, B. C. (2017). *Control metabólico en pacientes atendidos en la unidad de atención integrada de unidades de salud de primero y segundo nivel del ISSEA*. [Tesis, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/1293>
- Secretaría de Salud. (2014). *Departamento de Epidemiología. Diagnóstico de Salud Tlaxcala*. [https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2016/04/diagnostico-de-salud-del-estado-de-tlaxcala\\_2014\\_regiones\\_2.pdf](https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2016/04/diagnostico-de-salud-del-estado-de-tlaxcala_2014_regiones_2.pdf)
- Solange Alfaro, S., y García Gutiérrez, F. C. (2015). *Factores asociados al control metabólico en pacientes ambulatorios de 18-60 años con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a consulta externa del Hospital Salud Integral, Managua*, [Tesis, Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua]. <https://repositorio.unan.edu.ni/4559/>
- Steele, C. J., Schöttker, B., Marshall, A. H., Kouvonen, A., O'Doherty, M. G., Mons, U., Saum, K., Boffetta, P., Trichopoulou, A., Brenner, H., & Kee, F. (2017). Education achievement and type 2 diabetes—what mediates the relationship in older adults? Data from the ESTHER study: a population-based cohort study. *BMJ OPEN*. 2017; 7(4), 1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013569
- Tárraga, M. L., Rosich, N., Panisello Royo, J. M., Gálvez Casas, A., Serrano Selva, J. P., Rodríguez Montes, J. A., y Tárraga López, P. J. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutr Hosp*, 30(4), 741-48. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7704>
- Urbán Reyes, B. R., Coghlan López, J. J., y Castañeda Sánchez, O. (2015). Estilo de vida y control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus en el primer nivel de atención. *Aten Fam.*, 22 (3), 68-71. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300542>
- Vargas Sánchez, C. G., y Toledo Hernández, A. (2018). Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México. *Aten Fam*, 25(4), 146-50. <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2018/af184d.pdf>



## Apoyo familiar como predictor en la autogestión de las personas con Diabetes tipo 2

### Social support as a predictor in the Self-management of people with Type 2 Diabetes

Juan Alberto López González<sup>1</sup>, Ma. Laura Ruíz Palalto<sup>2</sup>, Alicia Álvarez-Aguirre<sup>3</sup>,  
Sandra Lidia Peralta Peña<sup>4</sup>, Jacqueline Alejandra Encinas-Bojorquez<sup>5</sup>,  
Mónica Gabriela García Valdez<sup>6</sup>  
Universidad de Sonora, Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>7</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción:** La familia es la principal fuente de apoyo en aquellas personas que están viviendo una situación estresante; brinda ayuda de carácter psicológico y no psicológico, y cuyo propósito es para que la persona enfrente la situación estresante. **Objetivos:** Investigar el Apoyo familiar percibido y las características sociodemográficas como factores predictores de la Autogestión en las personas con diabetes tipo 2. **Método:** Estudio cuantitativo con diseño correlacional, transversal. Muestra aleatoria simple de  $n=103$  participantes. Instrumentos de medición: El Cuestionario de Autocontrol de la Diabetes y la Escala de Apoyo social para la Autogestión en pacientes de mediana edad con diabetes tipo II. La información fue recogida de enero a julio del 2018. **Resultados:** El promedio de edad fue de 61.75 años ( $DE=11.98$ ,  $R=20-84$ ); 67% de los participantes pertenecen al género femenino; 69% cuenta con secundaria terminada y 13.6% media superior; 53.4% tiene ingreso económico bajo. Se observa relación negativa moderada ( $r=-.334$ ,  $p<0.01$ ) entre la última visita al médico y la Autogestión de la diabetes; una relación positiva y moderada ( $r=.378$ ,  $p<0.01$ ) entre la Autogestión de la diabetes y el Apoyo social. Análisis predictivo se encontró la última visita médica ( $\beta=-.949$ ,  $p=001$ ) y el Apoyo familiar ( $\beta=-.802$ ,  $p=001$ ) como predictores significativos de las conductas de Autogestión, explicado en el 10.3% de la varianza.

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a Doctor, Profesor Investigador, Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora; Hospital Dr. Ignacio Chávez ISSSTESON; Hermosillo, Sonora, México. [juan.lopez@unison.mx](mailto:juan.lopez@unison.mx)

<sup>2</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Departamento de Enfermería Clínica, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra, Universidad de Guanajuato, [laurar@ugto.mx](mailto:laurar@ugto.mx)

<sup>3</sup> Profesora, Departamento de Enfermería Clínica, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra, Universidad de Guanajuato, [alicia.alvarez@ugto.mx](mailto:alicia.alvarez@ugto.mx)

<sup>4</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, [sandra.peralta@unison.mx](mailto:sandra.peralta@unison.mx)

<sup>5</sup> Licenciada, Profesora, Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, [jacqueline.encinas@unison.mx](mailto:jacqueline.encinas@unison.mx)

<sup>6</sup> Maestra, Profesora, Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, [monica.garcia@unison.mx](mailto:monica.garcia@unison.mx)

<sup>7</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

**Conclusiones:** el Apoyo familiar fue uno de los factores predictores para llevar a cabo las acciones de autogestión en las personas con diabetes tipo 2.

**Palabras clave:** Diabetes mellitus, Autogestión, Apoyo social

## Abstract

**Introduction:** The family is the main source of support in those people who are living a stressful situation; provides help of a psychological and non-psychological nature, and whose purpose is for the person to face the stressful situation. **Objective:** To investigate perceived family support and sociodemographic characteristics as predictors of Self-Management in people with type 2 diabetes. **Method:** Quantitative study with correlational, cross-sectional design. Simple random sample of  $n = 103$  participants. Measurement instruments: The Diabetes Self-Control Questionnaire and the Social Support Scale for Self-management in middle-aged patients with type II diabetes. The information was collected from January to July 2018. **Results:** The average age was 61.75 years ( $SD = 11.98$ ,  $R = 20-84$ ); 67% of the participants are female; 69% have completed secondary school and 13.6% have a high school education; 53.4% have low income. A moderate negative relationship ( $r = -.334$ ,  $p < 0.01$ ) is observed between the last visit to the doctor and Self-management of diabetes; a positive and moderate relationship ( $r = .378$ ,  $p < 0.01$ ) between Diabetes Self-Management and Social Support. Predictive analysis found the last medical visit ( $\beta = -.949$ ,  $p = .001$ ) and Family Support ( $\beta = -.802$ ,  $p = .001$ ) as significant predictors of Self-Management behaviors, explained in 10.3% of the variance. **Conclusion:** Family support was one of the predictive factors to carry out self-management actions in people with type 2 diabetes.

**Keywords:** Diabetes mellitus, Self-management, Social support

La Diabetes tipo 2 (DT2) es una de las principales enfermedades crónicas que padece la población adulta, alcanzando proporciones epidémicas a nivel internacional como resultado de los cambios en los estilos de vida de la población (International Diabetes Federation, 2017; Sendhilkumar et al., 2017). Es un problema de salud, que impacta en la calidad de vida (física, psicológica y socialmente) y su mayor carga de impacto es atribuida a las complicaciones de esta (enfermedades cardiovasculares y periféricas, neuropatía retinopatía y neuropatía) (American Diabetes Association, 2018; Devchand et al., 2017), lo cual trae consigo una crisis y desajustes familiar de diferente intensidad y el tipo de repuesta que tiene cada miembro hacia el apoyo en el cuidado del miembro de la familia con DT2.

Es un padecimiento que depende de gran medida del conocimiento, las habilidades y actitudes de la persona para poder llevar un control de la misma. La autogestión de la DT2 es la principal medida de prevención de la enfermedad para adoptar estilos de vida más adecuados que contribuya para disminuir las complicaciones agudas y crónicas, con ello se asegura una mejor calidad de vida a corto y a largo plazo, involucra la ejecución de comportamientos para manejar los síntomas, tratamientos médicos y el manejo de las emociones, que aseguren un mejor control glucémico (Devchand et al., 2017; Richard y Shea, 2011; Thojampa, et al., 2017).

El Apoyo Social (AS) es considerado un mediador y facilitador para el afrontamiento de situaciones estresantes, a través de la ayuda (psicológica y no psicológica), proporcionada a los miembros que necesitan afrontar situaciones de crisis del entorno. Desde el enfoque estructural la familia es considerada como la primera fuente de ayuda. Las personas con DT2 requieren de un Apoyo Familiar (AF) para el logro en la ejecución de acciones que contribuyan a su control glucémico. El AF involucra el facilitar la adquisición de material o equipos para el monitoreo de la glucosa, motivación y acompañamiento en la actividad física, facilidad para el control de citas, entre otras (Gomes et al., 2017; Mayberry, et al., 2014; Ramkisson et al., 2017; Shi et al., 2016).

### **Estado del conocimiento**

En la última década se ha despertado el interés por conocer el impacto del AF sobre las acciones de cuidado en las personas con DT2. Se han logrado identificar dos formas de AF: la constructiva y no constructiva. La ayuda constructiva se refiere aquellos estímulos positivos que brinda la familia para que su familiar con diabetes ejecute de manera efectiva todas sus acciones (una dieta saludable, monitoreo de la glucosa, cuidado de los pies, entre otras) que contribuyan a mejorar el control glucémico (Arda Sürücü et al., 2018; Aylaz et al., 2015; Belgüzar, 2017; Kim et al., 2015; Ramkisson et al., 2017).

En cambio el AF no constructivo hace referencia al estímulo negativo dado en la interacción familiar, para que la persona con DT2 no logre ejecutar acciones que favorezcan la adherencia a tratamientos o acciones, con ellos contribuyen a un descontrol glucémico, presencia de mayor ansiedad, fatiga y depresión en los miembros de la familia que padecen diabetes (Alaboudi et al., 2016; Koetsenruijter et al., 2015; Mayberry, et al., 2014; Sukkarieh-Haraty, et al., 2015).

## **Problema**

La diabetes es un problema de salud pública, el cual ha ido en incremento año con año a pesar de las acciones ejecutadas por los gobiernos internacionales, federales y estatales (programas de protección específica a poblaciones de riesgo); se ha considerado como la pandemia del siglo XIX, cuyo origen es por los cambios de estilos de vida de la población (alimentación más industrializada, incremento de la esperanza de vida, trabajos más pasivos, entre otros).

Se ha logrado identificar a la autogestión cómo tratamiento farmacológico (acciones llevadas a cabo por la persona con diabetes para gestionar la enfermedad) y que ha contribuido a mejorar bienestar de las personas a corto y largo plazo. Así mismo se ha logrado conocer la importancia que tiene el AF para este tipo de persona, ya que, en la familia brinda ayuda para que la persona con diabetes pueda realizar sus actividades y poder controlar la enfermedad.

A raíz de lo analizado anteriormente, genera la siguiente interrogante ¿Cuál es impacto que tiene el Apoyo familiar en la autogestión de las personas con diabetes del noroeste del país de México en relación con la ejecución de acciones para el control glucémico?

## **Objetivos**

Investigar el Apoyo familiar percibido y las características sociodemográficas como factores predictores de la Autogestión en las personas con diabetes tipo 2.

## **Método**

### **Diseño**

Estudio de enfoque cuantitativo con diseño descriptivo correlacional de corte transversal (Houser, 2018), realizado en los Centros de Salud (CS) del norte y centro de la ciudad del Noroeste de México en el período de enero a julio del 2018.

### **Participantes**

Se realizó un muestro probabilístico y la selección fue de manera aleatoria simple (Grove et al., 2013). En el estudio se incluyeron a  $n=103$  personas que acudían a la consulta de los CS de la ciudad, todos los sujetos aceptaron participar en el estudio y cumplían con los siguientes criterios de inclusión: ser personas con DT2 de al menos un año de diagnosticado, mayores de 18 años y no tener alguna enfermedad incapacitan (retinopatía avanzada) o cognitiva (evento vascular cerebral) que no le permitiera llenar los instrumentos, para ello se les solicitó la firma del consentimiento informado, el cual fue proporcionado al inicio de la entrevista.

El poder de análisis se calculó a través del G\*Power software Versión 3.1 (Grove y CIPHER, 2017), para el análisis de regresión de dos predictores, el tamaño del efecto 0.26 (grande), poder de 0.95, y  $p= 0.5$ , el resultado fue un tamaño de muestra requerido de  $n= 103$ .

### **Instrumentos y materiales**

La recolección de datos se llevó a cabo mediante una Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS) integrada por dos secciones; la primera se recolectaba información en relación con datos básicos y la segunda sección era información de antropometría.

El segundo instrumento fue la Escala de Apoyo Social para el Autocuidado en pacientes de mediana edad con Diabetes tipo II (Social Support Scale for Self-care in Middle-Aged Patients with Type II Diabetes [S4-MAD]) (Naderimagham et al., 2012). Este valora la percepción que tiene la persona con diabetes sobre el apoyo social recibido por su familia, amigos y otras personas importantes para su control de la Diabetes.

La confiabilidad obtenida en este proceso fue la siguiente  $\alpha = 0.95$  ( $\alpha = 0.94$ , versión original [VO]); en las dimensiones de nutrición  $\alpha = 0.95$  ( $\alpha = 0.89$  VO), Actividad física  $\alpha = 0.89$  ( $\alpha = 0.88$  VO), monitoreo de la glucosa en sangre  $\alpha = 0.91$  ( $\alpha = 0.92$  VO), cuidado de los pies  $\alpha = 0.97$  ( $\alpha = 0.94$  VO), y evitar fumar  $\alpha = 0.89$  ( $\alpha = 0.97$  VO).

El tercer instrumento utilizado fue Cuestionario de Autogestión de la diabetes (Diabetes Self-Management Questionnaire [DSMQ]) (Schmitt, 2013). Fue diseñado para valorar los comportamientos de Autogestión asociados al control glucémico en común al tratamiento del régimen terapéutico de las personas con diabetes tipo 1 y 2. El resultado total engloba la medición del Autocontrol de la diabetes; está conformado por 16 ítems. Estos ítems abordan 4 dimensiones del cuidado; la primera aborda el control de dieta (ítems 2,5,9 y 13 [VO,  $\alpha = 0.78$ ]), manejo de glucosa o monitoreo de glucosa (Ítems 1,4,6,10 y 12 [VO,  $\alpha = 0.81$ ]), actividad Física (ítems 8,11 y 15 [VO,  $\alpha = 0.69$ ]), contacto físico con el equipo de salud (ítems 3,7 y 14;  $\alpha = 0.66$  [VO,  $\alpha = 0.66$ ]). El resultado obtenido de los ítems se transforma para obtener un puntaje de 0 a 10, donde se interpreta a mayor puntaje mejor es el cuidado de la persona. Se solicitó la autorización de los autores principales. Nota: Los ítems 5,7,10,11,12,13,14,15 y 16 el puntaje se invierte. Ambos instrumentos se adaptaron culturalmente en población mexicana, previo a la utilización en este estudio.

## Procedimiento

Se solicitó el permiso a las autoridades correspondientes de los CS participantes para la realización del estudio con la población participante. Este estudio se apega al reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación para la Salud y es derivado del proyecto “Intervención Familiar APÓYAME”, cuyos registros son los siguientes: HICH-591-18, USO313005683 y DCSI-CI 2019022 (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2012; Secretaria de Salud, 1987).

Los datos del estudio se analizaron usando el programa SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences). Para la descripción de las variables sociodemográficas se usaron números, porcentajes, medias, desviación estándar y rangos.

Para examinar la distribución de los datos se usó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La relación entre la variable dependiente Autogestión (continua) y las variables independientes (continuas o categóricas), las cuales mostraron una distribución normal y por consiguiente se ejecutó la prueba de correlación de Pearson. Posterior se crearon los modelos de regresión múltiple jerárquico para examinar las variables (Huck, 2012). Las variables sociodemográficas que mostraron una relación significativa fueron la Autogestión de la diabetes y la última visita con el médico, y la variable de Apoyo social recibido.

## Resultados

Un total de  $n=103$  personas con Diabetes tipo 2 fueron incluidas en el estudio (Tabla1). Las características sociodemográficas. El promedio de edad fue de 61.7 años ( $DE=11.98$ ,  $R=20-84$ ); 67% de los participantes pertenecen al género femenino; 49.5% se encuentra casada y 3.9% en unión libre; 23.3 % son empleados, aunque 68.9% reportó otra actividad (jubilados, pensionados y amas de casa); 69% cuenta con educación básica y 13.6% media superior; 53.4% tiene ingresos bajos y 46.6% por encima de la percepción salarial establecida a nivel nacional (\$88.36 salario mínimo 2018).

El promedio en años de diagnóstico del padecimiento es 14.2 ( $DE=10.23$ ,  $R=1-40$ ); 59.2% no presenta complicaciones, 20.4 presenta problemas en los ojos y 12.9% problemas renales; 92.2% acudieron con el médico en los últimos tres meses al momento de la encuesta. La glicemia capilar incidental en promedio 158.8 ( $DE=61.96$ ,  $R=72-367$ ); el tiempo de haber consumido alimentos al momento de realizar la prueba en promedio 4.51 ( $DE=2.90$ ,  $R=2-8$ ). El IMC en promedio 29.4 ( $DE=6.45$ ,  $R=18.72-51.13$ ). El reporte del promedio de la Autogestión en general 6.5 ( $DE=1.41$ ,  $R=0-10$ ); en las acciones donde se obtiene menor promedio es en el control de la dieta 5.64 ( $DE=1.56$ ,  $R=0-8.33$ ). Por otra parte el promedio del Apoyo social 44.2 ( $S=25.46$ ,  $R=0-100$ ); reportando menor promedio en ayuda para evitar fumar 12.2 ( $DE=29.05$ ,  $R=0-100$ ) y en la ayuda para la actividad física 32.1 ( $DE=29.84$ ,  $R=0-100$ ).

**Tabla 1***Descripción de características individuales de las personas con Diabetes tipo 2*

<b>Variable</b>	<b>Promedio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	<b>61.75, DE=11.98, R=20-84</b>		
<b>Género</b>			
<i>Masculino</i>		34	33.0
<i>Femenino</i>		69	67.0
<b>Estado civil</b>			
<i>Soltero</i>		20	19.4
<i>Casado</i>		51	49.5
<i>Viudo</i>		21	20.4
<i>Divorciado</i>		7	6.8
<i>Unión libre</i>		4	3.9
<b>Ocupación</b>			
<i>Empleado</i>		24	23.3
<i>Negocio propio</i>		8	7.8
<i>Otro</i>		71	68.9
<b>Escolaridad</b>			
<i>Trunca</i>		9	8.7
<i>Primaria</i>		36	35.0
<i>Secundaria</i>		35	34.0
<i>Bachillerato</i>		14	13.6
<i>Licenciatura</i>		9	8.7
<b>Ingreso económico</b>			
<i>500-1000 semanal</i>		55	53.4
<i>1001-2000 semanal</i>		34	33.0
<i>2001- 3000 semanal</i>		8	7.8
<i>Más de 3000 semanal</i>		6	5.8
<b>Años de Diagnóstico</b>	<b>14.26, DE=10.23, R=1-40</b>		
<b>Presencia de complicaciones</b>			
<i>Problemas renales</i>		13	12.6
<i>Problemas cardiacos</i>		6	5.8
<i>Problemas en los ojos</i>		21	20.4
<i>Amputaciones</i>		2	1.9
<i>No presenta</i>		61	59.2
<b>Última visita con el médico</b>			
<i>Hace 3 meses</i>		95	92.2
<i>Hace 6 meses</i>		5	4.9
<i>Más de 9 meses</i>		3	2.9

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos 2018. Nota: M=media, DE= desviación estándar, R= rango, n=muestra, %=porcentaje

## Correlación entre Autogestión de la diabetes, sociodemográficas y Apoyo familiar

La Tabla 2 muestra los valores de las variables asociados a la Autogestión de las personas con Diabetes, donde se observa relación negativa moderada ( $r=-.334$ ,  $p<0.01$ ) con la última visita al médico; relación positiva y moderada ( $r=.378$ ,  $p<0.01$ ) con el AF; relación moderada con la ayuda en la nutrición ( $r=.361$ ,  $p<0.01$ ), con el monitoreo de la glucosa en sangre ( $r=.312$ ,  $p<0.01$ ), así como asociación baja en la actividad física ( $r=.285$ ,  $p<0.01$ ) y para evitar fumar ( $r=.269$ ,  $p<0.01$ ).

**Tabla 2**

*Relación entre las variables Autogestión de la Diabetes, características sociodemográficas y el Apoyo familiar.*

Variable	1	2	3	4	5	6
<i>1. Autogestión</i>		-				
<i>2. Ingreso semanal</i>	<b>.063</b>	<b>-.200**</b>	<b>.035</b>	<b>.014</b>	<b>.053</b>	<b>.474**</b>
<i>3. Años de diagnóstico</i>	<b>-.072</b>	<b>.521**</b>	.125	-.093	.179	-.012
<i>4. Complicaciones</i>	<b>.175</b>	<b>.018</b>	-.023	-.055	-.008	-.070
<i>5. Última visita médica</i>	<b>-.334**</b>	<b>-.021</b>	.095	.092	.094	-.151
<i>6. IMC</i>	<b>.096</b>	<b>-.185</b>	.237*	-.049	-.184	-.004
<i>7. Glicemia capilar</i>	<b>.040</b>	<b>-.174</b>	-.003	-.010	-.030	-.022

Nota: IMC=índice de Masa Corporal; MG=Monitoreo de la Glucosa; \*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$

**Tabla 2**

*Relación entre las variables Autogestión de la Diabetes, características sociodemográficas y el Apoyo social. Continuación...*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>1. Autogestión</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>2. Manejo de la glucosa</i>	.824	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>3. Control de la dieta</i>	**	.396**	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>4. Actividad física</i>	.656	.272**	.252*	-	-	-	-	-	-	-
<i>5. Uso del cuidador de la salud</i>	**	.524**	.327**	.148	-	-	-	-	-	-
<i>6. Apoyo social</i>	.614	.447**	.172	.321**	.044	-	-	-	-	-
<i>7. Ayuda en la nutrición</i>	**	.408**	.227*	.259**	.086	.880**	-	-	-	-
<i>8. Ayuda en la actividad física</i>	.668	.217**	.127	.418**	-.043	.584**	.354**	-	-	-
<i>9. Ayuda en el MG</i>	**	.400**	.094	.266**	.013	.871**	.665**	.466**	-	-
<i>10. Ayuda en el cuidado de pies</i>	.378	.410**	.040	.163	.071	.843**	.680**	.291**	.713**	-
<i>11. Ayuda para evitar fumar</i>	**	.062	.141	.093	-.060	.326**	.173	.243*	.152	.073
	.361									
	**									
	.312									
	**									
	.269									
	**									
	.079									

Nota: IMC=índice de Masa Corporal, MG=Monitoreo de la Glucosa; \*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$

## Análisis de regresión múltiple

La Autogestión de la Diabetes, la última visita médica y el AF tienen una distribución normal. Se realizó una regresión lineal jerárquica para determinar la contribución de la última visita y el apoyo social en las actividades del Autogestión de la Diabetes (Tabla 3).

### Predictor de la Autogestión de la Diabetes (Tabla 3)

**Tabla 3**

*Predictores de la Autogestión en las personas con Diabetes tipo 2*

M	Variable	$\beta$	SE de B	IC 95%	t	p
<b>1</b>	<b>Autogestión</b>					
	Última visita al médico	-.949	.328	-1.479, -.420	-3.557	.001
<i>Modelo R=.334, ajuste R<sup>2</sup>=.103, F (1) =12.655, p&lt;0.001</i>						
<b>2</b>	<b>Autogestión</b>					
	Última visita al médico	-.802	.254	-1.306, -.297	-3.152	.002
	Apoyo social	.019	.005	.009, .028	3.740	.000
<i>Modelo R= .469, ajuste R<sup>2</sup>=0.205, F (2) =14.134, p&lt;0.001</i>						
<b>3</b>	<b>Manejo de la glucosa</b>					
	Última visita al médico	-1.077	.338	-1.748, -.406	-3.186	.002
	Apoyo social	.031	.007	.018, .044	4.685	.000
<i>Modelo R= .523, ajuste R<sup>2</sup>=0.259, F=18.82, p&lt;0.000</i>						
<b>4</b>	<b>Control de la dieta</b>					
	Última visita al médico	-.927	.300	-1.522, -.332	-3.092	.003
	Apoyo familiar	.008	.006	-.004, .019	1.323	.189
<i>Modelo R= .338, ajuste R<sup>2</sup>=0.096, F=6.447, p&lt;0.002</i>						
<b>5</b>	<b>Actividad física</b>					
	Última visita al médico	.007	.515	-1.015, 1.028	.013	.990
	Apoyo social	.034	.010	.014, .054	3.347	.001
<i>Modelo R= .321, ajuste R<sup>2</sup>=0.085, F=5.733, p&lt;0.004</i>						

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos 2018. Nota: R= rango, n=muestra, %=porcentaje, IMC=Índice de Masa Corporal, ACDT= Autocuidado de la Diabetes.

En el análisis de correlación las variables Última visita médica y Apoyo social, que mostraron relación significativa con Autogestión, se incluyeron en el modelo de regresión (Tabla 3).

Acorde a los resultados, la Última visita médica ( $\beta=-.949$ ,  $p=001$ ) y el Apoyo social ( $\beta=-.802$ ,  $p=001$ ) son predictores significativos de las conductas de Autogestión y explican 10.3% de la varianza. En términos de Manejo de la glucosa ( $\beta=.031$ ,  $p=000$ ) y la Actividad física ( $\beta=-.034$ ,  $p=001$ ), el AS es un factor predictivo significativo de estas acciones de Autogestión y explican 25.9% y 3.4% de la varianza respectivamente; en cambio el control de la dieta ( $\beta=-.927$ ,  $p=003$ ), el factor predictor significativo es la Última visita médica y es explicada 9.6% de la varianza.

## Discusión

Las acciones realizadas en la Autogestión de la diabetes son una piedra angular en el tratamiento no farmacológico de las personas que tienen Diabetes, para lograr un control glucémico exitoso y contribuir al retraso de complicaciones agudas y crónicas. El objetivo de este estudio fue determinar los factores predictores que ayudaban a las personas a lograr la Autogestión de la Diabetes tipo 2.

## Características sociodemográficas

Uno de los hallazgos encontrados en este estudio, es que en su mayoría la población es adulta madura, con predominio del género femenino; también tienen un nivel educativo básico y medio superior. Los ingresos económicos reportados son superiores que los de nivel nacional (zona centro). Son personas que cuentan con un diagnóstico reciente (menor de 14 años); más de la mitad no presentan aún alguna complicación propia del padecimiento y quienes ya tienen complicaciones, es de tipo renal y oftalmológico. Hay asistencia continua a revisión médica; a pesar de esto las personas presentan una falta de control de la glicemia incidental, algún grado de sobrepeso y obesidad.

La literatura muestra algunas coincidencias en relación con las características socio-demográficas en nuestro estudio, como la edad (adultos maduros), el género (mayoría de mujeres), los participantes en su mayoría son mujeres; al igual que el tiempo de padecimiento en promedio es menor de 10 años y en su mayoría todos presenta complicaciones, (Gomes et al., 2017; Kim et al., 2015; Mayberry, et al., 2014; Shi et al., 2016; Yamaguchi et al., 2017) y de las principales complicaciones que se están presentando son: la nefropatía, retinopatía y neuropatía (Yamaguchi et al., 2017); a excepción de los estudios llevados a cabo por Shi et al. y Devechad et al. (Devchand et al., 2017; Shi et al., 2016), en donde se reclutaron solo hombres.

La diabetes es un problema de salud que afecta a un gran número personas, los procesos de globalización han influido en gran parte en el incremento de este padecimiento; actualmente la mayoría de los estudios han trabajado con grupos de personas con complicaciones avanzadas, con el padecimiento de la enfermedad de más de diez años y en su mayoría con mujeres.

### **Autogestión de la diabetes tipo 2**

En relación con las prácticas de cuidado de este grupo de personas, reportaron alta constancia en la asistencia al médico, a pesar de esto, presentan falta de control glucémico (glicemia incidental); al mismo tiempo presentan sobrepeso y algún grado de obesidad. En lo referente a la Autogestión de la enfermedad se presenta baja en la mayoría de los participantes; en las dimensiones donde muestran mayores acciones, es el manejo de la glucosa muestra y uso cuidador de la salud; por otra parte en donde se refleja menor cuidado es en la actividad física y el control de la dieta.

Estudios referentes con el tema muestran resultados similares, donde reportan conductas de Autogestión buenas y bajas en las personas participantes (Huang et al., 2014; Vissenberg et al., 2017; Xiang et al., 2017; Sukkarieh-Haraty, et al., 2015) las dimensiones en las cuales la mayoría de estas personas muestran bajo cuidado coinciden con nuestro estudio (Martínez et al., 2016), en donde las personas participantes en su estudio se reportó unas buenas conductas de cuidado.

Interpretar la Autogestión de la diabetes es de suma importancia para controlar las complicaciones tanto agudas como crónica; es un complemento al tratamiento médico. El bajo apego en acciones como la actividad física y la alimentación se pueden atribuir a cuestiones culturales de la población mexicana.

## **Apoyo social en la Autogestión de la diabetes tipo 2**

En este estudio, el AS y la Última visita al médico son los factores predictores para que las personas con Diabetes lleven a cabo las acciones de Autogestión de la Diabetes. Esto de acuerdo con el análisis de regresión jerárquica, donde muestra un resultado significativo para estas dos variables.

En otros estudios han encontrado cómo asociación y factor predictor al AS, por ejemplo en el estudio de Kim et al. (2015), se encontró el AS como factor mediador de las actividades de Autogestión (la ) Actividad física, la dieta saludable y el manejo del estrés ); por su parte los estudios de Mayberry, et al., (2014) y Sukkarieh-Haraty, et al., (2015), encontraron una asociación negativa del AS con las conductas de Autogestión y el control glucémico.

Por su parte Arda Sürücü et al. (2018), encontraron al AS como un factor predictor en las conductas de Autogestión de las personas con Diabetes. El AF en los últimos años ha despertado interés para contribuir al manejo y control de enfermedades crónicas, ya que es una fuente importante de apoyo tanto psicológico como no psicológico. A pesar de las bajas acciones de Autogestión y falta de control glucémico (incidental), el AF contribuye a las acciones de cuidado de estas personas.

## **Conclusiones, sugerencias y limitaciones**

En general las personas participantes, presentan problemas de sobrepeso y obesidad, al mismo tiempo ausencia de control glucémico incidental. Las acciones de Autogestión son moderadas y la acción donde se dificulta es la de llevar una dieta saludable e incremento de la actividad física.

La mayoría de las personas perciben un AS moderado y manifiestan que, en los rubros de ayuda en la nutrición, monitoreo de la glucosa y la actividad física, es donde se recibe mayor apoyo. El AS y la última visita médica se encontraron como factores predictores de las acciones de Autogestión; el AS influye en que se lleve a cabo el monitoreo de la glucosa y el realizar actividad física. Por su parte el acudir a la última visita médica está influyendo en llevar a cabo una dieta saludable.

Se puede afirmar que el AS es un factor que predice los comportamientos en las personas con Diabetes. Es evidente que las personas con diabetes requieren de apoyo familiar para cumplir con las exigencias del padecimiento y este es uno de los elementos principales y el más cercano a las personas con Diabetes. Se deben realizar estudios aleatorizados, donde se mida el efecto del AS, el comportamiento de la Autogestión y el control glucémico; en estos estudios se debe trabajar con los miembros de la familia.

## **Limitaciones**

En este estudio se usaron dos instrumentos para evaluar las variables latentes de AS y la de Autogestión de las personas con DT2, pero no se contó con la medición de la Hemoglobina Glicada, la cual, de acuerdo con organizaciones internacionales es un indicador del control glucémico y es el reflejo de las acciones ejecutadas en los últimos tres meses previos a la medición (American Diabetes Association, 2018). Para tener un referente del control glucémico se usó la medición de glucosa incidental y en su mayoría, los participantes reflejan una falta de control según normas de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).

## **Referencias**

Alaboudi, I. S., Hassali, M. A., Shafie, A. A., y Saleem, F. (2016). Self-efficacy, self-care behaviours and glycaemic control in type 2 diabetic patients in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Public Health*, (24), 281–290. <https://doi.org/10.1007/s10389-016-0723-x>

- American Diabetes Association. (2018). Glycemic targets: standards of medical care in Diabetes-2018. *Diabetes Care*, 4(1), S55–S64. <https://doi.org/10.2337/dc18-S006>
- Arda Sürücü, H., Büyükkaya Besen, D. y Yeter Erbil, E. (2018). Empowerment and Social Support as Predictors of Self-Care Behaviors and Glycemic Control in Individuals With Type 2. *Clinical Nursing Research*, 27(4), 395–413. <https://doi.org/10.1177/1054773816688940>
- Aylaz, R., Karadağ, E., Işık, K. y Yildirim, M. (2015). Relationship between social support and fatigue in patients with type 2 diabetes mellitus in the east of turkey. *Japan Journal of Nursing Science*, (12), 367–376. <https://doi.org/10.1111/jjns.12076>
- Belgüzar, K. (2017). Self-Rated Health and Associated Factors in Older Turkish Adults With Type 2 Diabetes: A Pilot Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(1), 40-47. <https://doi.org/10.1177/1043659615601484>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2012). Ley General de Salud. *México*. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2012.01.001>
- Devchand, R., Nicols, C., Gallivan, J. M., Tiktin, M., Krause-Steinrauf, H., Larkin, M. y Tuncer, D. M. (2017). Assessment of a National Diabetes Education Program diabetes management booklet: The GRADE experience. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(5), 255-263. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12445>
- Gomes, L. C., Coelho, A. C. M., Gomides, D. dos S., Foss-Freitas, M. C., Foss, M. C. y Pace, A. E. (2017). Contribution of family social support to the metabolic control of people with diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial. *Applied Nursing Research*, 36, 68-76. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.009>
- Grove, S. K., Burns, N. y Gray, J. R. (2013). *The Practice of Nursing Research appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (7th ed.). Elsevier.
- Grove, S. K. y Ciper, D. J. (2017). *Statistics for Nursing Research: A workbook for Evidence-Based Practice* (2nd ed). Elsevier.
- Houser, J. (2018). *Nursing Research: Reading, using, and creating evidence* (4th ed.). JONES & BARTLETT LEARNING.

- Huang, M., Zhao, R., Li, S. y Jiang, X. (2014). Self-management behavior in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional survey in western urban China, *PLoS ONE*, 9(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095138>
- Huck, S. W. (2012). *Reading Statistics and Research (6<sup>th</sup> edition)*. Pearson.
- International Diabetes Federation [IDF]. (2017). IDF Diabetes Atlas. In *International Diabetes Federation* (8<sup>th</sup> edition). [https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF\\_DA\\_8e-EN-final.pdf](https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf)
- Kim, C.J., Schlenk, E. A., Kim, D. J., Kim, M., Erlen, J. A. y Kim, S.E. (2015). The role of social support on the relationship of depressive symptoms to medication adherence and self-care activities in adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 2164-75 <https://doi.org/10.1111/jan.12682>
- Koetsenruijter, J., Van Lieshout, J., Lionis, C., Portillo, M. C., Vassilev, I., Todorova, E., Foss, C., Gil, M. S., Knutsen, I. R., Angelaki, A., Mujika, A., Roukova, P., Kennedy, A., Rogers, A. y Wensing, M. (2015). Social Support and health in diabetes patients: An observational study in six european countries in an era of austerity. *PLoS ONE*, 10(8), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135079>
- Martínez, Y. V., Campbell, S. M., Hann, M. y Bower, P. (2016). The individual contribution and relative importance of self-management and quality of care on glycaemic control in type 2 diabetes. *Salud Pública De México*, 58(4), 404-411. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i4.8020>
- Mayberry, L. S. y Osborn, C. Y. (2014). Family involvement is helpful and harmful to patients' self-care and glycemic control. *Patient Education and Counseling*. 97(3), 418-425. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.09.011>
- Naderimagham, S., Niknami, S., Abolhassani, F., Hajizadeh, E. y Montazeri, A. (2012). Development and psychometric properties of a new social support scale for self-care in middle-aged patients with type II diabetes (S4-MAD). *BMC Public Health*, (12), 1035. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1035>
- Ramkisson, S., Pillay, B. J. y Sibanda, W. (2017). Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 9(1), 1–8. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1405>

- Richard, A. A. y Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>
- Schmitt, A. (2013). The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): Development and evaluation of an instrument to assess diabetes ... The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activitie. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-138>
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigaciones para la Salud. *Ley General de Salud*. [http://sitios1.dif.gob.mx/normateca/wp-content/Archivos/Normateca/DispGrales/ReglamentoLeyGeneralSalud\\_MateriaInvestigacion\\_Ago2014.pdf](http://sitios1.dif.gob.mx/normateca/wp-content/Archivos/Normateca/DispGrales/ReglamentoLeyGeneralSalud_MateriaInvestigacion_Ago2014.pdf)
- Sendhilkumar, M., Tripathy, J. P., Harries, A. D., Dongre, A. R., Deepa, M., Vidyulatha, A., Poongothai, S., Venkatesan, U., Anjana, R. y Mohan, V. (2017). Factors associated with high stress levels in adults with diabetes mellitus attending a tertiary diabetes care center, Chennai, Tamil Nadu, India. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 21(1), 56-63. <https://doi.org/10.4103/2230-8210.196006>
- Shi, M., Xu, M.-Y., Liu, Z.-L., Duan, X.-Y., Zhu, Y.-B., Shi, H.-M., Jiang, B., Zhang, X.-M., y Yu, X.-H. (2016). Effectiveness of family involvement in newly diagnosed type 2 diabetes patients: a follow-up study. *Patient Education and Counseling*, 99(5), 776-782. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.018>
- Sukkarieh-Haraty, O. y Howard, E. (2015). Is Social Support Universally Adaptive in Diabetes? A Correlational Study in an Arabic-Speaking Population With Type 2 Diabetes. *Holistic Nursing Practice*, 29(1), 97-47. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000060>
- Thojampa, S. y Mawn, B. (2017). The moderating effect of social cognitive factors on self-management activities and HbA1c in Thai adults with type-2 diabetes. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(10), 34-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.12.006>

- Vissenberg, C., Nierkens, V., Van Valkengoed, I., Nijpels, G., Uitewaal, P., Middelkoop, B., y Stronks, K. (2017). The impact of a social network based intervention on self-management behaviours among patients with type 2 diabetes living in socioeconomically deprived neighbourhoods: A mixed methods approach. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(6), 188-202. <https://doi.org/10.1177/1403494817701565>
- Xiang, Y., Luo, P., Cai, X., Tang, Y. y Wu, Z. (2017). Results of a pilot study of patient-to-patient education strategy on self-management among glycemic uncontrolled patients with diabetes. *Patient Preference and Adherence*, (11), 787-793. <https://doi.org/10.2147/PPA.S130060>
- Yamaguchi, S., Waki, K., Tomizawa, N., Waki, H., Nannya, Y., Nangaku, M., Kadowaki, T. y Ohe, K. (2017). Previous dropout from diabetic care as a predictor of patients' willingness to use mobile applications for self-management: A cross-sectional study. *Journal of Diabetes Investigation*, 8(4), 542-549. <https://doi.org/10.1111/jdi.12613>



## Intervención de enfermería para disminuir el sobrepeso/obesidad de mujeres en etapa preconcepcional: resultados preliminares

Nursing intervention to reduce overweight/obesity in preconceptionally overweight women: preliminary results

Jose Luis Higuera Sainz<sup>1</sup>, Alicia Álvarez-Aguirre<sup>2</sup>, Velia Margarita Cárdenas Villarreal<sup>3</sup>, Yaneth Guadalupe Acosta Valencia<sup>4</sup>, Geu Mendoza Catalán<sup>5</sup>  
Universidad Autónoma de Baja California, Universidad de Guanajuato y  
Universidad Autónoma de Nuevo León, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>6</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción:** Los problemas de Sobrepeso (SP) y Obesidad (OB) afectan a todos los grupos de edad, especialmente a las mujeres en edad reproductiva, por esta razón se recomienda orientar los programas de prevención y manejo hacia la preconcepción. **Objetivo:** identificar el efecto de una intervención de enfermería con bases en Autocontrol para reducir el Sobrepeso/Obesidad de Mujeres en etapa preconcepcional de Mexicali, Baja California. **Metodología:** Fue un estudio cuasiexperimental con un solo grupo, el tamaño de muestra fue de n=25 participantes. Las participantes recibieron siete sesiones presenciales y dos refuerzos. Toda la información fue recabada mediante cédulas de datos personales y antropométricos. **Resultados:** las participantes disminuyeron todos los indicadores antropométricos evaluados ( $p < .05$ ). **Conclusión:** la intervención de enfermería basada en autocontrol disminuye el SP y OB de las mujeres en etapa preconcepcional.

*Palabras clave:* ensayo clínico, enfermería, mujer, sobrepeso, obesidad

<sup>1</sup> Doctor, Profesor Investigador, Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Baja California, [higueraj99@uabc.edu.mx](mailto:higueraj99@uabc.edu.mx)

<sup>2</sup> Profesora, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Departamento de Enfermería Clínica, [alicia.alvarez@ugto.mx](mailto:alicia.alvarez@ugto.mx)

<sup>3</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

<sup>4</sup> Correspondencia remitir a Estudiante de Doctorado, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, [yg.acostavalencia@ugto.mx](mailto:yg.acostavalencia@ugto.mx)

<sup>5</sup> Doctor, Profesor Investigador, Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Baja California, [geu.mendoza@uabc.edu.mx](mailto:geu.mendoza@uabc.edu.mx)

<sup>6</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

**Introduction:** Overweight (SP) and Obesity (OB) problems affect all age groups, especially women of reproductive age, for this reason it is recommended to orient prevention and management programs towards preconception. **Objective:** To identify the effect of a nursing intervention based on self-management to reduce overweight/obesity in preconception women in Mexicali, Baja California. **Methodology:** It was a quasi-experimental study with a single group, the sample size was n=25 participants. Participants received seven face-to-face sessions and two reinforcement sessions. All the information was collected by means of personal and anthropometric data questionnaires. **Results:** the participants decreased all the anthropometric indicators evaluated ( $p < .05$ ). **Conclusion:** the nursing intervention based on self-management reduces the SP and OB of women in preconception stage.

*Key words:* clinical trial, nursing, female, overweight, obesity

Los problemas de SP y OB en México afectan a todos los grupos de edad, especialmente al de la mujer en edad reproductiva (20 a 49 años), considerando los resultados de las últimas Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSA, 2000; ENSANUT, 2012; ENSANUT, 2016) las prevalencias combinadas de SP y OB en las mujeres han presentado una tendencia progresiva de 61% en 1999 a 75.6% en 2016, por lo que aplicar estrategias y programas dirigidos a la prevención y control del SP y la OB en la mujer es una prioridad emergente, no solo para el sistema de salud sino para todas las instancias que puedan intervenir.

Desde hace algunos años se ha implementado un gran número de intervenciones para dar solución a los problemas de Sobrepeso (SP) y Obesidad (OB), por lo que es posible encontrar diversas intervenciones para educar sobre la importancia de la práctica de actividad física y la eliminación de las dietas poco saludables (Reynolds et al., 2013), a pesar de ello, los resultados conseguidos siguen siendo insatisfactorios para la resolución del problema. Por lo que, se recomienda que las intervenciones sean diseñadas con base a un manejo más integral del estilo de vida, además de la inclusión de situaciones que favorezcan la adopción de comportamientos más saludables (Jensen et al., 2014).

Tomando como referencia este panorama, se propuso utilizar técnicas de cambio de comportamiento como una estrategia para asegurar el éxito de las intervenciones, en especial en aquellas relacionadas con los problemas de SP y OB (Wing, 2001). Sin embargo, es importante realizar una rigurosa discriminación de estas técnicas antes de apoyarse en alguna de ellas, especialmente por la gran cantidad existente y los múltiples efectos reportados en la literatura que podrían ser desde nulos hasta muy exitosos (Ackermann et al., 2008; Lakerveld et al., 2013).

Atendiendo estas consideraciones, una revisión sistemática identificó los mediadores más exitosos para el control de peso, actividad física e ingesta dietética a mediano (6 a 11 meses) y largo plazo (12 a 24 meses) en intervenciones que buscaban un cambio de comportamiento en adultos con SP y OB. A mediano plazo, el autocontrol era el predictor más consistente para la regulación del peso tras alcanzar el éxito en el 92% de los casos, seguido de la autoeficacia y una imagen corporal más positiva en el 67% de los casos. En cuanto a la ingesta alimentaria, el autocontrol y autoeficacia mostraron resultados exitosos en el 75% de los casos. Finalmente, en relación con la actividad física, la imagen corporal y la autoeficacia presentaron los resultados más efectivos (Teixeira et al., 2015).

Otros estudios han mostrado evidencia de intervenciones en el estilo de vida a través de técnicas de autocontrol que han logrado pérdidas significativas de peso corporal en sus participantes, además de mejorar el estado de salud de los participantes reduciendo riesgos de relacionados con la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedades cardiovasculares (Teixeira et al., 2015).

El “autocontrol” es un proceso que puede llegar a hacer uso de varias técnicas dirigidas a mejorar la capacidad de supresión o de inhibición de comportamientos indeseables a partir de un "yo activo" que inicia su mediante la planeación de objetivos y un entrenamiento en habilidades que le permiten reducir las barreras enfrentadas en la búsqueda de objetivos a largo plazo (Dombrowski, et al., 2012).

Además de efectos identificados también se han reportado cambios en el comportamiento, autopercepción de la salud, un aumento de la conciencia, la percepción de confianza en sí mismo, y su disposición a asumir responsabilidades, inclusive aquellos que no muestran mejoría en el comportamiento también han reportado algún beneficio en otro aspecto impactado por el beneficio de participar en la intervención (Neuner-Jehle et al., 2013).

Por lo tanto, es sumamente importante establecer acciones de autocontrol en un momento preciso y estratégico, por ello y desde hace algunos años se han creado iniciativas relacionadas con la salud y atención médica de la mujer durante en edad reproductiva, su objetivo es que el personal de salud (médicos, enfermeras, psicólogos y otros proveedores) ayuden a que todas estas mujeres logren una salud y bienestar óptimos, fomentando un curso de vida más saludable tanto para ellas como los hijos que puedan tener. Los componentes clave de estas iniciativas están enfocados en mejorar la salud y el bienestar de las mujeres adultas jóvenes en etapa preconcepcional, independientemente de su deseo de tener hijos.

Utilizando estas razones como fundamento, se propuso el siguiente objetivo de investigación: Identificar el efecto de una intervención de enfermería con bases en Autocontrol para reducir el Sobrepeso/Obesidad de Mujeres en etapa preconcepcional de Mexicali, Baja California.

## **MÉTODO**

Estudio cuasiexperimental con un solo grupo

### **Participantes**

Las participantes del estudio fueron mujeres en etapa preconcepcional con edades comprendidas entre 20 y 30 años, con presencia de un IMC entre 25 kg/m<sup>2</sup> y 35kg/m<sup>2</sup> (sin necesidad actual de recibir un tratamiento quirúrgico o bariátrico) residentes del municipio de Mexicali, Baja California.

El tamaño de muestra fue calculado estimando un 95% de confianza, 5% de error, una potencia de 80% y tamaño de efecto (d) de .08 dando como resultado un tamaño de muestra de 25 participantes.

### **Instrumentos y materiales**

Para la recolección de los datos se llenó una Cédula de Datos Personales y Antropométricos [CDPyA] conformada por dos secciones, la primera recopiló los datos sociodemográficos (edad, estado civil, número de hijos, escolaridad, ocupación, ingresos y religión) y la segunda datos de SP/OB donde se incluían los indicadores antropométricos de las personas (peso, talla, índice de masa corporal, porcentaje de grasa corporal, circunferencia de cintura, circunferencia de cadera e índice cintura cadera). Los valores de referencia para la identificación del sobrepeso y obesidad a través del IMC fueron los establecidos por la OMS en kg/m<sup>2</sup> para las siguientes categorías: normopeso: 18.5 a 24.9, sobrepeso: 25 a 29.9, obesidad clase 1: 30 a 34.9 y obesidad clase 2: 35 a 39.9)

### **Medición de los indicadores antropométricos**

Para la medición del peso y porcentaje de grasa corporal se utilizó una Báscula marca Tanita UM-028F Body Fat Monitor Fitscan, que es un monitor de composición corporal con sensor de cuerpo completo cuenta con capacidad para medir la composición corporal utilizando sensores para leer el cuerpo con precisión, esta báscula cuenta con precisión dentro de los 100gr.

La talla se midió con un estadiómetro móvil marca SECA 213, el quipo mide de 20 a 205cm. Cuenta con una corredera deslizable que facilita el ajuste y asegura resultados más precisos.

Para la medición de perímetros se utilizó una cinta métrica a de acero flexible marca Lufkin con una longitud 200cms de largo, graduación milimétrica, con una anchura menor a 7 mm y un espacio sin graduar (zona neutra) de 5 cm antes de la línea del cero.

Este es un equipo recomendado por la Sociedad Internacional para el Avance de la Kinantropometría (ISAK) para la valoración de los pliegues cutáneos.

### **Procedimiento**

El estudio fue sometido a evaluación por parte del Comité de Investigación y ética Secretaria de Salud de Mexicali, Baja California. Después de obtener las aprobaciones de los comités, se llevó a cabo una difusión masiva mediante medios de comunicación locales (páginas de internet), posteriormente se realizó un registro de las personas interesadas en participar, se les realizó una entrevista y aplicó un cuestionario filtro para verificar que cumplieran con los criterios de inclusión (quienes no cumplieran con los criterios fueron canalizadas a las áreas correspondientes para recibir la atención que ellos requieren), a las personas que cumplieron con los criterios se les entregó información acerca de la intervención, la logística a seguir y las actividades que debían desempeñar como participantes.

El programa de intervención se llevó a cabo durante un periodo de seis meses, tiempo en el que se impartieron siete sesiones planeadas estratégicamente donde las participantes recibieron un entrenamiento en autocontrol, a través de capacitación y seguimiento sobre el autocontrol de la alimentación, actividad física, además del manejo del proceso de pérdida de peso. Antes de las sesiones, se establecieron dos reuniones para realizar la entrevista de selección y la medición basal de las participantes, a partir de la sesión uno a la seis se llevó a cabo la entrega del tratamiento de la intervención con una periodicidad quincenal, la sesión siete y los dos refuerzos se llevaron a cabo con una periodicidad mensual.

El facilitador y auxiliares de intervención fueron habilitados para la entrega de la intervención, recibieron el manual del facilitador con la instrucción de apegarse completamente al este documento, cuidando en todo momento seguir los guiones prescritos.

Posterior a las sesiones se realizaron dos reuniones más donde se llevaron a cabo la medición post intervención y la clausura del programa de intervención, ambas se realizaron en la semana siguiente al cumplimiento del periodo de seis meses. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 90 a 120 minutos y se llevaron a cabo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Campus Mexicali, de junio a noviembre de 2019, en la ciudad de Mexicali, Baja California, México.

Para la captura y análisis de los datos del estudio se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 24. Para realizar la descripción de las variables evaluadas en las participantes se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central (media y mediana) y de variabilidad (desviación estándar) para las variables continuas.

Para realizar una comparación de las variables principales antes y después de la intervención se utilizó la prueba de Shapiro Wilks tomando como referencia principal el tamaño de muestra del grupo (n=19) y decidir sobre los estadísticos paramétricos o no paramétricos (*t* Student o U de Manwhitney).

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación (2017) y se tomó en consideración lo establecido en el Título II, relacionado a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, cuidando estrictamente el completo respeto a los artículos: 13, 14, 16, 17, 21, 57 y 58 de esta ley en materia de investigación.

## **RESULTADOS**

Al finalizar la intervención, la muestra final quedó integrada por 19 mujeres, debido a que seis se retiraron en el transcurso de la intervención por motivos laborales (3), familiares (2) y personales (1).

El promedio de edad de las participantes fue de 26.63;  $DE=3.49$  años, presentaron un nivel de escolaridad de 15.5;  $DE=2.84$  años de educación, el estado civil más frecuente fue soltera (47.4%), la religión católica se presentó como la más usual (57.9%) además, la mayoría de las mujeres desempeña algún tipo de empleo como ocupación principal.

Por último, casi la mitad de las participantes (47.4%) señalaron tener hijos, ver tablas 1 y 2.

**Tabla 1***Características sociodemográficas de las participantes (variables continuas)*

Característica	<i>Md</i>	$\bar{X}$	<i>DE</i>
Edad	27	26.63	3.49
Escolaridad	16.5	15.5	2.84

Nota:  $n=19$ , *Md*=Mediana,  $\bar{X}$ = Media, *DE*= Desviación Estándar

**Tabla 2***Características de sociodemográficas de las participantes (variables categóricas)*

Característica	<i>f</i>	%	Característica	<i>f</i>	%
Estado civil			Ocupación		
Soltera	9	47.4	Empleada	10	52.6
Casada	7	36.8	Estudiante	5	26.3
Unión libre	3	15.8	Trabajadora independiente	2	10.5
Separada	0	0	Ama de casa	2	10.5
Religión			Número de Hijos		
Ninguna	7	36.8	Sin hijos	10	52.6
Católica	11	57.9	Un hijo	6	31.6
Cristiana	1	5.3	Dos hijos	2	10.5
			Tres hijos	1	5.3

Nota:  $n=43$ , *f*=Frecuencia, %= Porcentaje.

Con relación a la reducción del SP y OB, es posible observar una disminución en todos los indicadores antropométricos evaluados, además se muestra una diferencia significativa con un efecto de moderado a alto en beneficio de una reducción en la composición corporal de las participantes, ver tabla 3.

**Tabla 3**

*Comparación de los indicadores antropométricos antes y después de la implementación de la intervención*

Indicadores	Medición basal		Medición post intervención		<i>t</i> (18)	<i>p</i>	<i>d</i>
	$\bar{x}$	DE	$\bar{x}$	DE			
Peso (Kg)	77.95	11.96	73.29	12.08	7.740	.000	.39
Índice de Masa corporal	30.81	3.30	28.94	3.67	7.023	.000	.54
Circunferencia de cintura (Cm)	88.37	7.20	84.70	7.72	4.701	.000	.49
Circunferencia de cadera (Cm)	109.47	7.67	105.56	7.31	10.083	.000	.54
Perímetro de brazo relajado (Cm)	34.08	2.67	30.10	3.47	9.518	.000	1.29
Perímetro de brazo flexionado (C)	31.90	2.36	29.80	3.49	4.113	.001	.70
Perímetro de pierna (Cm)	39.51	2.66	37.06	2.90	9.359	.000	.88
Porcentaje de grasa (Kg)	37.76	4.37	35.80	4.55	6.208	.000	.44

Nota: *n*=43,  $\bar{X}$ = Media, DE= Desviación Estándar, *t*= *t* de Student, *p*= significancia, *d*= Efecto de Cohen

**Tabla 4**

*Sobrepeso/obesidad antes y después de la implementación de la implementación de la intervención*

Indicadores	<i>f</i>	%	<i>Chi</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>	<i>Phi</i>	<i>p</i>
Índice de Masa corporal (medición basal)						
Sobrepeso	7	36.8				
Obesidad 1	12	63.2				
Índice de Masa corporal (Post intervención)			11.633	.000	.78	.000
Peso normal	3	15.8				
Sobrepeso	7	36.8				
Obesidad 1	9	47.4				
Obesidad 2	0	0				
Perímetro de cintura (medición basal)						
Perímetro normal	2	10.5				
Obesidad abdominal	17	89.5	8.382	.004	.66	.004
Perímetro de cintura (Post intervención)						
Perímetro normal	4	21.1				
Obesidad abdominal	15	78.6				
Riesgo Cardiovascular según ICC (medición basal)						
Sin riesgo	7	36.8				
Riesgo bajo	9	47.4				
Riesgo elevado	3	15.8	15.200	.004	.89	.004
Riesgo Cardiovascular según ICC (Post intervención)						
Sin riesgo	10	52.6				
Riesgo bajo	6	31.6				
Riesgo elevado	3	15.8				

Nota: *f*=Frecuencia, %= porcentaje.

Finalmente, también fue posible identificar que las mujeres que recibieron la intervención disminuyeron en mayor proporción el sobrepeso/Obesidad a los seis meses de la implementación, ver tabla 4.

## DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue: Identificar el efecto preliminar de una intervención de enfermería con bases en Autocontrol para reducir el Sobrepeso/Obesidad de Mujeres en etapa preconcepcional de Mexicali, Baja California. Con los resultados preliminares del presente estudio fue posible identificar que la intervención de enfermería disminuye el sobrepeso y obesidad en las mujeres durante esta etapa.

Los resultados han impactado diversos indicadores antropométricos, especialmente aquellos que dependen directamente de la grasa corporal como: perímetros, porcentaje de grasa, peso e índice de masa corporal. Lo que concuerda con los hallazgos de otros estudios dirigidos a la pérdida de peso corporal, demostrando que estos indicadores antropométricos mejoran considerablemente y es posible disminuir el sobrepeso y obesidad con este tipo de intervenciones.

En nuestros hallazgos, podemos observar un índice de masa corporal cercano al de obesidad grado 1, que al final de la intervención disminuye cerca de dos puntos y se ubica en los límites superiores del sobrepeso, un dato que podría indicar el éxito de la reducción de peso. Este tipo de resultados, donde existe una reducción del IMC también ha sido reportado por otros estudios (Vaquero-Cristobal, 2015), pero con diferencias en las reducciones, lo podría deberse a que las intervenciones utilizan diferente número de componentes, por ejemplo, el desarrollo de actividades que impacten la alimentación, actividad física y el proceso emocional de las participantes durante la reducción del peso.

La estrategia presencial y los seis meses de duración del presente estudio permitieron brindar un seguimiento controlado de los indicadores antropométricos, por otro lado, también existe evidencia de estudios que han mostrado efectos de pequeños a los tres meses y moderados 24 meses (Appel et al., 2011; Seguin, et al., 2019), inclusive señalan encontrar hallazgos en la estrategia presencial con reducciones importantes en el peso corporal al intervenir una población más heterogénea, de ambos sexos y con edades entre 21 y 59 años, del área urbana y rural, lo que podría indicar que este tipo de programas muestran ser efectivos desde los tres meses y en diferentes poblaciones.

Las intervenciones desarrolladas específicamente en las mujeres en la etapa preconcepcional también han mostrado su impacto alcanzado (van Elten et al., 2018) un Ensayo Controlado Aleatorio (ECA) diseñado para explorar el efecto de una intervención de estilo de vida previa a la concepción en un grupo de mujeres con obesidad e infertilidad, reporta pérdidas de peso significativamente mayores que los controles, además de una reducción en el consumo de bebidas azucaradas, bocadillos salados, bocadillos dulces y un aumento en la actividad física, lo que podría traducirse en beneficios para la salud cardiometabólica de las participantes, además de indicar la importancia de realizar una evaluación más completa de otro tipo de información aparte de los indicadores antropométricos.

Sin embargo, en este estudio, se detectó como una debilidad que no podría comparar el aumento de la actividad física, o la reducción de alimentos no recomendables como bebidas y bocadillos, lo que debe considerarse en futuros estudios debido a que, tanto la actividad física como la alimentación deben modificarse para reducir el peso de las participantes, y estos datos se relacionan con el desequilibrio o equilibrio entre la ingesta y el gasto calórico, en especial cuando se trata de la energía proveniente de los carbohidratos, proteínas y grasas, que al acumularse en el organismo se convierten en grasas de reserva en el organismo humano (Marks & Howard, 1997).

Otros indicadores utilizados en este estudio para evaluar el sobrepeso y obesidad fueron los perímetros de brazo, pierna y porcentaje de grasa corporal, en base a ello, fue posible identificar un efecto que disminuyó tanto el porcentaje de grasa corporal como los perímetros de las participantes.

Estos mismos indicadores también han sido considerados por otros estudios de intervención realizados en mujeres jóvenes (Lobstein et al., 2004; Ares et al., 2019), donde al modificar la dieta y actividad física, es posible apreciar los efectos de reducción de peso en la masa grasa y muscular desde las semanas 4, 12 y 16, demostrando otra vez la viabilidad de la presente intervención y su impacto en la disminución de estos indicadores.

Por otro lado, el Índice Cintura Cadera (ICC) es otro indicador antropométrico que brinda información acerca de los niveles de grasa intraabdominal, este índice puede conocerse al dividir el perímetro de la cintura entre el de la cadera. Actualmente se sabe que los valores normales para el ICC de las mujeres deben ser  $\leq 0.85$  y que los valores superiores indican la existencia de obesidad abdominovisceral que se asocia con riesgo cardiovascular aumentado y mayor probabilidad de contraer diabetes e Hipertensión Arterial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

En este estudio, también encontramos un efecto que disminuía el perímetro de cintura, el perímetro de cadera y por ende, el índice cintura cadera de las participantes del grupo de intervención, un hallazgo similar al reportado por otros autores (Seguin et al., 2019) de un programa multidisciplinar de actividad física y educación nutricional con asesoría psicológica que muestra un impacto importante en estos indicadores que reducen la existencia de obesidad abdominovisceral y disminuyen los riesgos.

Sin duda alguna, los efectos alcanzados en este estudio podrían deberse a varios factores, entre ellos el aumento de la intensidad de actividad física y la regulación equilibrada de la alimentación de las participantes.

Por otro lado, el ingrediente activo del programa de intervención al que fueron sometidas las participantes del grupo de intervención cuenta con bases en autocontrol, este último definido como un proceso mediante el cual una persona altera intencionalmente sus propios pensamientos, emociones, impulsos, desempeño y comportamientos, para alinearlos con estándares o ideas acerca de cómo algo debe o no debe ser (Baumeister et al., 2016).

En este caso, la intervención con bases en autocontrol les ayudaba a comprender, organizar, ejecutar y mantener la forma correcta de organización referente a su alimentación, actividad física y otras actividades dirigidas al control de su peso, una situación similar al estudio que utiliza la autoeficacia y con técnicas similares a las utilizadas por el programa multidisciplinar.

Aparte del presente estudio, existe una gran cantidad de evidencia respalda el papel del autocontrol para lograr resultados exitosos en los programas de pérdida de peso conductual, a la fecha, se concibe al autocontrol como una de las habilidades humanas más importantes, debido a su impacto sobre muchas conductas diarias y el éxito que permite a las personas a través de la regulación de sus impulsos (Muraven et al., 1999). Además, el autocontrol se muestra también como una habilidad humana fundamental y necesaria para mantenerse alineado con las reglas o los objetivos que las personas establecen y alcanzan mediante la regulación y el cambio de experiencias internas o circunstancias (Baumeister et al., 1994; Tangney et al., 2004).

El autocontrol es distintivamente humano, permite a las personas adaptarse a diversas situaciones y anular o modificar sus respuestas, incluso cambiarse a sí mismas para cumplir con los estándares sociales y de otro tipo. Al mismo tiempo, este autocontrol, se presenta como un proceso de personalidad importante mediante el cual las personas intentan ejercer control sobre sus pensamientos, sus sentimientos, sus impulsos, deseos y su forma de actuar en las tareas desempeñadas.

Por otro lado, esta capacidad humana de autocontrol ha mostrado ser mucho mayor en comparación con la que se encuentra los animales, lo que puede sugerir que durante la evolución ha llegado a convertirse en uno de los rasgos más distintivos de los humanos (Tangney et al., 2004; Baumeister, 2005).

En la actualidad es bien sabido, que este autocontrol se asocia positivamente con una serie de resultados positivos para las personas, y que es posible mejorar esta habilidad debido a que la evidencia señala su comportamiento en similitud con un músculo que puede llegar a fortalecerse mediante un uso activo o debilitarse si no se utiliza. Este tipo de afirmaciones, muestran el efecto positivo que podría llegar a tener un entrenamiento en autocontrol, inclusive las evidencias que respaldan las afirmaciones muestran resultados favorables al final del entrenamiento.

## **CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES**

Tomando como base los resultados del presente estudio se concluye que la mayoría de las mujeres con interés de participar en este tipo de intervenciones pertenecen al estado civil soltera, profesan una religión católica, desempeñan algún tipo de empleo como ocupación principal y aquellas con hijos también tienen interés de participar y mantenerse en este tipo de programas. Que el efecto de la intervención disminuye el sobrepeso/obesidad de las mujeres en etapa preconcepcional, específicamente sobre indicadores como: perímetros, porcentaje de grasa, peso e índice de masa corporal.

El efecto preliminar encontrado en este estudio dirigido a la disminución del sobrepeso y obesidad podría traer beneficios futuros tanto a las mujeres en etapa preconcepcional y posteriormente inclusive generalizarse a otro tipo de poblaciones, sin embargo, consideramos que por el momento debe seguirse probando y modificando para obtener mejores resultados.

Algunas limitaciones que consideramos deben de atenderse en las pruebas posteriores de la intervención están relacionadas con la integración de un grupo control, la medición del efecto del autocontrol sobre la alimentación y la actividad física y no solo sobre los indicadores antropométricos.

## REFERENCIAS

- Ackermann, R. T., Finch, E. A., Brizendine, E., Zhou, H., & Marrero, D. G. (2008). Translating the Diabetes Prevention Program into the community. The DEPLOY Pilot Study. *American journal of preventive medicine*, 35(4), 357–363.  
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.06.035>
- Appel, L. J., Clark, J. M., Yeh, H. C., Wang, N. Y., Coughlin, J. W., Daumit, G., Miller, E. R., 3rd, Dalcin, A., Jerome, G. J., Geller, S., Noronha, G., Pozefsky, T., Charleston, J., Reynolds, J. B., Durkin, N., Rubin, R. R., Louis, T. A., & Brancati, F. L. (2011). Comparative effectiveness of weight-loss interventions in clinical practice. *The New England journal of medicine*, 365(21), 1959–1968.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1108660>
- Ares-Blanco, J., Valdés-Hernández, S., Botas Cervero, P., Sánchez-Ragnarsson, C., Pujante-Alarcón, P., Menéndez-Torre, E., & Delgado-Álvarez, E. (2019). Estimation of body fat mass using the CUN-BAE index and mortality risk by sex in the Asturias Study cohort. Estimación de grasa corporal según ecuación CUN-BAE e IMC y riesgo de mortalidad por sexos en la cohorte del Estudio Asturias. *Endocrinología, diabetes y nutrición*, 66(8), 487–494.  
<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2019.02.008>
- Baumeister, R. F. (2005) *The cultural animal: Human nature, meaning, and social life*. New York: Oxford University Press.
- Baumeister, R.F. & Vohs, K.D. (2016). Strength model of self-regulation as limited resource: Assessment, controversies, update. *Advances in Experimental Social Psychology*, 54, 67-127. 10.1016/bs.aesp.2016.04.001
- Baumeister, R.F., Heatherton, Todd, F. & Tice, D.M. (1994). *Losing control: how and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.

- Dombrowski, S. U., Sniehotta, F. F., Avenell, A., Johnston, M., MacLennan, G., & Araújo-Soares, V. (2012). Identifying active ingredients in complex behavioural interventions for obese adults with obesity-related co-morbidities or additional risk factors for co-morbidities: a systematic review. *Health Psychology Review*, 6 (1), 7–32. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.513298>
- Han, J. C., Lawlor, D. A., & Kimm, S. Y. (2010). Childhood obesity. *Lancet (London, England)*, 375(9727), 1737–1748. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60171-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60171-7)
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2016*. Consultado 20 de enero de 2019, disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2016.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud, 2000*. Consultado 20 de enero de 2019, disponible en: [http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA\\_tomo1.pdf](http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf)
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Resultados por entidad Federativa (2012)*, Consultado 20 de enero de 2019, disponible en: [https://www.insp.mx/images/stories/ENSANUT/norte/Baja\\_California-OCT.pdf](https://www.insp.mx/images/stories/ENSANUT/norte/Baja_California-OCT.pdf)
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., Hu, F.B., Hubbard, V. S., Jakicic, J. M., Kushner, R. F., Loria C. M., Millen, B. E., Nonas, C. A, Pi-Sunyer F. X., Stevens, J., Stevens, V. J, Wadden, T. A., Wolfe, B. M., & Yanovski, S. Z (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Journal of the American college of cardiology*, 63(25 Part B), 2985-3023.
- Lakerveld, J., Bot, S. D., Chinapaw, M. J., van Tulder, M. W., Kostense, P. J., Dekker, J. M., & Nijpels, G. (2013). Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 10, 47. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-47>

- Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R., & IASO International Obesity TaskForce (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 5, 4–104. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2004.00133.x>
- Marks J., Howard A. (2011) La dieta Cambridge. Ed Cambridge export LTD.
- Monterrey, P. y Porroto, C. (2001). Procedimiento gráfico para la evaluación del estado nutricional de los adultos según el IMC. *Revista cubana de alimentación y nutrición*, 15(1):62-70.
- Muraven, M., Baumeister, R.F., & Tice, D.M. (1999). Longitudinal improvement of self-regulation through practice: building self-control strength through repeated exercise. *The Journal of social psychology*, 139(4), 446–457. <https://doi.org/10.1080/00224549909598404>
- Neuner-Jehle, S., Schmid, M., & Grüniger, U. (2013). The "Health Coaching" programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. *BMC family practice*, 14, 100. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-100>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004) *Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies*. Ginebra (Suiza), consultado 19 de enero de 2019, disponible en: [https://www.who.int/nutrition/publications/bmi\\_asia\\_strategies.pdf](https://www.who.int/nutrition/publications/bmi_asia_strategies.pdf)
- Reynolds, R.M., Allan, K.M., Raja, E.A., Bhattacharya, S., McNeill, G., Hannaford, P.C., Sarwar, N., Lee, A.J., Bhattacharya, S., & Norman, J.E. (2013) Maternal obesity during pregnancy and premature mortality from cardiovascular event in adult offspring: follow-up of 1 323 275 person years. *BMJ*, 347, f4539. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f4539>
- Secretaria de Salud. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México*. 2017. Consultado el 15 de mayo de 2019. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

- Seguin, R. A., Perry, C. K., Solanki, E., McCalmont, J. C., Ward, J. P., & Jackson, C. (2019). Mujeres Fuertes y Corazones Saludables, a Culturally Tailored Physical Activity and Nutrition Program for Rural Latinas: Findings from a Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(4), 630. <https://doi.org/10.3390/ijerph16040630>
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, 72(2), 271–324. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J. M., De Bourdeaudhuij, I., Lakerveld, J., & Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC medicine*, 13, 84. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0323-6>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Esparza-Ros, F., Muyor, J.M., López-Miñarro, P.A. (2015). Efectos de un programa de 16 semanas de Pilates mat sobre las variables antropométricas y la composición corporal en mujeres adultas activas tras un corto proceso de desentrenamiento. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4),1738-1747. ISSN: 0212-1611. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238513039>
- Wing, R.R., & Hill, J.O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual review of nutrition*, 21, 323–341. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.21.1.323>



## Barreras y Autoeficacia para la Actividad Física y Alimentación Saludable en Mujeres Embarazadas

Barriers and self-efficacy for healthy eating and physical activity in pregnant women

Elizabeth Guzmán-Ortiz<sup>1</sup>, Velia Margarita Cárdenas-Villarreal<sup>2</sup>, Claudia Ivonne Ramírez-Silva<sup>3</sup>, Alicia Álvarez-Aguirre<sup>4</sup>.  
Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>5</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción:** Las mujeres embarazadas, en su mayoría no se apega a un plan de alimentación saludable y actividad física; esto es evidente conforme aumentan las semanas de gestación. **Objetivo:** determinar la asociación de los factores personales y barreras percibidas con la autoeficacia percibida para la actividad física y alimentación saludable en mujeres embarazadas. **Método:** Fue un diseño descriptivo-transversal, una muestra de 222 participantes. Se utilizaron modelos de regresión lineal logística. **Resultados:** La edad se asoció con la autoeficacia para la actividad física y alimentación saludable. El número de gestas y trimestre, se asociaron con la autoeficacia de alimentación de la alimentación saludable. Los tipos de barreras de actividad física que se asociaron con la autoeficacia para realizar actividad física son: el entorno, tiempo, esfuerzo físico y el desánimo familiar. Las barreras que se asociaron con la autoeficacia para la alimentación saludable son: falta de tiempo, gastos, dificultades para cocinar comida saludable e inconveniencias. **Conclusión:** Las barreras de actividad física y alimentación saludable perjudican la seguridad de las futuras madres para llevar un estilo de vida saludable.

**Palabras clave:** Autoeficacia, barreras, actividad física, alimentación saludable, embarazo.

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a [elizabeth.guzman@ugto.mx](mailto:elizabeth.guzman@ugto.mx). Departamento de Enfermería y Obstetricia, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato. México.

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

<sup>3</sup> Centro de Investigación en Nutrición y Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

<sup>4</sup> Departamento de Enfermería Clínica, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato.

<sup>5</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

**Introduction:** Most pregnant women do not adhere to a healthy eating plan and physical activity; this is evident as the weeks of gestation increase. **Objective:** to determine the association of personal factors and perceived barriers with perceived self-efficacy for physical activity and healthy eating in pregnant women. **Method:** It was a design cross-sectional and descriptive, a sample of 222 participants. Were used Logistic linear regression models. **Results:** Age was associated with self-efficacy for physical activity and healthy eating. The number of pregnancies and trimester were associated with the self-efficacy of healthy eating. The types of physical activity barriers that are associated with self-efficacy to perform physical activity are: the environment, time, physical effort, and family discouragement. The barriers that are associated with self-efficacy for healthy eating are lack of time, expenses, difficulties in cooking healthy food and inconvenience. **Conclusions:** The barriers of physical activity and healthy eating impair the safety of future mothers to lead a healthy lifestyle.

**Keywords:** Self-efficacy, barriers, physical activity, healthy eating, pregnancy.

Tanto el sedentarismo como llevar una alimentación no saludable durante el embarazo puede afectar al desarrollo del producto, así como el estado fisiológico de la madre (Orloff, et al., 2016; Van Poppel, et al., 2019). Se ha reportado que más del 50% de las mujeres embarazadas no cumple con las recomendaciones de un plan de alimentación saludable (Rodríguez-Bernal, et al., 2013) y no realiza actividad física (Aguilar Cordero, et al., 2014).

Los estudios han examinado los factores biológicos y sociodemográficos tales como el ingreso, el nivel educativo (Lee, et al., 2016), la situación laboral, el origen étnico y el número de hijos (Nascimento, et al., 2015). Si bien es importante conocer las relaciones de los factores sociodemográficos, e identificar la población que pueden estar en mayor riesgo de sedentarismo, o adherencias a la alimentación saludable (Malek, et al., 2016) pero también, las cogniciones sociales tales como las barreras percibidas y la autoeficacia percibida representan características fácilmente modificables que pueden ser conceptos clave al diseñar e implementar intervenciones conductuales (Pender, et al., 2015).

Reciente revisión sistemática, menciona que existen múltiples barreras para realizar actividad física, como fatiga, falta de tiempo y molestias en el embarazo (Harrison, et al., 2018), y para las barreras de alimentación saludable, se reportan con más frecuencia la disponibilidad de los alimentos saludables, costos, falta de conocimiento, preferencias y los antojos (Arredondo, et al., 2018; Hromi-Fiedler, et al., 2016; O'Brien, et al., 2017).

El modificar conductas para obtener un estilo de vida saludable es complejo, el Modelo de Promoción de Salud (MPS) de Pender, señala que la motivación y la acción de las personas están reguladas por mecanismos anticipatorios de control, entre los que destaca la autoeficacia percibida, es decir la confianza que refiere tener la persona en sus capacidades para organizar y llevar a cabo un curso de acción (Pender, et al., 2015).

La autoeficacia se considera un concepto clave en la generación de competencias y predictor de la perseverancia de las personas frente a situaciones adversas. El MPS señala que la autoeficacia puede estar influida por las características personales y por las barreras que percibe la persona para realizar una acción. *Las barreras percibidas* representan bloqueos mentales u obstáculos como la indisponibilidad, inconveniencia, gastos, dificultad o consumo de tiempo para la ejecución de una acción (Pender, et al., 2015).

Hasta el momento, la mayoría de los estudios se han centrado en barreras de actividad física (Coll, et al., 2017; Sytsma, et al., 2018) y alimentación saludable (Hromi-Fiedler et al., 2016), pocos se centran en la asociación entre los tipos de barreras con la autoeficacia para la actividad física y alimentación saludable.

Así mismo, existen estudios sobre de las barreras percibidas en mujeres mexicanas, pero con metodología cualitativa (Lozada-Tequeanes, et al., 2015), sin embargo, no se ha valorado la asociación de las barreras de actividad física y alimentación saludable con la autoeficacia. Este estudio es uno de los primeros que considera explicar los factores personales, tipos de barreras con la autoeficacia percibida para realizar actividad física y llevar una alimentación saludable.

Por lo tanto, se plantean dos objetivos: 1) Determinar la asociación de los factores personales con autoeficacia percibida y las barreras percibidas para la actividad física y alimentación saludable en mujeres embarazadas y 2) Determinar la asociación de los tipos de barreras percibidas con la autoeficacia percibida para realizar actividad física y llevar una alimentación saludable en mujeres embarazadas.

## **MÉTODO**

### **Diseño**

Estudio descriptivo, transversal.

### **Participantes**

Participaron mujeres embarazadas mayores de 18 años de edad, con producto único, que asistieron al control prenatal en un hospital de segundo nivel, de lunes a viernes durante el turno matutino. El periodo de recolección se realizó durante seis semanas. Se excluyeron a las participantes que presentaban enfermedades cardiometabólicas (diabetes gestacional, preeclampsia, hipertiroidismo) y amenaza de aborto, esta información se verificó en el expediente clínico. La muestra se calculó mediante el paquete n'Query Advisor ® v 4.0, potencia de 90%, nivel de significancia de .05, con lo cual se obtuvo un tamaño de muestra de 222 mujeres embarazadas.

## **Instrumentos y materiales**

Para medir las barreras de actividad física, se utilizó la subescala de barreras para la actividad física. Esta subescala contiene 14 ítems, los cuales se clasifican en cuatro dimensiones: entorno (ítem 3, 4, 5,6,10 y 14), gasto de tiempo (ítem 1,9 y 12), esfuerzo físico (ítem 2,7 y 13) y desánimo familiar (ítem 8 y 11). La puntuación oscila entre 14 y 56, menor puntuación significa mayores barreras percibidas, para fines de análisis estadístico se invirtieron los valores. La escala ha reportado valores de confiabilidad aceptables (Ammouri, Neuberger, et al., 2007; Sechrist, et al., 2011). Para este estudio, reportó una confiabilidad interna aceptable alfa de Cronbach de .86.

Para evaluar las barreras percibidas para una alimentación saludable, se utilizó la Escala de Barreras para una Alimentación Saludable (Fowles, et al., 2004) la cual consta de 16 ítems, distribuidos en cinco dimensiones: indisponibilidad o falta de tiempo (ítems 1-2), gastos para comer saludable (ítems 3-5), dificultades para cocinar comida saludable (ítems 6-8), inconveniencias (ítems 9-11) y preferencias por grupos de alimentos (ítems 12-16), con cinco opciones de respuesta tipo. Las respuestas de los ítems del 1 al 5 fueron invertidas para su análisis. La puntuación total de la escala oscila entre 16 y 80, menor puntuación indica menor percepción de barreras. Para este estudio, reportó una confiabilidad interna aceptable de .85.

Para evaluar autoeficacia percibida de actividad física y de alimentación saludable se utilizó la Escala de Autoeficacia Percibida, que ha reportado confiabilidad aceptable (Kendall, et al., 2001). Esta escala contiene 8 ítems, los primeros 4 ítems valoran control del peso, el ítem 5 y 6 hábitos alimenticios y los ítems 7 y 8 valoran actividad física. Las opciones de respuesta son de tipo Likert de 5 puntos; El rango de puntuación posible para la escala total es de 8 a 40 puntos, a mayor puntuación mayor autoeficacia. En el presente estudio la escala reportó una confiabilidad interna aceptable de alfa de Cronbach.75.

## Procedimiento

Las participantes fueron abordadas en la sala de espera de la consulta de control prenatal, las que aceptaron se les solicitó la firma del consentimiento informado por escrito.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución educativa. Este estudio se apegó a los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki y a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Los datos obtenidos fueron capturados y analizados en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0. Se obtuvieron estadísticas descriptivas. Se utilizó el paquete estadístico Stata, para el análisis de los modelos de regresión logística para determinar la asociación de los factores personales (edad, los años de escolaridad, las semanas de gestación, número de hijos), el tipo de barreras percibidas con la autoeficacia percibida para la alimentación saludable y actividad física.

## RESULTADOS

Participaron un total de 222 mujeres embarazadas, de las cuales 219 se contemplaron para el análisis estadístico. La edad promedio de las participantes fue 23 años (DE=5.5) con 9.7 años (DE=2.3) de escolaridad. El 96.3%, (n = 211) se dedicaban a labores del hogar, la mayoría cursaba el tercer trimestre de gestación.

Se identificó baja percepción de barreras para la actividad física ( $\bar{x} = 40.68$ ;  $\pm = 6.88$ ) y de alimentación saludable ( $\bar{x} = 33.56$ ;  $\pm = 9.32$ ), datos mostrados en la tabla 1.

Tabla 1

*Descripción de las características generales de las participantes*

<b>Características sociodemográficas (n=219)</b>	<b>M (DE)</b>
Edad	23.25(5.56)
Años de escolaridad	9.71 (2.13)
Semanas de gestación	32.39 (7.54)
Número de hijos	1.18 (1.04)
Ninguno <i>f</i> (%)	68 (31.05)
Un hijo <i>f</i> (%)	77 (35.16)
Más de dos hijos <i>f</i> (%)	74 (33.79)
<b>Barreras</b>	
<b>Barreras de actividad física</b>	29.31(6.88)
Entorno del ejercicio	12.10 (3.22)
Gasto del tiempo	5.96(1.85)
Esfuerzo físico	7.19(1.86)
Desánimo familiar	4.04 (1.50)
<b>Barreras de alimentación saludable</b>	33.55(9.32)
Indisponibilidad	2.66 (1.13)
Gastos	2.01 (.95)
Dificultades	6.25 (2.73)
Inconveniencias	5.54 (2.91)
Preferencias	9.05 (3.93)
<b>Autoeficacia para la actividad física</b>	7.07 (2.04)
<b>Autoeficacia para la alimentación saludable</b>	8.25 (1.62)

**Nota:** *f* = frecuencia; % = porcentaje, M = Media, DE = Desviación Estandar.

Para identificar las variables determinantes que se asocian con la autoeficacia para la actividad física, se identificó que las mujeres más jóvenes presentan menor autoeficacia que las mujeres mayores (OR=0.3,  $p=.022$ ).

De acuerdo a los determinantes asociados con la autoeficacia para la alimentación saludable, las mujeres más jóvenes tienen menor autoeficacia (OR=.24,  $p=.016$ ). Las mujeres que se encuentran por primera vez embarazadas (OR=2.34,  $p=.043$ ) y en el segundo trimestre de embarazo (OR=5.01,  $p=.041$ ) perciben mayor autoeficacia.

Respecto a los factores personales con los tipos de barreras de actividad física, se encontró que las mujeres primigestas ( $OR=1.06, p < .05$ ) perciben menos barreras respecto al tiempo para realizar actividad física. Al contrario, las mujeres que cuentan con nivel básico de educación tienen mayor percepción de barreras en relación al esfuerzo físico ( $OR=2.12, p < .05$ ) y desánimo familiar ( $OR=2.18, p < .05$ ). Como resultado de los tipos de barreras de alimentación saludable, se identificó el nivel básico de estudios se asocia con mayor percepción de barrera de alimentación saludable, inconveniencias ( $OR=2.14, p < .05$ ) y preferencias ( $OR=3.33, p < .05$ ).

En relación, con los tipos de barreras de actividad física asociado con la autoeficacia para la actividad física, en la tabla 2 se muestra que, a mayor percepción de los tipos de barreras como el entorno, falta de tiempo, esfuerzo físico y el desánimo familiar, se asocian con una menor autoeficacia para realizar actividad física.

**Tabla 2**

*Asociación entre la percepción de autoeficacia y los tipos de barreras de actividad física.*

Tipos de barreras	Autoeficacia percibida de la actividad física			
	Tercil 2		Tercil 3	
Barreras de actividad física	OR	IC95%	OR	IC95%
Entorno				
Tercil 2	.93	0.435-1.981	0.48	0.199-1.148
Tercil3	<b>.33**</b>	0.149-0.716	<b>0.18**</b>	0.070-0.457
Tiempo				
Tercil 2	.55	0.253-1.175	<b>0.23**</b>	0.095-0.545
Tercil3	.56	0.241-1.317	<b>0.18**</b>	0.064-0.517
Esfuerzo físico				
Tercil 2	0.44	0.185-1.051	0.39	0.143-1.047
Tercil3	<b>0.46*</b>	0.229-0.938	<b>0.31**</b>	0.137-0.717
Desánimo familiar				
Tercil 2	0.66	0.309-1.429	0.52	0.225-1.210
Tercil3	0.46	0.212-1.016	<b>0.28**</b>	0.109-0.700
Global				
Tercil 2	0.54	0.248-1.171	<b>0.27**</b>	0.109-0.658
Tercil3	<b>0.38*</b>	0.172-0.832	<b>0.22**</b>	0.087-0.536

**Nota:** \* $p < .05$ . \*\* $p < .00$ ; Variables de ajuste al modelo: Entorno y tiempo (nivel de estudios y gestas), esfuerzo físico (nivel de estudios, gestas y trimestres), desánimo familiar y la escala global (nivel de estudios y trimestres). Datos no mostrados.

Se identificó que a mayor percepción de barreras de indisponibilidad o falta de tiempo para ir comprar comida saludable, percibir barreras sobre gastos, dificultades para cocinar comida saludable y inconveniencias relacionadas con la recursos para preparar comida se asocian con una menor autoeficacia para la alimentación saludable (tabla 3).

**Tabla 3**

*Asociación entre la percepción de autoeficacia y los tipos de barreras de alimentación saludable.*

Tipos de barreras		Autoeficacia percibida de la actividad física			
		Tercil 2		Tercil 3	
Barreras de alimentación saludable		OR	IC95%	OR	IC95%
Indisponibilidad	Tercil 2	<b>0.40*</b>	0.182-0.870	0.48	0.215-1.072
	Tercil3	0.58	0.253-1.346	0.41	0.162-1.026
Gastos	Tercil 2	1.89	0.811-4.389	0.62	0.274-1.388
	Tercil3	1.61	0.662-3.903	<b>0.28**</b>	0.106-0.737
Dificultades	Tercil 2	0.85	0.365-1.964	0.32	0.133-0.776
	Tercil3	0.73	0.307-1.737	<b>0.40*</b>	0.166-0.967
Inconveniencias	Tercil 2	1.14	0.513-2.512	0.52	0.230-1.167
	Tercil3	0.49	0.199-1.192	<b>0.25**</b>	0.095-0.649
Preferencias	Tercil 2	1.60	0.722-3.539	0.59	0.271-1.294
	Tercil3	1.50	0.572-3.940	0.62	0.231-1.638
Global	Tercil 2	1.21	0.527-2.786	0.61	0.266-1.377
	Tercil3	1.13	0.471-2.696	<b>0.39*</b>	0.157-0.971

**Nota:** \* $p < .05$ . \*\* $p < .00$ ; Variables de ajuste al modelo: indisponibilidad (gestas), gastos (nivel de estudios y gestas), dificultades, inconveniencias y preferencias (gestas y trimestres) y la escala global (edad y trimestres). Datos no mostrados.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio, se identificó que las barreras percibidas de actividad física, tales como el entorno, falta de tiempo, esfuerzo físico y el desánimo familiar, se asocian con una menor autoeficacia para realizar actividad física. Así mismo, las barreras percibidas de alimentación saludable, tales como indisponibilidad o falta de tiempo para ir comprar comida saludable, los gastos, dificultades para cocinar comida saludable e inconveniencias relacionadas con los recursos para preparar comida se asocian con una menor autoeficacia para la alimentación saludable.

De acuerdo a los resultados sobre autoeficacia percibida de actividad física. Estos hallazgos revelaron que las mujeres más jóvenes presentan menor autoeficacia que las mujeres mayores datos consistentes con otros estudios, por ejemplo en un estudio reportaron que las mujeres de mayor edad presentan mayor autoeficacia para la actividad física (Melton, et al., 2013), lo que puede explicarse que las mujeres mayores, tienen más experiencias y a la vez se sienten más seguras para realizar actividad física.

Los determinantes asociados a las barreras de actividad física, se identificó que las mujeres primigestas perciben menos barreras en relación al tiempo, comparado con las que tienen más hijos. Estudios cualitativos afirman, que la falta de tiempo se debe al cuidado y responsabilidades que dedican a los otros hijos (Flannery et al., 2018). Aunque en otros estudios con la misma metodología mencionan que las mujeres consideran a sus hijos como factores motivadores para ser más activas (Evenson, et al., 2009).

Otro factor asociado a la percepción de mayores barreras fueron los estudios básicos, datos inconsistentes con otros autores (Santos et al., 2014). Es decir, que las mujeres con mayor nivel educativo tienden a ser más activas (Lindqvist, et al., 2016)

No tener información necesaria sobre el tipo de actividad física que se debe realizar durante el embarazo, así como los beneficios de esta actividad, se puede traducir a creencias erróneas (Lozada-Tequeanes, et al., 2015). Dicho de otra manera, contar con estudios básicos limita a comprender el tipo de actividad física que se puede realizar durante el embarazo.

De acuerdo, a los hallazgos de los tipos de barreras de actividad física y la autoeficacia percibida, se identificó que todas las dimensiones se asocian con la autoeficacia de actividad física, estos resultados fueron similares a otros autores (Abdolaliyan, et al., 2017; Cramp, et al., 2009; Da Costa, et al., 2013; Thompson, et al., 2017; Watson, et al., 2016). Como era de esperar, cuanto más confianza exista en la mujer embarazada hay más probabilidad de participar en actividad física (Redmond, et al., 2015).

Hay que destacar, que en este estudio más del 80% de las participantes se encontraba en el tercer trimestre de embarazo. Por lo tanto, el esfuerzo físico se manifiesta con mayor frecuencia en el último trimestre, debido a los síntomas y las limitaciones, como el cansancio, la fatiga, las náuseas, el dolor físico y los cambios corporales que impiden que las mujeres durante el embarazo realicen actividad física (Harrison, et al., 2018).

En particular, el desánimo familiar, que comprende la falta de apoyo familiar para realizar actividad física perjudica que la mujer embarazada se sienta segura de sí misma para realizar actividad física (Shahry, et al., 2016). El desánimo familiar puede estar relacionado en la falta de información de los beneficios y la creencia de la familia acerca de la actividad física durante el embarazo, incluso en algunas culturas consideran el embarazo como un periodo vulnerable que requiere reposo y en población mexicana no es la excepción (Guelfi et al., 2015; Lozada-Tequeanes, et al., 2015). El apoyo de la familia es de gran importancia para que la mujer embarazada adopte conductas de estilos de vida saludable.

Por otra parte, este estudio identificó que las mujeres más jóvenes presentan menor autoeficacia percibida para la alimentación saludable que las mujeres mayores. Lo anterior, puede ser explicado según la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget quien menciona que las personas de diferentes edades pueden responder de manera diferente a las medidas de autoeficacia (Wadsworth, 1996). En este caso, las mujeres jóvenes se sienten con menor seguridad para llevar una alimentación saludable por la poca experiencia que han tenido. El MPS, establece que las características personales, como la edad, que hacen únicas a las personas o las distinguen de otros individuos, como puede ser la edad, y estas a su vez afectan a las cogniciones o el nivel de autoeficacia (Pender et al., 2015).

Cabe decir, que las mujeres primigestas que se encuentran en segundo trimestre de embarazo tienen mayor autoeficacia, datos identificados en este estudio. Aunque no se reporta literatura de estos determinantes, estos hallazgos se pueden explicar, que pocas participantes se encontraban en el primer trimestre de embarazo y en este trimestre se efectúan con mayor frecuencia los problemas digestivos como náuseas y vómitos (Nazik, et al., 2014), lo cual permite percibir menos autoeficacia que las mujeres que se encuentran en el último trimestre.

De acuerdo a las determinantes de barreras percibidas de alimentación saludable, se encontró que solo el nivel de estudios básicos se asoció a una mayor percepción de barreras. Lo anterior se puede explicar, que tener menos años de formación educativa, limita a comprender los beneficios de la alimentación saludable, así como percibir barreras para llevar a cabo una alimentación saludable. Las barreras percibidas de la alimentación saludable determinan la capacidad para llevar una buena alimentación resultados similares a otros estudios donde exploran el nivel de autoeficacia en mujeres con obesidad durante el embarazo (de Jersey, et al., 2017). Como era de esperarse, en este estudio, la puntuación global, la dimensión de indisponibilidad, gastos, dificultades e inconveniencias se asociaron a menor autoeficacia para la alimentación saludable.

La indisponibilidad para comer saludable predice la autoeficacia para alimentación, resultados similares a otros estudios (Darroch, et al., 2016; Hackley, et al., 2014). La falta de acceso y la distancia de tiendas de frutas y verduras pueden perjudicar que la mujer embarazada no se sienta capaz de llevar un plan de dieta equilibrada, así como el costo por alimentos saludables. Las barreras percibidas como la distancia para comprar alimentos saludables y el alto costo de estos alimentos se asocian con una menor ingesta de verduras (Takei, et al., 2019) o una mala práctica de la dieta, (Diddana, et al., 2018) aunque en este estudio no fue explorado, recientemente reportan, que la autoeficacia es un determinante para mejorar los hábitos alimenticios (Karami, et al., 2018).

## **CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES**

El presente estudio, tuvo diversas limitaciones. Una de ellas, fue la recopilación de datos, debido que se realizó en un hospital de segundo nivel y la mayoría de las participantes se encontraban en el tercer trimestre de embarazo y por lo tanto las barreras pueden cambiar según las semanas de gestación. Para futuros estudios, se recomienda obtener datos desde el primer trimestre de gestación. Además de profundizar en los tipos de barreras de alimentación y actividad física y compararlos con la práctica de actividad física e ingesta de frutas y verduras, así como el estado nutricional de la mujer embarazada, datos que no fueron explorados.

Así mismo considerar el apoyo social de la mujer embarazada, como clave importante para aumentar la seguridad y capacidad de realizar actividad física y llevar una alimentación saludable. De la misma forma, no se recolectaron datos sobre variables psicológicas, estas podrían explicar la autoeficacia para una alimentación saludable. El estudio de Fowles y col., considera que los factores psicosociales pueden perjudicar la capacidad de una mujer para hacer frente a las barreras para una alimentación saludable (Fowles, et al., 2011).

Otra limitación fue el diseño de estudio, en estudios transversales no se pueden determinar las causas de la falta de autoeficacia, además de que se utilizaron cuestionarios autoreportados que pudieron sesgar la información por el recuerdo de la misma.

A pesar de lo anterior, este estudio presenta fortalezas, por ejemplo, este es primer estudio cuantitativo que evalúa las dimensiones de las barreras asociadas a la autoeficacia, si bien es cierto la mayoría de los estudios se enfocan en las barreras percibidas para la actividad física. Hasta el momento, hay escasa la literatura sobre barreras percibidas de alimentación saludable con autoeficacia durante el embarazo, debido que la evaluación es nueva en mujeres embarazadas.

En resumen, las barreras percibidas tanto de actividad física y alimentación saludable perjudican a la mujer embarazada para tomar decisiones de salud. Los resultados respaldan las afirmaciones del MPS de Nola Pender (Pender, et al., 2015) de que a menores barreras percibidas mayor autoeficacia percibida. Comprender mejor los tipos de barreras de actividad física y alimentación saludable que predicen el nivel de autoeficacia en mujeres embarazadas aporta información útil para el profesional de la salud al momento de realizar valoraciones en el control prenatal. Además, en los programas educativos, el uso de los constructos de barrera y autoeficacia percibida podrían desempeñar un papel importante en la promoción de estilos de vida saludable en las mujeres embarazadas (Van Poppel, et al., 2019).

Estos resultados representan la posibilidad de que el personal de salud en el área de materno infantil en atención primaria, puedan considerar los tipos de barreras que perciben las mujeres embarazadas para realizar actividad física y llevar una alimentación saludable. Con el fin de establecer un patrón óptimo llevar acabo estilos de vida saludable durante el embarazo.

## REFERENCIAS

- Abdolaliyan, N., Shahnazi, H., Kzemi, A., y Hasanzadeh, A. (2017). Determinants of the self-efficacy of physical activity for maintaining weight during pregnancy: The application of the health belief model. *J Educ Health Promot*, 6, 93. [https://doi:10.4103/jehp.jehp\\_175\\_16](https://doi:10.4103/jehp.jehp_175_16)
- Aguilar Cordero, M. J., Sánchez López, A. M., Rodríguez Blanque, R., Noack Segovia, J. P., Cano, P., López-Contreras, G., y Mur Villar, N. (2014). Actividad física en embarazadas y su influencia en parámetros materno-fetales: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 719-726. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7679>
- Ammouri, A. A., Neuberger, G., Nashwan, A. J., y Al-Haj, A. M. (2007). Determinants of self-reported physical activity among Jordanian adults. *J Nurs Scholarsh*, 39(4), 342-348. <https://doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00191.x>
- Arredondo, A., Torres, C., Orozco, E., Pacheco, S., Aragón, A., Huang, F., Zambrano, E., y Bolaños-Jiménez, F. (2018). Indicadores socioeconómicos de la obesidad materna en México y Francia. Análisis comparado de dos cohortes. *Revista de Salud Pública*, 20, 245-253. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.72848>
- Coll, C. V., Domingues, M. R., Goncalves, H., y Bertoldi, A. D. (2017). Perceived barriers to leisure-time physical activity during pregnancy: A literature review of quantitative and qualitative evidence. *J Sci Med Sport*, 20(1), 17-25. <https://doi:10.1016/j.jsams.2016.06.007>
- Cramp, A. G., y Bray, S. R. (2009). A prospective examination of exercise and barrier self-efficacy to engage in leisure-time physical activity during pregnancy. *Ann Behav Med*, 37(3), 325-334. <https://doi:10.1007/s12160-009-9102-y>
- Da Costa, D., y Ireland, K. (2013). Perceived benefits and barriers to leisure-time physical activity during pregnancy in previously inactive and active women. *Women Health*, 53(2), 185-202. <https://doi:10.1080/03630242.2012.758219>

- Darroch, F. E., y Giles, A. R. (2016). Health/Service Providers' Perspectives on Barriers to Healthy Weight Gain and Physical Activity in Pregnant, Urban First Nations Women. *Qual Health Res*, 26(1), 5-16. <https://doi:10.1177/1049732315576497>
- de Jersey, S. J., Mallan, K., Callaway, L., Daniels, L. A., y Nicholson, J. M. (2017). A Cross Sectional Comparison of Predisposing, Reinforcing and Enabling Factors for Lifestyle Health Behaviours and Weight Gain in Healthy and Overweight Pregnant Women. *Matern Child Health J*, 21(3), 626-635. <https://doi:10.1007/s10995-016-2148-0>
- Diddana, T. Z., Kelkay, G. N., Dola, A. N., y Sadore, A. A. (2018). Effect of Nutrition Education Based on Health Belief Model on Nutritional Knowledge and Dietary Practice of Pregnant Women in Dessie Town, Northeast Ethiopia: A Cluster Randomized Control Trial. *J Journal of Nutrition and Metabolism*, 10. doi:10.1155/2018/6731815
- Evenson, K. R., Moos, M. K., Carrier, K., y Siega-Riz, A. M. (2009). Perceived barriers to physical activity among pregnant women. *Matern Child Health J*, 13(3), 364-375. <https://doi:10.1007/s10995-008-0359-8>
- Flannery, C., McHugh, S., Anaba, A. E., Clifford, E., O'Riordan, M., Kenny, L. C., McAuliffe, F.M., Kearney, P.M., y Byrne, M. (2018). Enablers and barriers to physical activity in overweight and obese pregnant women: an analysis informed by the theoretical domains framework and COM-B model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 178. <https://doi:10.1186/s12884-018-1816-z>
- Fowles, E. R., Bryant, M., Kim, S., Walker, L. O., Ruiz, R. J., Timmerman, G. M., y Brown, A. (2011). Predictors of dietary quality in low-income pregnant women: a path analysis. *Nurs Res*, 60(5), 286-294. <https://doi:10.1097/NNR.0b013e3182266461>
- Fowles, E. R., y Feucht, J. (2004). Testing the barriers to healthy eating scale. *West J Nurs Res*, 26(4), 429-443. <https://doi:10.1177/0193945904263281>

- Guelfi, K. J., Wang, C., Dimmock, J. A., Jackson, B., Newnham, J. P., y Yang, H. (2015). A comparison of beliefs about exercise during pregnancy between Chinese and Australian pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 345. <https://doi:10.1186/s12884-015-0734-6>
- Hackley, B., Kennedy, H. P., Berry, D. C., y Melkus, G. D. (2014). A mixed-methods study on factors influencing prenatal weight gain in ethnic-minority women. *J Midwifery Womens Health*, 59(4), 388-398. <https://doi:10.1111/jmwh.12170>
- Harrison, A. L., Taylor, N. F., Shields, N., y Frawley, H. C. (2018). Attitudes, barriers and enablers to physical activity in pregnant women: a systematic review. *J Physiother*, 64(1), 24-32. <https://doi:10.1016/j.jphys.2017.11.012>
- Hromi-Fiedler, A., Chapman, D., Segura-Perez, S., Damio, G., Clark, P., Martinez, J., y Perez-Escamilla, R. (2016). Barriers and Facilitators to Improve Fruit and Vegetable Intake Among WIC-Eligible Pregnant Latinas: An Application of the Health Action Process Approach Framework. *J Nutr Educ Behav*, 48(7), 468-477 e461. <https://doi:10.1016/j.jneb.2016.04.398>
- Karami, Z., Nekuei, N., Kazemi, A., y Paknahad, Z. (2018). Psychosocial Factors Related to Dietary Habits in Women Undergoing Preconception Care. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 23(4), 311-315. [https://doi:10.4103/ijnmr.IJNMR\\_22\\_17](https://doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_22_17)
- Kendall, A., Olson, C. M., y Frongillo, E. A., Jr. (2001). Evaluation of psychosocial measures for understanding weight-related behaviors in pregnant women. *Ann Behav Med*, 23(1), 50-58. [https://doi:10.1207/S15324796ABM2301\\_8](https://doi:10.1207/S15324796ABM2301_8)
- Lee, A., Belski, R., Radcliffe, J., y Newton, M. (2016). What do Pregnant Women Know About the Healthy Eating Guidelines for Pregnancy? A Web-Based Questionnaire. *Matern Child Health J*, 20(10), 2179-2188. <https://doi:10.1007/s10995-016-2071-4>
- Lindqvist, M., Lindqvist, M., Eurenus, E., Persson, M., Ivarsson, A., y Mogren, I. (2016). Leisure time physical activity among pregnant women and its associations with maternal characteristics and pregnancy outcomes. *Sex Reprod Healthc*, 9, 14-20. <https://doi:10.1016/j.srhc.2016.03.006>

- Lozada-Tequeanes, A. L., Campero-Cuenca, M. d. L. E., Hernández, B., Rubalcava-Peñañiel, L., y Neufeld, L. M. (2015). Barreras y facilitadores para actividad física durante el embarazo y posparto en mujeres pobres de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 242-251. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n3/v57n3a13.pdf>
- Malek, L., Umberger, W., Makrides, M., y Zhou, S. J. (2016). Adherence to the Australian dietary guidelines during pregnancy: evidence from a national study. *Public Health Nutr*, 19(7), 1155-1163. <https://doi:10.1017/S1368980015002232>
- Melton, B., Marshall, E., Bland, H., Schmidt, M., y Guion, W. K. (2013). American rural women's exercise self-efficacy and awareness of exercise benefits and safety during pregnancy. *Nurs Health Sci*, 15(4), 468-473. <https://doi:10.1111/nhs.12057>
- Nascimento, S. L., Surita, F. G., Godoy, A. C., Kasawara, K. T., y Morais, S. S. (2015). Correction: Physical Activity Patterns and Factors Related to Exercise during Pregnancy: A Cross Sectional Study. *PLoS One*, 10(7), e0133564. <https://doi:10.1371/journal.pone.0133564>
- Nazik, E., y Eryilmaz, G. (2014). Incidence of pregnancy-related discomforts and management approaches to relieve them among pregnant women. *J Clin Nurs*, 23(11-12), 1736-1750. <https://doi:10.1111/jocn.12323>
- O'Brien, O. A., Lindsay, K. L., McCarthy, M., McGloin, A. F., Kennelly, M., Scully, H. A., y McAuliffe, F. M. (2017). Influences on the food choices and physical activity behaviours of overweight and obese pregnant women: A qualitative study. *Midwifery*, 47, 28-35. <https://doi:10.1016/j.midw.2017.02.003>
- Orloff, N. C., Flammer, A., Hartnett, J., Liquorman, S., Samelson, R., y Hormes, J. M. (2016). Food cravings in pregnancy: Preliminary evidence for a role in excess gestational weight gain. *Appetite*, 105, 259-265. <https://doi:10.1016/j.appet.2016.04.040>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., y Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7 ed.). Pearson Education.

- Redmond, M. L., Dong, F., y Frazier, L. M. (2015). Does the extended parallel process model fear appeal theory explain fears and barriers to prenatal physical activity? *Womens Health Issues*, 25(2), 149-154. <https://doi:10.1016/j.whi.2014.11.009>
- Rodriguez-Bernal, C. L., Ramon, R., Quiles, J., Murcia, M., Navarrete-Munoz, E. M., Vioque, J., Ballester, F., y Rebagliato, M. (2013). Dietary intake in pregnant women in a Spanish Mediterranean area: as good as it is supposed to be? *Public Health Nutr*, 16(8), 1379-1389. <https://doi:10.1017/S1368980012003643>
- Santos, P. C., Abreu, S., Moreira, C., Lopes, D., Santos, R., Alves, O., Silva, P., Montenegro, N., y Mota, J. (2014). Impact of compliance with different guidelines on physical activity during pregnancy and perceived barriers to leisure physical activity. *J Sports Sci*, 32(14), 1398-1408. <https://doi:10.1080/02640414.2014.893369>
- Sechrist, K. R., Walker, S. N., y Pender, N. J. (2011). Health promotion model instruments to measure hpm behavioral determinants: Exercise benefits/barriers scale [ebbs] (adult version). <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85354>
- Shahry, P., Kalhori, S. R., Esfandiyari, A., y Zamani-Alavijeh, F. (2016). A Comparative Study of Perceived Social Support and Self-Efficacy among Women with Wanted and Unwanted Pregnancy. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 4(2), 176-185. [https://ijcbnm.sums.ac.ir/article\\_40742.htm](https://ijcbnm.sums.ac.ir/article_40742.htm) 1
- Sytsma, T. T., Zimmerman, K. P., Manning, J. B., Jenkins, S. M., Nelson, N. C., Clark, M. M., Boldt., K., y Borowski, K. S. (2018). Perceived Barriers to Exercise in the First Trimester of Pregnancy. *J Perinat Educ*, 27(4), 198-206. <https://doi:10.1891/1058-1243.27.4.198>
- Takei, H., Shiraishi, M., Matsuzaki, M., y Haruna, M. (2019). Factors related to vegetable intake among pregnant Japanese women: A cross-sectional study. *Appetite*, 132, 175-181. <https://doi:10.1016/j.appet.2018.08.009>

- Thompson, E. L., Vamos, C. A., y Daley, E. M. (2017). Physical activity during pregnancy and the role of theory in promoting positive behavior change: A systematic review. *Journal of Sport and Health Science*, 6(2), 198-206. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2015.08.001>
- Van Poppel, M. N., Jelsma, J. G. M., Simmons, D., Devlieger, R., Jans, G., Galjaard, S., . . . Snoek, F. J. (2019). Mediators of Lifestyle Behaviour Changes in Obese Pregnant Women. Secondary Analyses from the DALI Lifestyle Randomised Controlled Trial. *Nutrients*, 11(2). <https://doi:10.3390/nu11020311>
- Wadsworth, B. J. (1996). *Piaget's Theory of Cognitive and Affective Development: Foundations of Constructivism*: Longman.
- Watson, E. D., Norris, S. A., Draper, C. E., Jones, R. A., van Poppel, M. N. M., y Micklesfield, L. K. (2016). “Just because you’re pregnant, doesn’t mean you’re sick!” A qualitative study of beliefs regarding physical activity in black South African women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 174.



## Consumo de alcohol en adolescentes: Un análisis de género

### Consumption of alcohol in adolescents: a gender analysis

Alica Alvarez-Aguirre<sup>1</sup>, Alicia Sarahy Martín del Campo Navarro<sup>2</sup> y  
Pablo Medina Quevedo<sup>3</sup>  
Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>4</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción:** El consumo de drogas entre los adolescentes es un problema complejo y la proporción de adolescentes que consume drogas aumenta progresivamente. **Objetivo:** El objetivo fue describir el consumo de alcohol de los adolescentes desde un análisis de género. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal, correlacional, participaron 365 adolescentes de una Institución de Educación Media Superior pública de Guanajuato que aceptaron participar voluntariamente. Fue utilizada una Cédula de Datos Generales y el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso del Alcohol [AUDIT]. **Resultados:** Los resultados mostraron que 51% corresponden al género femenino. La diferencia de puntaje de consumo de alcohol entre el género masculino (11.52) y femenino (9.52) fue estadísticamente significativa ( $U= 14376.0, p<.05$ ). Los resultados permiten conocer el consumo de alcohol en los adolescentes donde el beber tiende a ser percibido como un comportamiento masculino. **Conclusiones:** Estos resultados dan bases para proponer actividades de prevención dirigidas al consumo responsable de alcohol en el grupo de adolescentes.

*Palabras clave:* alcohol, adolescentes, género.

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a: Profesora, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Departamento de Enfermería Clínica. [alicia.alvarez@ugto.mx](mailto:alicia.alvarez@ugto.mx)

<sup>2</sup> Candidata a Maestra en Ciencias de Enfermería, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, [as.martindelcamponavarro@ugto.mx](mailto:as.martindelcamponavarro@ugto.mx)

<sup>3</sup> Maestro en Ciencias de Enfermería, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías [p.medinaquevedo@ugto.mx](mailto:p.medinaquevedo@ugto.mx)

<sup>4</sup>Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

**Introduction:** Drug use among adolescents is a complex problem and the proportion of adolescents that drugs consume progressively increases. **Objective:** The objective was to describe the consumption of alcohol of adolescents from a gender analysis.

**Method:** Quantitative, cross-sectional, correlational study, 365 adolescents from an institution of public average public from Guanajuato who agreed to participate voluntarily. A general diets and the identification questionnaire for alcohol use disorders was used. **Results:** The results showed that 51% correspond to the female gender. The difference in alcohol consumption score between the male genre (11.52) and female (9.52) was statistically significant ( $U = 14376.0, p < .05$ ). The results allow you to know the consumption of alcohol in adolescents where drinking tends to be perceived as a male behavior. **Conclusions:** These results give bases to propose prevention activities aimed at responsible alcohol consumption in the adolescent group.

*Keywords:* alcohol, adolescents, gender.

En el ámbito internacional y nacional se reporta un creciente consumo de drogas; la morbimortalidad provocada por el uso de drogas es un problema de salud pública que se expresa en la enorme carga de discapacidad; aunado a que en México se informa que las principales causas de Años de Vida Saludable Perdidos están relacionadas con el consumo de drogas (Plan Nacional de Desarrollo [PND], 2013). Asimismo, la evidencia identifica que el consumo de drogas entre los adolescentes es un problema complejo vinculado con factores genéticos, psicológicos, legales, normativos, de disponibilidad y sociales (Moreno, et al., 2017; González, et al., 2017; Simón, et al., 2020).

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas de mayor consumo en el mundo y que provoca graves consecuencias en la salud de la población (Mateo-Crisóstomo et al., 2018; González-Bautista et al., 2019).

El consumo de alcohol se considera como de iniciación, al aumentar el riesgo de uso de drogas ilícitas como la marihuana y cocaína. La evidencia científica describe que la proporción de adolescentes que consume drogas aumenta progresivamente y que el inicio del consumo se realiza antes de los 18 años (Sánchez-Hoil et al., 2017; Vega et al., 2018).

## ESTADO DEL CONOCIMIENTO

Los autores vinculan el período de la adolescencia con el consumo de drogas dado que los múltiples cambios que se viven en esta etapa ponen en riesgo a los adolescentes de experimentar conductas de riesgo. Los cambios que se observan desde el punto de vista biológico son: aceleración del crecimiento y en la forma del cuerpo, desde lo psicológico: una forma diferente de abordar los problemas y de entender la realidad y la vida, que van unidas a las capacidades intelectuales, y desde lo social: se da el establecimiento de relaciones distintas con el grupo de sus iguales y con los adultos, en la búsqueda de un lugar propio en la sociedad, la búsqueda de una identidad personal y grupal y la separación gradual de los padres (Becoña, 2002; Fernández, et al., 2018; Palacios, 2019).

En este sentido el inicio precoz del consumo de alcohol se relaciona directa o indirectamente con problemas en la adolescencia, como la violencia, los accidentes automovilísticos, el ausentismo escolar, así como el uso de otras drogas e inicio de actividad sexual (Chakravarthy et al., 2013; Mendoza, et al., 2017; Tena-Suck et al., 2018).

En el mundo 26.5% (155 millones) de los jóvenes entre 15-19 años son bebedores. Las mayores tasas de consumo actual de alcohol corresponden a Europa (43.8%), América (38.2%) y el Pacífico Occidental (37.9%). Las encuestas escolares indican que el consumo de alcohol comienza antes de los 15 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En México se reporta para la población de entre 10 y 19 años de edad, una prevalencia de consumo de alcohol de 9.3% en el último mes y de consumo excesivo de alcohol de 2.8% (González-Bautista et al., 2019).

## **PROBLEMA**

El consumo de bebidas alcohólicas una de las principales causas de mortalidad y morbilidad (OMS, 2018). Se reconoce su asociación con enfermedades crónicas y mentales y la afectación en diversas esferas de la vida humana. En este sentido, el alcohol contribuye a problemas sociales como la violencia, accidentes y suicidios. Sin embargo, aunque su venta solo es permitida en mayores de edad, es común que el personal sanitario se enfrente con usuarios cada vez más jóvenes (Villegas et al., 2020). Por lo antes plasmado se formula la pregunta:

¿Cual es el consumo de alcohol de los adolescentes desde un análisis de género?

## **OBJETIVOS**

Describir el consumo de alcohol de los adolescentes desde un análisis de género.

## **MÉTODO**

### **Diseño**

Estudio cuantitativo, transversal descriptivo (Grove & Gray, 2019).

### **Participantes**

Los participantes fueron 365 participantes, por muestreo no probabilístico, de una Institución de Educación Media Superior pública de Guanajuato que aceptaron participar voluntariamente.

### **Instrumentos y materiales**

Fue utilizada una Cédula de Datos Generales y el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso del Alcohol [AUDIT] (OMS, 2019), el cual examina el consumo de alcohol durante los últimos doce meses y sus consecuencias. El instrumento está compuesto de 10 reactivos de opción múltiple con una escala de puntuación de 0 a 4. Los reactivos del 1 al 3 determinan la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol y exploran el área de lo que podría considerarse consumo excesivo, los reactivos del 4 al 6 evalúan la posibilidad de que exista dependencia al alcohol y los reactivos 7, 8, 9 y 10 examinan el consumo dañino.

La puntuación total oscila entre 0 y 40, mayor puntuación sugiere mayor implicación con el alcohol. Se empleó el corte de 8 puntos como indicador de consumo perjudicial de alcohol, lo que sugiere que el individuo bebe en exceso (Babor et al., 2001). AUDIT es un instrumento con validez transcultural que ha sido probado en población mexicana (De la Fuente, et al., 1992), en este estudio se obtuvo una consistencia interna excelente con un valor de  $\alpha = 0.95$ .

### **Procedimiento**

El estudio respetó el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, para el procedimiento de recolección de datos se contó con la aprobación de un Comité de ética en investigación de una Institución de Educación Superior, además se solicitó por escrito la autorización para la realización del estudio a los directivos de la Institución de Educación Media Superior, se solicitó la autorización para acudir a las aulas, en los horarios señalados por las autoridades, para interferir lo menos posible con las actividades académicas y se aplicó el instrumento.

Los datos fueron procesados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows V 22.0. La consistencia interna de AUDIT se determinó a través del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach. Se utilizó estadística descriptiva para obtener frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central (medias y medianas) y de variabilidad (desviación estándar). Para analizar las diferencias de género se utilizó la prueba no paramétrica *U de Mann-Whitney*, dada la naturaleza de las variables y que no cumplieron con el criterio de normalidad.

### **RESULTADOS**

En el perfil sociodemográfico de los participantes se identificó que 51% corresponden al género femenino, los adolescentes tenían entre 15 y 19 años de edad, con una media de 17.03 años ( $DE = \pm 1.15$ ). Con respecto al grado escolar el 39.7% cursa el quinto semestre, 30.4 % el tercer semestre y 29.9% el primer semestre de la preparatoria. Al analizar el consumo de alcohol de los adolescentes por medio de AUDIT, se encontró una puntuación media de 10.50 ( $DE \pm 10.50$ ) (Tabla 1).

**Tabla 1***Consumo de Alcohol en Adolescentes*

Variable	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>M</i>	<i>DE</i>
Consumo de alcohol	0	30	10.50	10.50

Nota. *M* = Media; *DE* = Desviación estándar; *n* = 365.

En la tabla 2, se puede observar que los adolescentes de género masculino presentaron mayor frecuencia de consumo de alcohol con 4 o más veces a la semana 37.4%.

**Tabla 2***Frecuencia de Consumo de Alcohol en Adolescentes por Género*

Variable	Masculino ( <i>n</i> = 179)		Femenino ( <i>n</i> = 186)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	81	45.3	81	43.5
Una o menos veces al mes	21	11.7	31	16.7
De 2 a 4 veces al mes	0	0.0	30	16.1
De 2 a 3 veces a la semana	10	5.6	0	0.0
4 o más veces a la semana	67	37.4	44	23.7

Nota. *f* = Frecuencia; % = Porcentaje; *n* = 365.

De acuerdo a la cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas, el género masculino mostró un mayor número con 7 o más bebidas consumidas por ocasión 36.9% (Tabla 3).

**Tabla 3***Número de Bebidas Alcohólicas Ingeridas en un Día Típico de Consumo por Género*

Variable	Masculino ( <i>n</i> = 179)		Femenino ( <i>n</i> = 186)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1 o 2	89	49.7	81	43.5
3 o 4	24	13.4	31	16.7
5 o 6	0	0.0	41	22.0
7, 8 o 9	32	17.9	22	11.8
10 o más	34	19.0	11	5.9

Nota. *f* = Frecuencia; % = Porcentaje; *n* = 365.

En cuanto a diferencias de los puntajes obtenidos en el consumo de alcohol de los adolescentes, el género masculino obtuvo una puntuación media estadísticamente significativa más elevada en comparación con el género femenino 11.52 vs 9.52 ( $U=14376.0, p<.05$ ) (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Consumo de Alcohol en los Adolescentes por Género*

Variable	Masculino (n= 179)		Femenino (n= 186)		U
	M	DE	M	DE	
Consumo de alcohol	11.52	11.28	9.52	9.78	14376.0*

Nota. M = Media; DE = Desviación estándar; U = de Mann-Whitney; \*  $p<0.05$ ; n = 365.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio, más de la mitad de los adolescentes pertenece al género femenino con una media de edad de 17.03 años. Este perfil del adolescente es acorde con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014), el cual indica que, en asistencia escolar el grupo de edad de 15 a 19 años cuenta con un porcentaje mayor de mujeres 57.4% en comparación con los hombres 56.4%.

Situación congruente a los cambios culturales donde se observa en la mujer la necesidad de superarse y ser independiente a través de una mejor preparación académica (Razo, 2008). La propia Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2015) señala que el aumento de la tasa bruta de escolarización en educación secundaria y media superior por parte del género femenino es un aporte para abatir la desigualdad de género en México.

En cuanto al consumo de alcohol de los adolescentes, se encontró una puntuación media de 10.50 ( $DE \pm 10.50$ ) y según las pautas para la utilización de AUDIT propuesta por las OMS, este resultado se sitúa en un consumo dependiente de alcohol (Babor et al., 2001). Resultado similar a lo reportado por López-Cisneros et al. (2020) quien observó un alto porcentaje de adolescentes con un consumo dependiente de alcohol 25.3%.

Al respecto, Maximiliano-Colqui et al. (2015) menciona que en la adolescencia se inicia una vida social más activa, en esta etapa se busca independencia mediante la imitación de conductas exclusivas para adultos como es el caso de tomar bebidas alcohólicas, también, se empieza a tener mayor independencia económica y participación en actividades sociales, en las cuales generalmente el alcohol es el principal animador.

Asimismo, existe una estrecha relación entre el consumo de alcohol y la población adolescente, consecuencia de la búsqueda de emociones fuertes o la necesidad de aprobación por pares. Por lo que, inicialmente se puede dar un consumo como curiosidad, el cual puede crear hábito y finalmente dependencia (Duffy, 2014).

A lo anterior, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas durante la adolescencia es grave si no se toman las medidas preventivas apropiadas, debido a que se relaciona con el aumento de accidentes automovilísticos, suicidios y homicidios, así como, el inicio de actividad sexual a edad temprana y mayor tendencia a relaciones sexuales sin protección, igualmente, desencadena ausencia escolar, bajo rendimiento académico y conflictos familiares (Ahumada-Cortez et al., 2017), además, eleva cuatro veces la probabilidad de desarrollar dependencia al alcohol en algún momento de la vida (Moreno, 2017).

En relación con el consumo de alcohol de los adolescentes desde un análisis de género. El género masculino presentó mayor frecuencia en el consumo de alcohol semanal 43%, alto número de bebidas ingeridas por ocasión 36.9%, así como, una puntuación media de consumo de alcohol significativamente más elevada en comparación con el género femenino.

Al contrastar el resultado con la literatura, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 [ENCODAT 2016-2017] señala que, en México el consumo diario de alcohol de los adolescentes creció más de seis veces en el género masculino los últimos cinco años, al pasar de 0.4% a 2.5% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], 2017).

De igual manera, los hallazgos se encuentran en línea con lo reportado por diversos estudios, los cuales indican predominio de consumo dañino en el género masculino (Villegas-Pantoja, et al., 2020; Noh-Moo, et al., 2021).

En este sentido, Miquel, et al. (2015) refiere que uno de los factores de riesgo relacionados con el consumo excesivo de alcohol es el género masculino. Por otra parte, la bibliografía que ha evaluado el consumo de alcohol por género menciona que las diferencias de frecuencia y cantidad de consumo están influenciadas por diferentes factores (Mantilla-Tolosa, 2016), a menudo agrupados en determinantes biológicos, psicológicos y socioculturales (Duarte en Betancourth-Zambrano, 2017).

Por consiguiente, los elementos de masculinidad y feminidad que se configuran comúnmente como opuestos binarios, desencadenan comportamientos como en el caso del consumo de alcohol con claros estereotipos de género (Lyons, 2009). De Visser, et al., (2012) aluden que las diferencias en el comportamiento de consumo son causadas por normas y roles de género establecidos en la sociedad. El beber tiende a ser percibido como un comportamiento masculino, específicamente los patrones particulares de consumo de alcohol; el consumo excesivo y la embriaguez pública.

Un ejemplo, es el hecho de que el hombre consume más y diferentes tipos de bebidas alcohólicas, porque interpreta el consumo de alcohol como la consolidación de su masculinidad y su estatus dentro de un grupo de iguales (Betancourth-Zambrano, et al., 2017). Por lo que, en el hombre, el poder beber en exceso y aguantar la bebida son elementos importantes de la hombría tradicional vinculada a rasgos masculinos, como la asunción de riesgos, la resistencia física entre otros (Peralta, 2010).

No obstante, a diferencia de otros estudios (Villegas-Pantoja, et al., 2020; Mendez-Ruiz, et al., 2018; Morales, et al., 2012) la puntuación media obtenida por el género femenino fue considerablemente elevada ( $M = 9.52$ ), lo que ubica a las adolescentes en un consumo dependiente de alcohol (Babor, et al., 2001).

Resultado similar a las cifras descritas por ENCODAT 2016-2017 la cual reportó un incremento significativo en los últimos cinco años (de 2.2% a 7.7%) para el consumo de alcohol excesivo durante el último mes en mujeres (INPRFM, 2017).

Al respecto, et al., (2014) refieren que las diferencias entre hombres y mujeres cada vez son menores. Hace diez años, de cada siete hombres que consultaban por problemas relacionados con el alcohol consultaban tres mujeres, en la actualidad la relación es de seis hombres por cuatro mujeres.

Esto puede explicarse a cambios en las normas sociales (Iwamoto et al., 2018) en parte propiciados por los avances en igualdad de género, donde estas conductas de riesgo pueden estar menos estigmatizadas entre las adolescentes (Fernández et al., 2019), por lo que, estas distinciones parecen borrarse en los espacios de interacción juvenil, donde la bebida es un medio más de convivencia. Lo que empieza como una recreación puede derivar en un patrón explosivo de consumo de alcohol caracterizado por elevadas cantidades en momentos esporádicos (Moreno, 2017).

Sin embargo, el aumento de la cantidad de consumo no es positivo, Moreno (2017) destaca que los problemas relacionados al abuso de alcohol afectan tanto a mujeres como a hombres, pero estos efectos distan mucho de ser iguales, existe entre ellos una notable diferencia respecto al impacto que se genera a nivel biológico, subjetivo y social (Cardona & Orjuela, 2014). De tal manera, estos procesos de construcción social pueden contribuir a potenciar, acelerar, minimizar, optimizar u obstruir procesos de cura hacia los embates del propio alcohol y de otros problemas de salud (Moreno, 2017).

Por lo anterior expuesto, el consumo de alcohol representa un considerable problema de salud pública en México, en la actualidad existe una transición epidemiológica que apunta hacia tres vertientes: la disminución en la edad de inicio de consumo, el incremento del consumo entre adolescentes y una importante incursión del género femenino (Secretaría de Salud, 2019).

En este sentido, el distanciamiento respecto al rol tradicional de la mujer y su inserción en nuevos campos de interacción social pueden complementar un cuadro explicativo que ayude a entender en parte sus patrones actuales de consumo (Moreno (2017).

En consecuencia, la construcción social del género incide de manera significativa en la configuración del problema, en sus significados, implicaciones y consecuencias, lo que permite encontrar diferencias e inequidades derivadas del género. De esta manera, se evita sobregeneralizar las necesidades, características y las formas de enfermar de mujeres y hombres sin correr el riesgo de reproducir condiciones de desigualdad, omisiones y estereotipos (Fernández, 2019).

## **CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES**

Se encontró un consumo dependiente de alcohol entre los participantes, por lo que se deben implementar medidas de prevención por los riesgos que tienen a nivel individual, familiar y social. Los resultados mostraron en este grupo de participantes que la condición de ser del género masculino es un riesgo para el consumo excesivo de alcohol, dado que el género masculino presentó mayor frecuencia en el consumo de alcohol semanal, alto número de bebidas ingeridas por ocasión, así como, una puntuación media de consumo de alcohol significativamente más elevada en comparación con el género femenino.

Se sugiere realizar investigaciones desde abordajes cualitativos que permitan profundizar en el fenómeno de estudio. Una de las limitaciones fue no contar con una muestra aleatoria. Por lo tanto, es necesario interpretar con cautela estos resultados, por lo que se recomienda seguir explorando esta línea de investigación utilizando una muestra aleatoria.

## REFERENCIAS

- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., & Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510001>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*. OMS. <https://bit.ly/3duZghY>
- Becoña, E. (2007) Bases Psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 1(28), 1-8.
- Betancourth-Zambrano, S., Tacán-Bastidas, L., & Cordoba-Paz, E. G. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud*, 19(1), 37-50. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-0100037.pdf>
- Cardona Arias, J., & Orjuela, L. J. (2014). Consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol en estudiantes de una universidad pública de Medellín-2013. *Archivos de Medicina*, 10(19), 1-15. <https://bit.ly/31EXgyw>
- Chakravarthy, B., Shah, S., & Lotfipour, S. (2013). Adolescent drug abuse - awareness & prevention. *The Indian journal of medical research*, 137(6), 1021–1023.
- De la Fuente, J. R., & Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51.
- Duarte, R., Escario, J., & Molina, J. A. El abuso juvenil de alcohol: estimaciones count data. En Betancourth-Zambrano, S., Tacán-Bastidas, L., & Cordoba-Paz, E. G. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud*, 19(1), 37-50. <https://bit.ly/31EkF2T>
- Duffy, D. (2014). Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. *Salud & Sociedad*, 5(1), 40-52. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/salsoc/v5n1/5n1a03.pdf>
- Fernández, M. J., & Marín, V. (2018). La educación para la salud en la adolescencia temprana para afrontar los cambios físicos y emocionales. *Revista Enfermería Actual Costa Rica*, 1(4), 4-11.

- Fernández Cáceres, C. (2019). *Estudios de consumo de drogas con perspectiva de género*. Centros de Integración Juvenil. <https://bit.ly/2Of34vt>
- Fernández Rodríguez, M. A., Dema Moreno, S., & Fontanil Gómez, Y. (2019). The influence of gender roles in alcohol consumption: a qualitative study of adolescents and Young adults in Asturias. *Adicciones*, 31(4), 260–273. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1003>
- Gobierno de la república. *Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018. Programa Sectorial de Salud*. México: 2013.
- González, K. L., & Londoño, C. Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes. *Psicología y salud*, 27(2), 141-53.
- González-Bautista, E., Zavala-Arciniega, L., Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., Natera-Rey, G & Reynales-Shigematsu LM. (2019). Factores sociales asociados con el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes mexicanos de poblaciones menores a 100 000 habitantes. *Salud Publica Mex*, 61(6), 764-774. <https://doi.org/10.21149/10563>
- Gray, J., Grove, S., & Sutherland, S. (2016). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8ª ed.). Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Perfil sociodemográfico de jóvenes*. <https://bit.ly/3uYPuNg>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de alcohol*. <https://bit.ly/2PQHfT7>
- Iwamoto, D. K., Corbin, W., Takamatsu, S., & Castellanos, J. (2018). The association between multidimensional feminine norms, binge drinking and alcohol-related problems among young adult college women. *Addictive Behaviors*, 76(1), 243–249. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.016>
- López-Cisneros, M. A., Telumbre-Terrero, J. Y., Castillo-Arcos, L. d. C., Noh-Moo, P. M., & Graniel-Thompson, L. G. (2020). Norma subjetiva y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de preparatoria. *Eureka Revista Científica de Psicología*, 17(M), 75-93. [https://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-17-M-12\\_0.pdf](https://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-17-M-12_0.pdf)

- Lyons, A. C. (2009). Masculinities, femininities, behaviour and health. *Soc Personal Psychol Compass*, 3(4), 394–412. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00192.x>
- Mantilla-Toloza, S. C., Villamizar, C. E., & Peltzer, K. (2016). Consumo de alcohol, tabaquismo y características sociodemográficas en estudiantes universitarios. *Revista Universidad y Salud*, 18(1), 7-15. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a02.pdf>
- Mateo-Crisóstomo, Y., Rivas-Acuña, V., González-Suárez, M., Ramírez, G. H., & Victorino-Barra, A. (2018). Funcionalidad y satisfacción familiar en el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes. *Health & Addictions / Salud y Drogas*, 18(2), 195-205. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.378>
- Maximiliano-Colqui, L., Ortega-Ramos, A., Salas-Mujica, M., & Vaiz-Bonifaz, R. (2015). Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla. *Rev enferm Herediana*, 8(2), 89-96. <https://bit.ly/3weBYFQ>
- Mendez-Ruiz, M. D., Ortiz-Moreno, G. A., Eligio-Tejada, I. A., Yáñez-Castillo, B. G., & Villegas-Pantoja, M. A. (2018). Percepción del riesgo y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Aquichan*, 18(4), 438–448. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.6>
- Mendoza, Y. L., Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Rev Electron Psicol Iztacala*, 20(1), 139-67.
- Miquel, L., Rodamilans, M., Giménez, R., Cambras, T., Canudas, A. M., & Gua, A. (2015). Evaluación del consumo de riesgo de alcohol en estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia. *Adicciones*, 27(3), 190-197. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28914251300>
- Morales, G. F., Cabrera, J. M., Pizeta, L., Guerrero, V. O. Lazcano, A. L. M. & Meléndez, V. J. E. (2012). El consumo de alcohol y frecuencia de factores de riesgo en alumnos de una preparatoria en Ciudad Nezahualcoyotl en el 2012. *Rev Esp Cienc Salud*, 15(2), 65-71. <https://bit.ly/31IwXHm>
- Moreno, K. (2017). *Los jóvenes y el alcohol en México, un problema emergente en las mujeres* (3ª ed.). Centros de Integración Juvenil. <https://bit.ly/3ujwxnr>

- Moreno, N. D., & Palomar, J. (2017). Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 141-51.
- Noh-Moo, P., Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., López-Cisneros, M. A., & Castillo-Arcos, L. d. C. (2021). Autoestima, autoeficacia y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 21(1), 216-229. <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.565>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe sobre las tendencias mundiales del consumo de alcohol*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care*. OMS.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2015). *Informe de seguimiento de la educación para todos en el mundo: 2000-2015, Logros y desafíos*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232435>
- Palacios, X. (2019). Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano? *Rev. Cienc. Salud. Bogotá, Colombia*, 17 (1), 5-8.
- Peralta, R. L. (2010). Raced and gendered reactions to the deviance of drunkenness: Asociological analysis of race and gender disparities in alcohol use. *Contemporary Drug Problems*, 37(3), 381-415. <https://doi.org/10.1177/009145091003700303>
- Razo Godínez, M. L. (2008). La inserción de la mujer en la carrera de ingeniería y tecnología. *Perfiles Educativos*, 30 (121), 63-96. <https://bit.ly/3ujBtZt>
- Sánchez-Hoil, A., Andueza-Pech, M. G., Santana-Carvajal, A. M., Hoil-Santos, J. J., & CuFarfán-López, J. (2017). Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. *Revista biomédica*, 28(1), 11-27. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i1.552>
- Secretaría de Salud. (2019). *Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su atención integral*. <https://bit.ly/3rE1yQZ>
- Simón, M.J., Fuentes, R. M., Garrido, M., Serrano, M. D., & Díaz, M. J. (2020). Profile of drug use in adolescents. Protective factors. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.06.001>

- Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., Fuente-Martín, A., Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Med Int Mex*, 34(2), 264–77.
- Vega, J. I., Escobedo, B. N., Zumárraga, F. M.(2018). Marihuana y drogas ilícitas en jóvenes mexicanos factores de riesgo y protección asociados a la edad de inicio del consumo. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(9), 3-10.
- Villegas-Pantoja, M. A., Mendez-Ruiz, M. D., & Martínez-Aguilera, P. (2020). Influencia de la crianza parental sobre el consumo perjudicial de alcohol en estudiantes mexicanos de bachillerato. *Eureka Revista Científica de Psicología*, 17(M), 139-155. <https://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-17-M-16.pdf>
- de Visser, R. O., & McDonnell, E. J. (2012). ‘That's OK. He's a guy’: A mixed-methods study of gender double-standards for alcohol use. *Psychol Health*, 27(5), 618–39. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.617444>



## Intervención en padres para favorecer la autoeficacia en comunicación sobre sexualidad: Resultados preliminares

Intervention in parents to promote self-efficacy in communication about sexuality: preliminary results

Mayra Jeniffer Ramírez González<sup>1</sup>, Alicia Alvarez-Aguirre<sup>2</sup>, Mayra Itzel Huerta Baltazar<sup>3</sup>, María del Rosario Tolentino Ferrel<sup>4</sup>  
Universidad de Guanajuato y Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>5</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción:** La autoeficacia en la comunicación asertiva permite a los padres mantener y continuar una conversación con sus hijos sobre temas de sexualidad. **Objetivo:** el objetivo del estudio fue proponer una intervención educativa de enfermería a padres para favorecer su autoeficacia en la comunicación sobre sexualidad con sus hijos. **Método:** Se trató de un estudio cuasi-experimental. El estudio se llevó a cabo en dos instituciones educativas públicas del estado de Morelia, Michoacán contó con la participación de 27 padres con hijos inscritos en cuarto grado de primaria. Para medir la autoeficacia se realizó una adaptación de la escala de autoeficacia general y la escala de factores para la comunicación sobre sexualidad. Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva para variables sociodemográficas, e inferencial. **Resultados:** Los resultados mostraron diferencia significativas en autoeficacia ( $Z = -3.55$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.31$ ) y comunicación ( $Z = -2.77$ ,  $p < .05$ ,  $d = 0.32$ ). Los resultados muestran que en este grupo de participantes la intervención favorece la autoeficacia para la comunicación sobre tópicos de sexualidad de los padres con sus hijos.

*Palabras clave:* autoeficacia, comunicación, sexualidad, padres, adolescentes

<sup>1</sup> Maestra, Enfermera General del Hospital General Regional No. 1 Charo, Michoacán. [mj.ramirezgonzalez@ugto.mx](mailto:mj.ramirezgonzalez@ugto.mx)

<sup>2</sup> Correspondencia remitir a Profesora, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Departamento de Enfermería Clínica, [alicia.alvarez@ugto.mx](mailto:alicia.alvarez@ugto.mx)

<sup>3</sup> Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México, [mayra.huerta@umich.mx](mailto:mayra.huerta@umich.mx)

<sup>4</sup> Maestra, Profesora Investigadora, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Departamento de Enfermería y Obstetricia, [maria.tolentino@ugto.mx](mailto:maria.tolentino@ugto.mx)

<sup>5</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

**Introduction:** Self-efficacy in assertive communication allows parents to maintain and continue a conversation with their children about sexuality issues. **Objective:** the objective of the study was to propose an educational nursing intervention to parents to promote their self-efficacy in communicating about sexuality with their children. **Method:** It was a quasi-experimental study. The study was carried out in two public educational institutions in the state of Morelia, Michoacán, with the participation of 27 parents with children enrolled in the fourth grade of primary school. To measure self-efficacy, an adaptation of the general self-efficacy scale and the scale of factors for communication about sexuality was carried out. The results were analyzed using descriptive statistics for sociodemographic and inferential variables. **Results:** The results showed significant differences in self-efficacy ( $Z = -3.55$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.31$ ) and communication ( $Z = -2.77$ ,  $p < .05$ ,  $d = 0.32$ ). The results show that in this group of participants the intervention favors self-efficacy for communication about sexuality topics of parents with their.

*Keywords:* self-efficacy, communication, sexuality, parents, adolescents

La autoeficacia definida por Bárbara Resnick es la capacidad que una persona posee para organizar y ejecutar una conducta de salud, normalmente es empleada para entender el comportamiento y orientar el desarrollo de las intervenciones para cambiar la conducta, de modo que es crucial para beneficiar el autocuidado (Marriner, & Raile, 2011; Bandura, 2000). Además, la habilidad de la comunicación representa un elemento fundamental de la autoeficacia, pues a través del diálogo claro y efectivo se pueden prevenir conductas de riesgo (Bandura, 2000).

En el contexto familiar, la comunicación asertiva favorece el bienestar de los integrantes, lo que hace menos probable que los hijos que experimentan afecto y cercanía sean influenciados por su grupo de amistades y se involucren en conductas de riesgo. Los padres representan un papel fundamental en la formación de sus hijos; brindan protección, estabilidad, valores, pertenencia, herramientas para establecer relaciones con otros individuos de la familia y la sociedad. Son motor para la prevención de diferentes conductas sociales y de salud (Valdés, 2013).

Existen ciertos factores que influyen en la comunicación entre padres e hijos como la capacidad de iniciar y mantener el diálogo, la cultura, creencias y valores que caracterizan el medio ambiente familiar (Padro et al., 2012; Wang, 2014). En lo que respecta a la comunicación sobre tópicos de sexualidad, dos de cada 10 padres se sienten seguros de dar la mejor información (Castillo et al., 2015). Otros reportan que la comunicación se asocia positivamente con la conducta sexual segura, retraso de inicio de vida sexual activa e incremento de uso de condón, disminución de embarazos precoces, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (Huerta, 2015; Pullupaxi, 2011).

Sin embargo, pocos padres hablan sobre este tema con sus hijos, generalmente no se sienten seguros o capaces de tener o llevar a cabo una comunicación sobre sexualidad; pese a que los hijos expresan que prefieren hablar con sus padres de estos temas (Friedman, 1981; Jiménez, Andrdade, & Betancourt, 2007; Mosquera, & Mateus, 2003). Por lo antes descrito fue pertinente proponer una intervención educativa de enfermería a padres para favorecer su autoeficacia en la comunicación sobre sexualidad con sus hijos.

## **ESTADO DEL CONOCIMIENTO**

Estudios demuestran un incremento importante de la incidencia de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y diversas ITS (Goncalves, Castellá, & Carlotto, 2007). Los adolescentes y adultos jóvenes representan más de 50% de nuevas infecciones al año (Programa Conjunto de las Naciones Unidas Contra el VIH/Sida, 2015).

Se estima que 18% de los adolescentes americanos mantienen relaciones sexuales desde los 15 años de edad (Prado et al., 2012). En el caso de México, para el 2015 el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) reportó que 50% de nuevas infecciones por VIH ocurren en población entre los 15 y los 25 años, la prevalencia de VIH en adolescentes es de 0.10% y acontecen debido a comportamientos de riesgo (Programa Conjunto de las Naciones Unidas Contra el VIH/Sida, 2015).

Los comportamientos de riesgo incluyen relaciones sexuales sin protección, tener varias parejas sexuales y hacer uso de sustancias psicoactivas. Se ha demostrado que estos comportamientos de riesgo que comienzan en la etapa de la adolescencia se pueden prevenir en la etapa escolar (McKay et al., 2014; Prado et al., 2012).

En las últimas décadas del siglo XX, se han producido cambios en el estilo de vida, uno de ellos es el patrón de la conducta sexual, caracterizado por mayor desinhibición y desenfreno, empujando a los adolescentes a una pubertad cada vez más temprana, intensa exposición al erotismo de los medios de comunicación, todo esto debido al mínimo control familiar y a la falta de información por parte de los padres a los hijos (Goncalves, Castellá & Carlotto, 2007). En lo que respecta del siglo XXI las costumbres sexuales se han vuelto cada vez más confusas, contradictorias y controvertidas (Elley, 2010).

En contraste, en los últimos años se ha observado la tendencia de que los padres retrasan las conversaciones sobre sexualidad con los hijos, no toman en cuenta que se debe dar prioridad a niños de 11 años o menos. Un estudio realizado en madres puertorriqueñas con niños de 10 y 11 años, demostró que ellas cubren menos temas que aquellas que tienen hijos mayores de 12 años, sin embargo, se debe considerar ampliar el repertorio de temas, pues las generaciones de hoy en día tienden a iniciar vida sexual a edades cada vez más tempranas, generando consecuencias como son: ITS, VIH y embarazos no deseados (Torres et al., 2016).

Por ello, se sugiere que los padres se comuniquen con sus hijos pues aparte de brindarles información necesaria para su funcionamiento, desarrollo, así como conocimientos para prevenir ITS, VIH y evitar los embarazos no deseados, logran construir confianza. Sin embargo, algunos padres asumen que sus hijos aprenden todo lo referente a la sexualidad en las instituciones educativas, pero, la evidencia muestra gran diversidad e inconsistencia en la implementación y entrega de información a los estudiantes (Bangpan, & Operario, 2012).

Por lo que algunos estudios relacionados como Prado et al. (2012) y Wang et al. (2014), demostraron que la participación de los padres es primordial, pues a través de una comunicación efectiva reducen comportamientos de riesgo en los hijos. Sin embargo, es importante señalar que algunos padres además de pensar que la información la brindan los centros educativos, no pueden hablar con sus hijos debido a la desaprobación y vergüenza al tratarse de estos temas, no se sienten autosuficientes para abordarlos, no toman en cuenta que las conductas sexuales se fomentan a través del diálogo abierto y directo.

Bangpan et al. (2012), identificaron que algunos padres no hablan con sus hijos sobre temas de sexualidad pues piensan que al hacerlo los están orillando a experimentarlo; también señalaron que los padres ven este tipo de conversaciones como una falta de respeto ante ellos; por otra parte los padres interesados por la salud y bienestar de sus hijos, toman estas conversaciones sin problema, manifestando: *“hablar de estos temas, es algo que estaba destinado para una determinada edad”*.

A propósito el estudio de Vig et al. (2016), expresaron que, para algunos padres, es necesario e importante llevar a cabo conversaciones con sus hijos, pues ellos creen que al hablar cómodamente con sus hijos sobre temas de sexualidad, también sentirán la confianza para hablar sobre cualquier situación por las que estén atravesando.

El estudio llevado a cabo por Hyde et al. (2013), refiere que la salud sexual de los hijos está influenciada por la estructura, cohesión y control parental, pues las actitudes y valores acerca de la sexualidad se fomentan en el hogar. Un estudio realizado por Kuo et al. (2016), reveló que aquellos hijos que tienen una comunicación efectiva con sus padres presentan mayor autoestima y motivación, ayudándolos a retrasar su compromiso sexual o en su caso involucrarse en actos sexuales responsables y seguros.

Para que esto sea posible, los padres deben prepararse no sólo en conocimientos, valores y/o principios, sino también deben desarrollar su capacidad de autoeficacia y comunicación asertiva. Desde la perspectiva de Bárbara Resnick y Bandura, la autoeficacia es entendida como el juicio que posee un individuo sobre sus capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción (Bandura, 2000; Velásquez, 2012; Marriner, et al., 2011; Peterson, et al., 2013).

Tanto Bandura y Resnick, consideran que las habilidades de comunicación son destrezas protectoras del riesgo, que de cierta manera ejercen un control que beneficia el autocuidado, diversos estudios han demostrado que el manejo de las situaciones de riesgo que presentan los adolescentes se relacionan con diferentes habilidades protectoras, destacando la comunicación clara y efectiva (Bandura, 2000; Peterson, et al., 2013).

De ahí que, es necesario sensibilizar a los padres para favorecer el diálogo con sus hijos sobre tópicos de sexualidad a edades cada vez más tempranas, pues como se ha observado es durante la adolescencia donde se presentan con mayor frecuencia conductas que ponen en riesgo la vida y salud de este grupo de edad (Goncalves, Castellá, et al., 2007).

La educación sexual en edades tempranas es trascendental, algunos estudios sugieren que el acceso del niño al conocimiento de la sexualidad es crucial para el desarrollo de habilidades de aptitud y resiliencia, además de una comprensión de su sexualidad (Hyde et al., 2013; Robinson, 2012).

Por tal motivo, los padres tienen el compromiso de abordar abierta y libremente, escuchar y comprender las necesidades y sentimientos de sus hijos, para que estos tengan seguridad y confianza al expresar sus inquietudes y dudas sobre la sexualidad (Kuo et al., 2016). Hablar de la sexualidad humana involucra aquellas condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con el sexo, género, identidades, orientaciones, que caracterizan al ser humano en todas las fases de su desarrollo (Fallas, 2016).

Un estudio señaló que dentro del núcleo familiar, las madres presentan mayor autoeficacia para hablar con sus hijos sobre sexualidad que los padres (Wilson, 2010). Por otro lado, las madres son las encargadas de brindar información a las hijas y los padres a los hijos, especialmente sobre retrasar el inicio de vida sexual y sobre el uso de métodos anticonceptivos (Rouvier, 2011).

Globalmente, los padres tienen una determinante influencia en la sexualidad de sus hijos; por lo que la relevancia de este proyecto radica en proponer una intervención efectiva que fomente la autoeficacia para la comunicación de los padres, de tal manera que ellos se sientan seguros y capaces de dialogar sobre sexualidad con sus hijos, favoreciendo prácticas saludables y medidas adecuadas contra los riesgos a la salud de los hijos, acciones fundamentales para la prevención de problemas de salud en la adolescencia.

El beneficio de los padres que participaron en la intervención residió en su autoeficacia, es decir, la confianza para establecer el diálogo con sus hijos sin temor o prejuicios, de manera que impacte en los conocimientos y actitudes de los hijos. En relación a la factibilidad del estudio, se contó con la disponibilidad de tiempo, recursos financieros, humanos y materiales para el alcance de esta investigación. En lo que respecta a la viabilidad se contó con el acceso al contexto donde fue implementada la intervención.

## **PROBLEMA**

Los resultados de estudios han demostrado que en la adolescencia se observa un incremento importante de la incidencia de la infección por VIH, ITS, embarazos no deseados y abortos que requieren de intervenciones enfocadas en la comunicación entre padres e hijos sobre tópicos de sexualidad (Programa Conjunto de las Naciones Unidas Contra el VIH/Sida, 2015; Mosquera, et al., 2003; Padro et al., 2012).

Diversos estudios señalan la importancia de involucrar a los padres en la educación sexual de los hijos, ya que se ha comprobado que un diálogo eficaz entre padres e hijos es esencial para su formación, pues crea en ellos confianza para poder expresar dudas e información acerca de sus actividades, así mismo, promueve la abstinencia, toma de decisiones sexuales sanas, asertividad sexual, resiliencia sexual, retraso en el debut sexual y disminuye los comportamientos sexuales de riesgo (Wang et al., 2014; Hyde et al., 2013; Robinson, 2012; Carmon et al., 2014).

Investigaciones han demostrado que los padres juegan un papel importante, pues son predictores sustanciales del comportamiento y actitudes ante los diversos comportamientos de riesgo de los hijos (Hyde et al, 2013; Goncalves, Castellá, Carlotto, 2007). Un programa de intervención observó que la participación de los padres en la educación sexual de los hijos a edades tempranas se asocia positivamente, pero cuando la participación de los padres es nula, generalmente los hijos presentan bajos niveles de eficacia para llevar a cabo sexo seguro y tienden a no hacer uso de anticonceptivos (Wang et al., 2014; Robinson, 2012; Carmon et al., 2014).

Los pocos estudios disponibles sobre la incorporación de los padres en la educación sexual de los hijos, carecen de intervenciones para la aplicación de estrategias ante tal situación, motivo por el cual se requiere de mayor investigación enfocada en los padres con la implementación de intervenciones, pues las habilidades protectoras son propias de los padres, son predictores importantes y además desempeñan un papel fundamental para el conocimiento y actitudes de sus hijos ante comportamientos sexuales (Bangpan, 2012; Friedman, 1981).

Por lo anterior, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo una Intervención educativa de enfermería favorece en los padres la autoeficacia en la comunicación sobre sexualidad con sus hijos?

## **OBJETIVOS**

Determinar si la Intervención educativa de enfermería favorece en los padres la autoeficacia en la comunicación sobre sexualidad con sus hijos.

## **HIPÓTESIS**

La intervención educativa de enfermería a padres favorece la autoeficacia en la comunicación sobre sexualidad con sus hijos.

## **MÉTODO**

### **Diseño**

Estudio de enfoque cuantitativo, Cuasi-experimental (Hernández, Fernández & Baptista; 2010).

### **Participantes**

Dos grupos (intervención y comparación) de padres cuyos hijos se encontraban inscritos en 4º grado de primaria en dos instituciones educativas públicas de un estado del centro de México. Que aceptaron participar voluntariamente, contaban con tiempo para acudir a las sesiones de la intervención y otorgaron su firma de consentimiento informado.

### **Instrumentos y materiales**

Las características personales, fueron medidas mediante una cédula de datos de los participantes que incluyó: edad, escolaridad, ocupación, sexo, estado civil, religión. Se realizó una adaptación de la escala de autoeficacia general creada por Baessler & Schwarzer (1996); cuenta con un coeficiente de consistencia interna de 0.68 dato que es aceptable al ser una adaptación y aplicación por primera vez. Este instrumento tiene como objetivo evaluar la confianza de los padres para hablar con sus hijos sobre tópicos de sexualidad. La escala está compuesta por 10 ítems con escala de respuesta de tipo Likert de 4 rangos; 1 = Incorrecto, 2 = Apenas Cierto, 3 = Más bien cierto, 4 = Cierto. La puntuación total se obtiene sumando las respuestas de todos los ítems obteniendo puntuaciones entre 10 y 40 puntos. Aquellas puntuaciones que van de 10 a 20 reflejan baja autoeficacia mientras que las de 21 a 40 alta autoeficacia.

La escala de factores para la comunicación sobre sexualidad de Dilorio et al, (2001), cuenta con un coeficiente de consistencia interna de 0.83. Está compuesto por 15 ítems, de los cuales 10 tienen una redacción positiva y 5 están redactados en forma negativa. Los ítems se califican en una escala de 5 puntos anclada por los términos fuertemente en desacuerdo (1) y muy de acuerdo (5); obteniendo puntuaciones de 15 a 75; las puntuaciones que oscilan entre 46 a 75 puntos corresponden a resultados positivos asociados a comunicación con el niño sobre tópicos de sexualidad, mientras que las puntuaciones de 15 a 45 pertenecen a resultados negativos asociados a no comunicarse con el niño sobre tópicos de sexualidad.

### **Procedimiento**

El protocolo fue autorizado por el Comité de Investigación y Ética de una Institución de Educación Superior. Al tratarse de padres con hijos inscritos en escuelas primarias públicas, se solicitó permiso a las instituciones seleccionadas, para acceder a los padres. Previo a la recolección de datos se contó con el consentimiento de los participantes por escrito, en cumplimiento del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014).

Para recabar la información de los cuestionarios se contó con la colaboración de los estudiantes de octavo semestre de una Institución de Educación Superior, mismos que fueron capacitados de acuerdo al objetivo, métodos y procedimientos del estudio. La recolección de datos fue llevada a cabo en dos momentos, una pre-intervención y otra pos-intervención, a los grupos grupos. Los responsables en llevar a cabo la recolección de datos se encargaron de explicar las instrucciones a los participantes, ya que se trató de un método auto-aplicado, se hizo hincapié a los participantes de no dejar preguntas sin contestar, se les dijo que en caso de dudas tendrían toda la libertad de cuestionar, así mismo, se les proporcionó la información sobre la intervención.

Se llevó a cabo la intervención educativa de enfermería de acuerdo al programa “acompañando a mi hijo a comprender su sexualidad”, a través de actividades individuales, se aplicaron diferentes estrategias didácticas, se pretendió que los padres adquirieran conocimiento y confianza para hablar con sus hijos sobre sexualidad.

El programa se llevó a cabo en las instalaciones de la escuela, mismo que tuvo una duración de 12 semanas, contando con una sesión semanal, de lunes a viernes de acuerdo a la agenda con los padres con una duración de 120 minutos cada una. Se trabajó con 4 papás por día. Para cada sesión se preparó el material informático (proyector, computadora, bocinas) y material didáctico.

En el caso del grupo comparación, se proporcionaron pláticas sobre primeros auxilios, a través de actividades grupales. Una vez finalizada la intervención de enfermería, se procedió a la segunda aplicación del instrumento, fueron citados los grupos de acuerdo a la institución perteneciente y se les agradeció su colaboración en el estudio. Se utilizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y se empleó estadística inferencial para probar la hipótesis a través de la Prueba de Wilcoxon con valor de  $p < .05$ . Además se obtuvo la medida de Cohen. Para llevar a cabo el procedimiento mencionado se hizo uso del paquete estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 23.0 para Windows.

## RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por un total de 27 participantes, 17 del grupo intervención y 10 del grupo comparación.

**Tabla 1**

<i>Variable edad de los padres participantes por grupo intervención y comparación</i>							
Variable	Grupo	<i>n</i>	Valor mínimo	Valor máximo	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Edad	Intervención	17	19	51	34.8	37	8.06
	Comparación	10	23	39	31.4	30.5	4.5

Fuente: Cédula de datos de los participantes

De acuerdo al análisis de la variable edad los grupos, intervención y comparación, presentaron una diferencia en el rango de edad; el rango del grupo intervención fue de 19 a 51 años con una edad promedio de 34.8 y el grupo comparación de 23 a 39 años con una edad promedio de 31.4, tal como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 2**

*Variables categóricas de los padres participantes por grupo intervención y comparación*

Variable	Grupo intervención (n=17)		Grupo comparación (n=10)	
	f	%	f	%
<b>Escolaridad</b>				
Básica	8	47.1	4	40
Media	4	23.5	5	50
Superior	5	29.4	1	10
<b>Ocupación</b>				
Ama de casa	10	58.8	9	90
Empleado u obrero	3	17.6	1	10
Empleador o dueño	4	23.5		
<b>Sexo</b>				
Femenino	14	82.4	10	100
Masculino	3	17.6		
<b>Estado civil</b>				
Soltero			2	20
Casado	17	100	8	80
<b>Religión</b>				
Católica	17	100	10	100
Otra				

Fuente: Cédula de datos de los participantes

En la tabla 2 se observa que, la escolaridad predominante en el grupo intervención con un 47.1% fue la básica, mientras que en grupo comparación con un 50% fue la medio superior, en lo que respecta a la variable ocupación, en ambos grupos predominó ama de casa, el grupo intervención en un 58.8% y el comparación en un 90%, con relación al sexo de los participantes el femenino sobresalió en ambos grupos, en un 82.4% del grupo intervención y el 100% del comparación, de igual manera, destacó en ambos grupos, el estado civil casado, con un 100% en el grupo intervención y un 80% en el grupo comparación, para la variable religión el 100% del grupo intervención y comparación respectivamente refirieron ser católicos.

**Tabla 3**

*Comparación de la autoeficacia en las mediciones pre y post por grupo intervención y comparación*

Grupo	Medición	Puntaje			Valor Z	p
		Autoeficacia general				
		Mdn	Valor Mínimo	Valor Máximo		
Intervención (n=17)	Pre-test	26	14	37	-3.55	.000
	Post-test	36	32	39		
Comparación (n=10)	Pre-test	30	20	19	-.141	.888
	Post-test	30.5	37	38		

Fuente: Escala de autoeficacia general

n=27

La tabla 3 muestra diferencia significativa en la variable autoeficacia en el post-test a la intervención en donde, el valor de Z fue de -3.55  $p = .000$ . Se pueden observar como la mediana se incrementó en el post-test del grupo intervención. Mientras que en el grupo de comparación la mediana disminuye. De acuerdo a este resultado se afirma que los padres que participaron en la intervención tienen mayor autoeficacia que los que no participaron.

**Tabla 4**

*Comparación de la comunicación sobre sexualidad en las mediciones pre y post por grupo intervención y comparación*

Grupo	Medición	Puntaje			Valor Z	p
		Comunicación				
		Mdn	Valor Mínimo	Valor Máximo		
Intervención (n=17)	Pre-test	55	41	67	-2.77	.006
	Post-test	62	47	75		
Comparación (n=10)	Pre-test	56.5	47	64	-1.99	.046
	Post-test	59.5	52	69		

Fuente: Escala de factores para la comunicación sobre sexualidad

n=27

La tabla 4 muestra diferencia significativa en la comunicación sobre sexualidad en el post-test a la intervención en donde, el valor de Z fue de -2.77  $p = .006$  en el grupo intervención. También se observó cómo el grupo de comparación aumentó su comunicación sobre sexualidad.

En la tabla 5 y 6, muestra que la autoeficacia presentó un efecto grande ( $d = 1.31$ ) y la variable comunicación sobre sexualidad presentó un efecto pequeño ( $d = 0.32$ ).

**Tabla 5***Magnitud del efecto de la autoeficacia general*

Grupo	$\bar{X}$	SD <sub>pooled</sub>
Intervención ( $n=17$ )	35.58	5.15
Comparación ( $n=10$ )	28.80	
	$d = 1.31$	

Fuente: Escala de autoeficacia

 $n=27$ **Tabla 6***Magnitud del efecto de variable comunicación sobre sexualidad*

Grupo	$\bar{X}$	SD <sub>pooled</sub>
Intervención ( $n=17$ )	62.47	7.02
Comparación ( $n=10$ )	60.20	
	$d = 0.32$	

Fuente: Escala de factores para la comunicación sobre sexualidad

 $n=27$ **DISCUSIÓN**

Los hallazgos demuestran que acompañando a mi hijo a comprender su sexualidad, ayuda a los padres a aumentar su autoeficacia para entablar conversaciones con sus hijos sobre tópicos de sexualidad y por consiguiente retrasar el debut sexual, disminuir las tasas de ITS incluido el VIH, los embarazos no deseados y abortos.

El programa de intervención obtuvo un efecto deseado dado que los resultados mostraron que tanto la autoeficacia como la comunicación relacionada con la sexualidad de los hijos fueron mayores entre los padres del grupo intervención que con los del grupo comparación. Los resultados del análisis prueban que la intervención acompañando a mi hijo a comprender su sexualidad aumentó la autoeficacia y promovió la comunicación sobre sexualidad, tal como se esperaba.

Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en estudios como el de Dilorio et al (2001) quienes demostraron que los padres que participaron en su intervención eran más propensos a hablar con sus hijos sobre temas sexuales y/o presentaban mayores intenciones de hacerlo. Por su parte, la intervención familias unidas demostró eficacia en la reducción de CSR, poniendo de manifiesto que el funcionamiento familiar es importante, pues el trabajar principalmente con los padres es una estrategia eficaz para prevenir o reducir los comportamientos de riesgo en los hijos (Padro et al., 2012).

Así mismo Carmon et al (2014) dentro de su intervención PASS indican que los padres que colaboraron en su estudio presentaron mayores expectativas de resultados y de autoeficacia para participar con sus hijos en conversaciones sobre sexualidad, una vez utilizado el CD y los materiales que les fueron proporcionados.

Por otro lado, la intervención de Wang et al denominada CImPACT encontró que el número de sesiones se asoció positivamente con el aumento de la frecuencia de la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad, dado que, la intervención contó con sesiones de refuerzo a los seis y doce meses posteriores, mostrando ventajas aún mayores (Wang et al., 2014). Dentro de este estudio así como los mencionados anteriormente, muestran que la inclusión de padres en intervenciones se asocia positivamente en la salud sexual de los hijos. El éxito de la mayoría de las intervenciones sugiere la inclusión de los padres en intervenciones encaminadas a retrasar la edad de la primera relación sexual y promover conductas saludables para reducir los riesgos asociados con la edad temprana ante las relaciones sexuales en esta población en riesgo.

Los padres son los primeros y mejores maestros de sus hijos sobre la sexualidad. Por lo que, proporcionarles material fácil de usar ayudará a facilitar sus discusiones sobre asuntos sexuales; esta ayuda debe incluir medios impresos y no impresos para facilitar el proceso.

## **CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES**

A la luz de los resultados obtenidos la intervención educativa de enfermería denominada “Acompañando a mi hijo a comprender su sexualidad” coadyuva en el fortalecimiento de la autoeficacia para la comunicación sobre tópicos de sexualidad de los padres.

Los niveles de autoeficacia fueron significativos en la post-medición en el grupo intervención, no siendo así en el grupo comparación, sin embargo, para la variable comunicación sobre sexualidad, en ambos grupos obtuvimos significancia estadística, es decir, también se observó cómo el grupo de comparación aumentó su comunicación sobre sexualidad.

A partir de los resultados nacientes de los cuestionarios se logró apreciar que los participantes no tenían acercamiento con sus hijos, debido a múltiples razones como desaprobación, vergüenza, falta de conocimientos y autoeficacia propiamente. Sin embargo, con la implementación de la intervención los participantes adquirieron herramientas necesarias para acercarse a sus hijos y comunicarse abiertamente.

Las habilidades de la comunicación forman parte del repertorio de destrezas protectoras del riesgo, que ejercen un control que beneficia el autocuidado, por lo que, a través de los conceptos: logro activo, experiencia vicaria, exhortación, expectativa de autoeficacia y expectativas de resultados de la teoría empleada para la intervención podemos afirmar que los participantes generaron habilidad para organizar y entablar la comunicación sobre tópicos de sexualidad con sus hijos.

El *Logro activo*, se llevó a cabo mediante el éxito de la intervención, es decir, una vez finalizado el curso se fortaleció la seguridad de la persona. Entanto la *experiencia vicaria*, durante el curso los participantes fueron aprendiendo a partir de la experiencia y/o vivencia de otras personas, ya que el hecho de observar a otros individuos realizando con éxito la misma actividad los alentó. Y la *exhortación*, se logró al decirles a los participantes que poseían la capacidad de dominar su comportamiento.

Mientras que, para lograr la *expectativa de la autoeficacia*, nos basamos en las habilidades personales y para la *expectativa de los resultados*, en la reflexión acerca de lo que pasaría si el procedimiento se lograba con éxito; la diferencia radicó en que las personas pueden creer que una actitud es exitosa, pero, no que poseen el comportamiento adecuado para obtener el resultado deseado. Por tanto la autoeficacia como las expectativas de resultado influye en el desempeño de las actividades funcionales.

Por tanto la intervención, es generadora de conocimientos, confianza y seguridad ante conversaciones que impliquen temas relacionados con la sexualidad, además provee conciencia en relación a la convivencia con los hijos, es decir, crea vínculos afectivos sanos en la familia lo que facilita la comunicación entre los integrantes, para que de ese modo los hijos puedan expresar sus dudas e inquietudes abiertamente, lo que los llevará a no adquirir y practicar conductas sexuales de riesgo que pongan en peligro su vida y salud.

Los padres notaron que el afecto favorece a la vida de sus hijos, se dieron cuenta de que el rol familiar es importante para la protección, estabilidad, conformación de valores, es motor y freno de diferentes acciones, brinda orgullo, pertenencia y es fuente de satisfacciones, tristezas y alegría. Además que el seno familiar es el lugar donde se forjan estilos personales de interacción y provee de herramientas necesarias para establecer relaciones con otros individuos. Los padres, son pues, los encargados de fomentar el sano desarrollo biopsicosocial de los hijos. Es por ello, que esta investigación se convierte en una estrategia de salud para la prevención de ITS incluido el VIH, embarazos no deseados, abortos y debut sexual a temprana edad.

## REFERENCIAS

- Asompong, E., Osafo, J., Bingenheimer, J., & Ahiadeke, C. (2013). Adolescents and parents' perceptions of best time for sex and sexual communications from two communities in the Eastern and Volta Regions of Ghana: implications for HIV and AIDS education. *International Health & Human Rights*, 26(1), 13-40. doi.org/10.1186/1472-698X-13-40
- Baessler, J., & Schawarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de de la autoeficacia general. *Ansiedad*, 2(1), 1-7.
- Bandura, A. (2001). *Guía para la construcción de las escalas de autoeficacia: Revisión revisada*. Universidad de Stanford.
- Bangpan, M., & Operario, D. (2012). Understanding the role of family on sexual-risk decisions of young women: A systematic review. *AIDS Care*, 24(9), 2-10. doi: 10.1080/09540121.2012.699667
- Weekes, C. V., Haas B. K., & Gosselin, K. P. (2014). Expectations and Self-Efficacy of African American Parents Who Discuss Sexuality with their Adolescent Sons: An Intervention Study. *Public Health Nursing*, 31(3):253-61. doi: 10.1111/phn.12084
- Castillo L, Álvarez A, Valle M, & Hernández V. (2015). Autoeficacia de padres para hablar con sus hijos acerca de sexo. *Ciencia UANL*, 73(1), 1-3.
- DiIorio, C., Dudley, W.N., Wang, D.T., Wasserman, J., Eichler, M., Belcher, L., & West-Edwards, C. (2001). Measurement of parenting self-efficacy and outcome expectancy related to discussions about sex. *JNurs Meas*, 9(2), 135-49.
- Elley, S. (2010). "If I Shut My Eyes, I Cannot Hear You": The Regulation of Parent and Adolescent Communication About Sexual Practices and Identities in the Family Context. *Sociological Research Online*, 15(2),1-3.
- Fallas, M., García, J., Torres, N., & Romero, A. (2016). Justicia social para una vivencia afectiva y sexual en Costa Rica. *Revista Ensayos Pedagógicos*, 11(1), 113-34

- Friedman, M. (1981). *Family nursing. Theory and assessment. Introduction to the family*. Appleton Century Crofts
- Goncalves, S., Castellá, J., & Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo en jóvenes. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 161-66.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ta ed. Mc Graw Hill
- Huerta, M. I. (2015). Factores predictores de conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios de Morelia, México [Tesis]. Universidad de Guanajuato.
- Hyde, A., Drennan, J., Butler, M., Howlett, E., Carney, M., Lohan, M. (2013). Parents' constructions of communication with their children about safer sex. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (1), 1-8. doi: 10.1111/jocn.12367
- Jiménez, S., Andrade, P., & Betancourt, D. (2007). Habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgo en jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 9(2), 147-62.
- Kuo, C., Atujuna, M., Mathews, C., Stein, D. J., Hoare, J., Beardslee, W., Operario, D., Cluver, L., & K Brown, L. (2016). Developing family interventions for adolescent HIV prevention in South Africa. *AIDS care*, 28(1), 106–10. doi.org/10.1080/09540121.2016.1146396
- Marriner, A., & Raile M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª ed. Elsevier.
- McKernan-McKay, M., Alicea, S., Elwyn, L., McClain, Z. R., Parker, G., Small, L. A., & Mellins, C. A. (2014). The development and implementation of theory-driven programs capable of addressing poverty-impacted children's health, mental health, and prevention needs: CHAMP and CHAMP+, evidence-informed, family-based interventions to address HIV risk and care. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 43(3), 428–441. doi.org/10.1080/15374416.2014.893519
- Mosquera, J., & Mateus, J. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH/SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colombia médica*, 34(4), 206-212.

- Polit, D. F., Hungler, B. P. (2000). *Investigación en ciencias de la salud*. 6ta ed. McGraw-Hill Interamericana.
- Prado, G., Pantin, H., Huang, S., Cordova, D., Tapia, M. I., Velazquez, M. R., Calfee, M., Malcolm, S., Arzon, M., Villamar, J., Jimenez, G. L., Cano, N., Brown, C. H., & Estrada, Y. (2012). Effects of a family intervention in reducing HIV risk behaviors among high-risk Hispanic adolescents: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166(2):127-33. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.189 .
- Naciones Unidas (2015). *Programa Conjunto de las Naciones Unidas Contra el VIH/Sida*. ONUSIDA.
- Pullupaxi, M. (2011). La carencia afectiva como factor determinante en el inicio precoz de las relaciones sexuales en las adolescentes de 13 a 18 años de edad, estudiantes del colegio técnico Agoyán del cantón baños. [Tesis]. Universidad técnica de Ambato.
- Secretaria de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigaciones para la Salud*. Diario Oficial de la Federación.
- Robinson, K. H. (2012). ‘Difficult citizenship’: The precarious relationships between childhood, sexuality and access to knowledge. *Sexualities*, 15(3–4), 257–276. doi.org/10.1177/1363460712436469
- Rouvier, M., Campero, L., Walker, D., Caballero, M. (2011). Factors that influence communication about sexuality between parents and adolescents in the cultural context of Mexican families. *Sex Education*, 11(2):175-91.
- Peterson, S. J., & Bredow, T, S. (2013). *Middle range theories. Application to nursing*. Research. 3rd. ed. Wolters Kluwer
- Torres, M. I., Granberry, P., Person, S., Allison, J., Rosal, M., & Rustan, S. (2016). Influential factors of Puerto Rican mother-child communication about sexual health topics. *Maternal and child health journal*, 20(11), 2280–2290. doi.org/10.1007/s10995-016-2041-x
- Valdés, A. (2013). Familia y desarrollo. *Intervenciones en terapia familiar*. El Manual Moderno.

- Velásquez, A. (2012) Revisión Teórico histórico-conceptual del concepto de autoeficacia. *Revista pequén*, 2(1), 3-14.
- Vig, J., Miller, K. S., Chirwa-Motswere, C., Winskell, K., & Stallcup, E. (2016). Involving parents from the start: formative evaluation for a large randomised controlled trial with Botswana Junior Secondary School students. *African journal of AIDS research: AJAR*, 15(1), 9–15. doi.org/10.2989/16085906.2015.1135295
- Wang, B., Stanton, B., Deveaux, L., Li, X., Koci, V., & Lunn, S. (2014). The impact of parent involvement in an effective adolescent risk reduction intervention on sexual risk communication and adolescent outcomes. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education*, 26(6), 500–20. doi.org/10.1521/aeap.2014.26.6.500
- Wilson, E. K., Koo, H. P. (2010). Mothers, fathers, sons, and daughters: gender differences in factors associated with parent-child communication about sexual topics. *Reproductive Health*, 7(31), 1-9.



## Calidad de vida laboral de trabajadores operarios de una empresa de manufactura

Quality of working life operative workers of a manufacturing Company

Alejandra Leija Mendoza<sup>1</sup>, Alicia Álvarez-Aguirre<sup>2</sup>, Leticia Casique Casique<sup>3</sup>  
Universidad Autónoma de Coahuila y  
Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>4</sup>

Recibido: 25/05/2020

Aceptado: 6/06/2020

### Resumen

**Introducción.** La Calidad de Vida Laboral (CVL) es un concepto multidimensional y dinámico que indica las necesidades personales y laborales y su evaluación permite conocer las necesidades del trabajador y de las diversas áreas laborales. **Objetivo.** Se determinó la Calidad de Vida Laboral de los trabajadores de una empresa de manufactura localizada en un municipio del estado de Coahuila. **Método.** La población fue de 176 trabajadores, con una muestra de 135 operarios. Se utilizó una cédula de datos y el instrumento CVT-GOHISALO. **Resultados.** La fiabilidad del instrumento fue de 0.97. La media de edad fue de 39.21 años y de antigüedad laboral de 17.92 meses. El 40.7% ( $f=55$ ) contaba con estudios técnicos y el 61.5% ( $f=83$ ) era casado. Los puntajes promedio de algunas de las dimensiones del instrumento fueron: Soporte institucional para el trabajo 36.99, Seguridad en el trabajo 35.48, Bienestar logrado a través del trabajo 30.67 y Administración del tiempo libre 14.23. Respecto a la sumatoria final se observó que el 100% ( $f=135$ ) no cuenta con riesgo de desequilibrio en su CVL percibida. **Conclusión.** La CVL representa un concepto multidimensional que debe ser valorado en cada de las áreas y diferentes poblaciones.

*Palabras clave:* Enfermería; Trabajadores, Vida laboral.

<sup>1</sup> Egresada del Doctorado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Guanajuato y Docente de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila, México. [aleimen\\_10@hotmail.com](mailto:aleimen_10@hotmail.com)

<sup>2</sup> Correspondencia remitir a: Profesora, Departamento de Enfermería Clínica, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato [alicia.alvarez@ugto.mx](mailto:alicia.alvarez@ugto.mx)

<sup>3</sup> Doctora, Docente Investigadora, Departamento de Enfermería y Obstetricia, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato, [l.casique@ugto.mx](mailto:l.casique@ugto.mx)

Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay

## Abstract

**Introduction.** The Quality of Work Life (QWL) is a multidimensional and dynamic concept that indicates personal and work needs and its evaluation allows us to know the needs of the worker and of the various work areas. **Objective.** The Quality of Work Life of the workers of a manufacturing company located in a municipality of the state of Coahuila was determined. **Method.** The population was 176 workers, with a sample of 135 workers. A data card and the CVT-GOHISALO instrument were used. **Results.** The reliability of the instrument was 0.97. The mean age was 39.21 years and the working seniority was 17.92 months. 40.7% (f = 55) had technical studies and 61.5% (f = 83) were married. The average scores of some of the dimensions of the instrument were: Institutional support for work 36.99, Safety at work 35.48, Well-being achieved through work 30.67 and Management of free time 14.23. Regarding the final sum, it was observed that 100% (f = 135) did not have a risk of imbalance in their perceived CVL. **Conclusions.** CVL represents a multidimensional concept that must be valued in each of the areas and different populations

*Keywords:* Nurse, Workers, Laboral life.

La Calidad de Vida Laboral (CVL) representa un concepto multidimensional que contempla diversas necesidades personales y laborales, lo anterior se obtienen mediante el control de ciertas variables clave en las que se observa una relación directa entre la empresa y el trabajador, algunas de estas variables son: soporte institucional, seguridad e integración al puesto de trabajo y satisfacción por el mismo, identificando el bienestar conseguido a través de su actividad laboral y el desarrollo personal logrado, así como la administración de su tiempo libre (González Baltazar, et al., 2009; Gómez Vélez, 2010).

Dicho concepto representa un indicador para evaluar las experiencias humanas de un trabajo y el grado de satisfacción que se obtiene del mismo, sin embargo, su evaluación puede ser compleja y difícil de definir debido a que en términos de números se pueden deshumanizar las relaciones personales. Por lo tanto, la valoración directa de las necesidades laborales, exigencias y demandas actuales muestran aspectos como seguridad y afiliación laboral y la definitividad de los mismos lo que se puede ver reflejado en la autorrealización y el reconocimiento económico y personal de la CVL de cada trabajador (Gómez Vélez, 2010).

Autores como Gómez Vélez (2010), refieren que la CVL debe ser un reflejo del aporte que se tiene al trabajador y a la sociedad, así mismo representa un concepto dinámico y continuo, por lo que la evaluación debe ser de manera holística en la cual se consideren aspectos psicosociales y no sólo del entorno del trabajo que se desempeña y se incluya la realidad laboral presente (Granados, 2011).

## **ESTADO DEL CONOCIMIENTO**

En este sentido, la NOM-030 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS, 2009), Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo, Funciones y actividades; garantiza la seguridad y salud en los trabajadores, mediante la preservación del bienestar físico, social y mental así como las condiciones laborales con el fin de garantizar la seguridad y compatibilidad del ambiente laboral adyacentes a las capacidades individuales de los trabajadores (Salazar Estrada, et al., 2014, Organización Internacional del Trabajo [ OIT], 2016).

Entre las estrategias consideradas para lograr una CVL favorable para los trabajadores no sólo contemplan el bienestar físico si no también el emocional, en el que el trabajador es capaz de trabajar de forma productiva tomando en cuenta sus habilidades y limitaciones y el enfrentarse a factores estresantes de la vida para lograr equilibrio, madurez, tranquilidad e incluso satisfacción o felicidad (Salazar Estrada, et al., 2014).

Sin embargo, la CVL ha carecido de su estudio longitudinal en algunas cuestiones como la durabilidad y estabilidad del empleo, satisfacciones económicas, personales y laborales e incluso el reporte de los incidentes o accidentes, así como el seguimiento de los mismos en las empresas, restándole importancia al diagnóstico de esta en las diversas áreas y trabajos.

Con lo que se pudieran asegurar intervenciones o decisiones que generen cambios dentro de las empresas u organizaciones que fortalezcan las dimensiones subjetivas y objetivas de los trabajadores para promover el desarrollo, la eficacia y la productividad en los procesos de cambio que las personas asumen al interior de las empresas en un determinado momento, obteniendo resultados favorables que les ayuden a mantener un ambiente laboral propicio con la fuerza para un desarrollo bidireccional entre el trabajador y la empresa (García, et al., 2016).

## **PROBLEMA**

En México, diversas problemáticas rodean la CVL, desde la falta de estadísticas por incumplimiento u omisión, reportes relacionados a las enfermedades laborales con respecto a las condiciones o accidentes que afectan el estado físico, mental y emocional de los trabajadores, hasta la falta de calidad de un trabajo bien remunerado que ayude al trabajador a alcanzar niveles de vida adecuadas; según algunas estimaciones, se considera que el 19% de los hogares mexicanos que cuente con al menos un empleado tiene condiciones de pobreza, debido a la rotación constante de empleos aunado a la seguridad social, ingreso económica, oportunidad de vivienda, etc., lo que repercute negativamente en la CVL percibida (Organización para Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2014).

La CVL es un tema complejo y difícil de controlar, por lo que su evaluación debe considerar tipo de vivienda, categoría en el empleo, ingresos, comunidad, nivel de educación, acceso a servicios de salud, medio ambiente, satisfacción personal, seguridad y equilibrio entre la vida laboral y personal, estos factores condiciones personales del trabajador no sólo resultan difíciles de controlar por el patrón al que se le brinda un servicio, por lo que la participación de todos los sistemas públicos y privados pueden ayudar a mejorar las condiciones de la población trabajadora y sus familias que se encuentre en el país.

Es por lo anterior que el diagnóstico de la CVL colabora en obtener una visión panorámica de todos los sistemas involucrados para el grado de bienestar, desde la percepción del trabajador que forma parte integral del desarrollo personal hasta las oportunidades y prestaciones laborales de los trabajadores de un determinado lugar considerando un panorama multidimensional y holístico (Cruz Velazco, 2018).

## **OBJETIVOS**

1. Determinar la CVL de los trabajadores de una empresa de manufactura localizada en un municipio del estado de Coahuila.
2. Determinar las características sociodemográficas de la población.
3. Determinar el tipo de satisfacción por dimensiones del instrumento.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La investigación se realizó en una empresa pequeña de un municipio del estado de Coahuila, con una población de 176 trabajadores operarios registrados en tres turnos, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia y el tamaño de la muestra fue considerando el 95% del intervalo de confianza con un programa estadístico, dando como resultado 121, sin embargo, accedieron a participar un total de 135 operarios (Grove, et al., 2012).

### **Instrumento**

Para la recolección de datos sociodemográficos se utilizó una cédula de datos personales como: edad, escolaridad, estado civil y antigüedad laboral.

La variable CVL se midió mediante el cuestionario de calidad de vida en el trabajo CVT-GOHISALO. Dicho cuestionario contiene 74 ítems dividido en 7 dimensiones sobre la evaluación de la apreciación del trabajador acerca de la calidad de vida obtenida en su área laboral.

Las 7 dimensiones del instrumento son las siguientes: 1) soporte institucional (ítems: 45, 46, 47, 48, 49, 44, 50, 19, 51, 52, 27, 28, 6, 26), 2) seguridad (ítems: 8, 7, 10, 9, 29, 11, 13, 12, 61, 30, 5, 63, 33, 31, 72), 3) integración a puesto de trabajo (ítems: 39, 41, 43, 18, 42, 37, 36, 65, 32, 40), 4) satisfacción por el trabajo (ítems: 15, 22, 16, 17, 20, 3, 4, 14, 2, 21, 1), 5) bienestar conseguido a través de su actividad laboral (ítems: 59, 71, 38, 34, 62, 35, 23, 66, 60, 24, 73) 6) desarrollo personal del trabajador (ítems: 67, 68, 53, 69, 54, 64, 70, 74) y 7) administración del tiempo libre (ítems: 58, 57, 56, 25, 55).

El instrumento contiene una escala tipo Likert que va de 0 que corresponde a nada satisfecho a 4 máximo de satisfacción. La interpretación de la puntuación se realiza mediante cada una de las dimensiones en donde menor de 40 es puntaje bajo, 41 a 59 puntaje medio y mayor a 60 puntaje alto. Se ha aplicado en población mexicana, y reporta un alfa de Cronbach de 0.95 (González Baltazar, et al., 2009; Platán Pérez, 2016; De Vellis, 2017).

## **Procedimiento**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo trasversal (Grove, et al., 2012; Pineda, et al., 2008), el cual fue aprobado por el Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías de la Universidad de Guanajuato (CIDSC-30724059), y autorizado por la empresa, posteriormente mediante una reunión con los gerentes de la línea de producción se acordaron horarios, espacios y rotación del personal para la recolección de información de los participantes que accedieron a contestar el instrumento, cabe señalar que la recolección de la información no perjudicó sus responsabilidades laborales.

Los instrumentos fueron respondidos por cada participante en aproximadamente 25 a 30 minutos, previa obtención del consentimiento informado, el cual incluía el propósito del estudio y el anonimato de su participación y la confidencialidad de los datos proporcionados con base a los criterios éticos establecidos por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación (1987).

Una vez que se obtuvieron los datos de la variable del estudio se agradeció la participación a los sujetos, así como a los gerentes por las facilidades prestadas en la empresa. Por último, se procedió a realizar el análisis de los datos a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0 a través de la estadística descriptiva (Polit, 2010; Wayne, 2016).

## RESULTADOS

Para dar respuesta al primer objetivo específico se muestran los siguientes resultados: el 100% ( $f=135$ ) fueron del sexo masculino, debido a que la empresa de manufactura requería del uso y manejo de maquinaria pesada, por lo cual la contratación era de únicamente del sexo masculino en la categoría de operario. La media de edad fue de 39.21 ( $DE=4.58$ ), y el promedio de la antigüedad laboral fue de 17.92 meses ( $DE=13.19$ ). Se puede observar en la Tabla 1 que el 40.7% ( $f=55$ ) contaba con estudios técnicos y el 61.5% ( $f=83$ ) se encontraba casado.

**Tabla 1**

*Características de los trabajadores de la empresa de manufactura*

<b>Escolaridad</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Primaria	6	4.4
Secundaria	30	22.2
Preparatoria	38	28.1
Estudios técnicos	55	40.7
Licenciatura	6	4.4
Total	135	100.0
<b>Estado civil</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Soltero	16	11.9
Casado	83	61.5
Divorciado	12	8.9
Unión libre	24	18.8
Total	135	100.0

*Nota.*  $f$ = frecuencia, %= porcentaje,  $n=135$

Para dar respuesta al segundo objetivo específico se realizó el análisis de los puntajes promedio de las dimensiones del instrumento dando como resultado en Soporte institucional para el trabajo 36.99 ( $DE=9.56$ ), Seguridad en el trabajo 35.48 ( $DE=9.83$ ), Integración al puesto de trabajo 27.10 ( $DE=6.51$ ), Satisfacción por el trabajo 28.72 ( $DE=6.89$ ), Bienestar logrado a través del trabajo 30.67 ( $DE=6.38$ ), Desarrollo personal 21.42 ( $DE=5.85$ ) y Administración del tiempo libre 14.23 ( $DE=3.19$ ).

Así mismo, en la Tabla 2 se muestran las interpretaciones de los puntajes por dimensiones donde se consideran los puntajes bajos como un riesgo que presenta el trabajador en la dimensión de acuerdo con los componentes de la CVL.

**Tabla 2**

*Tipo de riesgo de vulnerabilidad de desequilibrio de CVL por dimensiones*

Dimensión	Riesgo		Sin riesgo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Soporte institucional para el trabajo	5	3.7	130	96.3
Seguridad en el trabajo	5	3.7	130	96.3
Integración al puesto de trabajo	28	20.7	107	79.3
Satisfacción por el trabajo	80	59.3	55	40.7
Bienestar logrado a través del trabajo	88	65.2	47	34.8
Desarrollo personal	39	28.9	96	71.1
Administración del tiempo libre	46	34.1	89	65.9

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, n=135

Se calculó el Alpha de Cronbach con T cuadrada de Hotelling para evaluar la fiabilidad del instrumento dando como resultado 0.97; por ultimo para dar respuesta al objetivo principal, se realizó la interpretación de los puntajes finales del instrumento, obteniendo un puntaje promedio de 194.61 ( $DE= 41.48$ ), según la interpretación del instrumento los resultados obtenidos nos muestran que a pesar de que existe vulnerabilidad al riesgo del desequilibrio de la CVL, la sumatoria muestra que el 100% ( $f=135$ ) no cuenta con riesgo de desequilibrio en su CVL percibida.

## DISCUSION

El objetivo de esta investigación fue determinar la CVL de los trabajadores operarios de una empresa, esta variable difiere entre algunos de los instrumentos de medición como el estudio de Vidal Gamboa, et al., (2017), esto se debe a que la CVL se considera una variable compleja y multidimensional al considerar un amplio constructo (Granados, 2011; García Rubiano, et al., 2016; Cruz Velazco, 2018), así mismo en muchos de los estudios consideraron al sexo femenino en la población de estudio como Vidal Gamboa, et al.,(2017), García Rubiano, et. al. (2018), Patlàn, (2016) y González Baltazar, et al.,(2015), lo contrario al presente estudio debido a las características del trabajo que realizaban el personal operario sólo fueron hombres.

En el presente estudio y las circunstancias que se dieron para incluir solo al sexo masculino, existen estudios como el de González Baltazar, et al., (2015), quienes mencionan que existe una desigualdad de oportunidades relacionadas a la CVL entre hombres y mujeres, refiriendo que los varones tienen mejor satisfacción de la CVL en la dimensión de desarrollo personal y administración del tiempo libre, dichas deducciones pueden coincidir con la población actual del presente estudio y el puntaje alto en la CVL.

Así mismo, la multidimensionalidad de la CVL sí como las características del trabajo pueden variar en los resultados de la misma, como el estudio de Vidal Gamboa, et al., (2017), donde una de las principales variables que influyeron fue el ausentismo laboral que tuvieron los trabajadores de su estudio, lo cual se refleja una falta de motivación desde una percepción individual reflejado en una baja CVL (García Rubiano et al., 2015).

En relación a cada una de las dimensiones utilizadas en el instrumento en el estudio realizado por Gómez Vélez (2010) encontraron que las dimensiones de soporte institucional y seguridad en el trabajo produce mayor satisfacción en los trabajadores.

Estos resultados coinciden con el presente estudio ya que la población en riesgo en dichas dimensiones solo es del 3.7 %, lo que tiene que ver con las evaluaciones del trabajo que desempeñan, los insumos dados, así como el cumplimiento de la empresa a algunos derechos básicos como la seguridad social y el respeto a los contratos.

Respecto a la integración al puesto trabajo, Gómez Vélez (2010) encontró una evaluación media, mientras que el presente estudio la población en riesgo es del 20.7%, lo anterior está relacionado a la preparación académica, resolución de conflictos y el soporte percibido entre los compañeros de trabajo y supervisores; es importante considerar que en ocasiones la población operaria es la que tiene menor preparación académica.

En la dimensión de satisfacción por el trabajo y el desarrollo personal Gómez Vélez (2010), encontró una tendencia a la baja, mientras que en el presente estudio la población en riesgo fue del 59.3% y 28.9% respectivamente, en estas dimensiones se consideran las jornadas laborales, contratación y el tiempo, así como la cantidad de trabajo y lo que realizan, reconocimiento y el orgullo de pertenencia a la empresa, en este aspecto es importante considerar que los trabajadores operarios son quienes tienen las jornadas, horarios y actividades más pesadas y en muchas de las ocasiones el reconocimiento es poco, aunado a que actualmente la contrataciones temporales es una modalidad frecuente en las empresas con el objetivo de disminuir compromisos económicos a largo plazo con el personal al obtener mayores ganancias.

Respecto al bienestar logrado a través del trabajo y la administración del tiempo libre Gómez Vélez (2010), encontró una insatisfacción laboral en sus trabajadores, mientras en el presente trabajo el 65.2% tiene un riesgo o insatisfacción en relación a este mismo rubro y el 34.1% tiene un riesgo en relación a la admiración del tiempo libre.

Esta coincidencia entre ambos artículos se relaciona a los aspectos que se evalúan como las características de la vivienda, la salud general, equilibrio entre el trabajo y la familia, entre otras cosas, donde los operarios aparte de tener los horarios y actividades más pesadas son quienes tiene los salarios más bajos, lo que disminuye la oportunidad de adquirir mejores viviendas así como periodos vacacionales largos o más días de descanso mermando la planificación del tiempo libre y su equilibrio entre la familia y el trabajo.

Aunado a esto estudios como el realizado por Salazar Estrada, et al., (2014) mostraron que las largas jornadas laborales, la mala relación entre compañeros de trabajo y un nivel bajo de educación ocasiona deterioro en la salud mental, mientras que vivir con la familia representa un factor protector, lo cual está contemplado en el presente estudio en la valoración del equilibrio familiar y laboral y el uso del tiempo libre en el que los lazos afectivos familiares colaboran en el bienestar del trabajador manteniendo una óptima CVL.

Así mismo, es importante considerar que una CVL favorable aumenta la productividad en la empresa (Martínez Buelvas, et al., 2013), por lo que su evaluación constante en este sentido proporciona una herramienta para valorar las condiciones de las empresas y las áreas de oportunidad y mejora en los procesos y las condiciones de los trabajadores, tal como se realizó en este trabajo que a pesar de que todos reportaron una CVL alta al sumar las dimensiones, se puede observar que algunas de estas se encuentran en riesgo o insatisfechas para la población trabajadora.

## **CONCLUSION**

La CVL representa un concepto multidimensional que debe ser valorado en cada una de las áreas de trabajo, considerando diferentes poblaciones con el fin de garantizar una visión holística de un fenómeno que al ser tan complejo y amplio puede presentar cambios dependiendo del espacio y tiempo en el que se realice su evaluación.

Por lo anterior, la valoración constante de este fenómeno deber ser un aspecto primordial y fundamental de la enfermería laboral, con el fin de determinar nuevas vertientes que amplíen el conocimiento de las condiciones laborales que impacta directa o indirectamente la CVL, de esta manera no sólo se pueden garantizar los costos o beneficios económicos que tiene para la industria o la producción, a la par se obtiene el desarrollo personal y profesional para aquellos trabajadores que representan la mano de obra que sostiene en gran medidas a las empresas y que en virtud de su bienestar y seguridad se garantiza la estabilidad del sector económico.

Si bien es cierto que existen investigaciones que valoran la CVL de manera multifacética, también es verdad que es un campo muy amplio de investigación en el cual se pueden encontrar brechas para ampliar el conocimiento existente y actualizarlo, contemplando las diferentes realidades y retos que enfrenta nuestra población a nivel local, nacional y mundial.

## REFERENCIAS

- Cruz Velazco, J. E. (2018). *La calidad de vida laboral y el estudio del recurso humano: una sobre su relación con las variables organizacionales*. Revista Científica Pensamiento y Gestión, (45). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14482/pege.45.10617>
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications*. California, USA. Sage publications.
- García Rubiano, M. y Forero Aponte, C. (2016). *Calidad de vida laboral y la disposición al cambio organizacional en funcionarios de empresas de la ciudad de Bogotá Colombia*. Acta Colombiana de Psicología, 19(1), 79-90.
- Gómez Vélez, M. A. (2010). *Calidad de vida laboral en empleados temporales del valle de Aburrá – Colombia*. Revista ciencias estratégicas. 18(24), 225-236

- González Baltazar, R., Hidalgo Santacruz, G., León Córtes, S. G., Contreras Estrada, M. I., Aldrete Rodríguez, M. G. Hidalgo González, B. J. y Barrera Vega, J. A. (2015). *Relación entre género y calidad de vida laboral en profesionales de salud*. *Psicogente*, 18(33), 52-65. <http://doi.org/10.17081/psico.18.33.55>
- González Baltazar, R., Hidalgo Santacruz, G., Salazar Estrada, J. G. y Preciado Serrano, M. L. (2009). *Instrumento para medir la Calidad de Vida en el Trabajo: CVT-GOHI-SALO*. Instituto de investigación salud ocupacional.
- Granados P, I. (2013). *Calidad de vida laboral: historia, dimensiones y beneficios*. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 271-276.
- Grove, S. K., Burns, N., y Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences
- Martínez Buelvas, L., Oviedo Trespalacios, O. y Luna Amaya, C. (2013). *Condiciones de trabajo que impactan en la vida laboral*. *Salud Uninorte*, 29(3), 542-560.
- Organización Internacional del Trabajo. *Misión e Impacto de la OIT: promover el empleo, proteger a las personas*. (2016) Informe de la OIT. Ginebra: ONU. <https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/lang--es/index.htm>
- Organización para Cooperación y Desarrollo Económico (2014). *Iniciativa para una vida mejor México*. Recuperado de: [https://www.oecd.org/centrodemexico/Working%20draft%20Mexico%20Report\\_FINAL.pdf](https://www.oecd.org/centrodemexico/Working%20draft%20Mexico%20Report_FINAL.pdf)
- Pineda, E. B. y Alvarado, E. L. (2008). *Metodología de la investigación*: Organización Panamericana de la Salud Ed.
- Polit, D. F. (2013). *Statistics and Data Analysis for Nursing Research*: Pearson Higher Ed.
- Patlán Pérez, J. (2016). *Construcción y Propiedades Psicométricas de la Escala de Calidad de Vida en el Trabajo*. *Ciencia & Trabajo*, 18(56), 94-105.
- Salazar Estrada, J. G., Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M. y Ruvalcaba Romero, N. A. (2014). *La percepción del trabajador de la industria manufacturera con relación a su bienestar y el sentido de coherencia*. *Salud Uninorte*, 30(1), 10-22.

Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Secretaría del Trabajo y Previsión Social Norma Oficial Mexicana *NOM-030-STPS (2009)*. *Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo. Funciones y actividades*. <http://asinom.stps.gob.mx:8145/upload/nom/32.pdf>

Vidal Gamboa, C., Palavecino Sáez, I., Moya Rivera, P., Toro Huerta, C. y Hoffmeister Arce, L. (2017). *Calidad de vida del personal de salud y su relación con el ausentismo*. *Ciencia & trabajo*, 19(60), 188-193.

Wayne, D. (2016). *Bioestadística: base para el análisis de la ciencia de la salud*. Limusa Ed.



## Percepción de la Terapia Chi Kung en Pacientes con Diabetes Tipo 2

### Perception of Chi Kung Therapy in Patients with Type 2 Diabetes

María Magdalena Lozano Zúñiga<sup>1</sup>, María Elena Rivera-Heredia<sup>2</sup>, Alicia Álvarez-Aguirre<sup>3</sup>,  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y  
Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>4</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción:** El creciente número de personas con diabetes, sus cifras de mortalidad y los diversos padecimientos asociados con ésta impulsan la búsqueda de tratamientos que contribuyan al bienestar de quienes la presentan. **Objetivo:** El propósito del estudio fue describir los cambios percibidos por 37 personas (32 mujeres y 5 hombres, de entre 40 y 84 años) con Diabetes tipo 2 después de practicar Chi Kung (Qi Gong) durante tres meses en Morelia, Michoacán, México. **Método:** Se trabajó con un método cualitativo con enfoque fenomenológico, realizándose entrevistas semiestructuradas y registro observacional. **Resultados:** Se encontró una percepción general de mejoramiento en la salud física al describir mayor vitalidad y bienestar, así como menores síntomas; también emergieron cambios positivos en las áreas emocional, social, y espiritual. **Conclusiones:** La incorporación del Chi Kung a los protocolos de tratamiento farmacológico puede reducir costos al sistema de salud e incidir favorablemente en la salud integral de las personas con Diabetes tipo 2.

*Palabras clave:* Enfermedad Crónica, Terapias Complementarias, Control Glucémico, Adultos, Qi Gong.

---

Correspondencia remitir a: Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería, [maria.lozano@umich.mx](mailto:maria.lozano@umich.mx)

<sup>1</sup>Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Psicología [maelenarivera@gmail.com](mailto:maelenarivera@gmail.com)

<sup>3</sup> Profesora, Universidad de Guanajuato, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Departamento de Enfermería Clínica, [alicia.alvarez@ugto.mx](mailto:alicia.alvarez@ugto.mx)

<sup>4</sup>Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

**Introduction:** The growing number of people with diabetes, their mortality figures and the various diseases associated with it drive the search for treatments that contribute to the well-being of those who have it. **Objective:** The purpose of the study was to describe the changes perceived by 37 people (32 women and 5 men, between 40 and 84 years old) with type 2 diabetes after practicing Chi Kung (Qi Gong) for three months in Morelia, Michoacán, Mexico. **Method:** Qualitative method with a phenomenological approach, conducting semi-structured interviews and observational recording. **Results:** A general perception of improvement in physical health was found when describing greater vitality and well-being, as well as fewer symptoms; Positive changes also emerged in the emotional, social, and spiritual areas. **Conclusions:** The incorporation of Chi Kung into pharmacological treatment protocols can reduce costs to the health system and positively affect the overall health of people with type 2 diabetes.

*Keywords:* Chronic Disease, Complementary Therapies, Glycemic Control, Adults, Qi Gong.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es uno de los padecimientos crónicos más frecuentes no sólo en México sino a nivel mundial; puesto que la prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos bajos y medianos en comparación de los de ingresos alto. La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores, e incluso en 2016 fue la séptima causa principal de mortalidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Asimismo, la diabetes como padecimiento crónico tiene la característica de mantener un periodo denominado “fase preclínica” en el que las posibilidades de su detección disminuyen generando de ese modo un aumento en la mortalidad de quienes lo padecen. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública en México (INSP, 2021) desde el año 2000 señala que la diabetes es considerada como la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres generando así hasta el 2010 un aproximado de 83 mil muertes en el país. Del mismo modo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018) y la Federación Mexicana de Diabetes (FMD, 2017) encontraron que la prevalencia de diabetes en adultos mayores a veinte años en el estado de Michoacán fue de 79% siendo el porcentaje mayor en mujeres (10.3%) que en hombres (8.4%).

Cabe resaltar, que las cifras de ENSANUT (2018) son alarmantes, ya que de los 8.6 millones de personas que participaron el 16.4% señalaron que las causas de consulta a nivel nacional responden al grupo clasificatorio de las enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes formando parte a su vez del grupo de las cinco enfermedades que mantienen un mayor impacto económico en el sistema de salud. Además, se agrega en el informe que la prevalencia de la enfermedad por diagnóstico médico subió de 9.2% en 2012 a 10.3%. De estos porcentajes, el 89.9% de los adultos llevan un tratamiento farmacológico de control, sin embargo, debido a que el sedentarismo está directamente relacionado al desarrollo de la Diabetes Mellitus 2, el uso de tratamientos alternativos como el Chi Kung (Qi Gong) combinado con los tratamientos tradicionales como los farmacológicos podría generar un mejoramiento en el bienestar de los pacientes.

Ahora bien, a lo largo del estudio de la diabetes se ha comprobado que las enfermedades crónicas requieren la implementación de tratamientos integrales y holísticos que puedan ayudar a su control, de ahí que el ejercicio físico sea un elemento relevante puesto que actúa favorablemente en la circulación sanguínea, articulaciones y metabolismo. Por lo tanto, el método Chi Kung (Qi Gong) es una práctica ancestral de la medicina tradicional china enseñada en ciertos grupos de artes marciales y con los monjes budistas como una forma de intervención de prevención ante la diabetes. Su metodología permite la conservación de la salud y el incremento de la longevidad trabajando sobre la energía a través de los meridianos de acupuntura. En esta práctica la respiración guiada y pausada con movimientos de gimnasia lentos y la concentración mental generan un mejoramiento en el bienestar de las personas (Prouzet, 2001).

En la concepción del funcionamiento metodológico del Chi Kung el trabajo con la mente y el cuerpo es de suma relevancia para la práctica médica; de ahí que su construcción parte de un Qi Gong médico interno y un Qi Gong médico externo. El primero, está centrado en la autosanación y el cuidado personal mediante prácticas específicas de respiración, movimientos para condiciones de salud particulares de cada paciente y procesos de meditación que tienen como objetivo lograr una observación de sí mismos.

En lo que respecta al funcionamiento externo, la metodología responde a un trabajo colaborativo entre el médico y su paciente buscando principalmente remover los bloqueos de energía haciéndola circular, de tal modo que puedan restaurar el balance en diversas áreas del cuerpo.

En ese sentido, la importancia de los ejercicios se presenta debido a la carga afectiva que el Qi mantiene en las personas que tiene relación con sentirse acompañado por pares; es decir, este constituye una carga emocional y de memoria que va más allá de la producción misma de insulina haciendo referencia a los hábitos y preferencias de los pacientes (Putiri, et al., 2017).

## **ESTADO DEL CONOCIMIENTO**

Según un estudio realizado por Sánchez et al. (2018) el método Chi Kung tiene efectos en la circulación sanguínea, la tensión nerviosa, las articulaciones y músculos, así como el funcionamiento cardiopulmonar. A su vez, ayuda en la regulación del sistema nervioso y equilibra el metabolismo, generando así, de forma general una activación de diferentes órganos en el cuerpo lo que significa que tiene una repercusión benéfica en el control glucémico con pacientes diabéticos.

En términos basados en la medicina tradicional china, el objetivo fundamental de la técnica Chi Kung es la de generar un balance del Qi denominada energía vital del paciente mediante el flujo de esa energía a partir de ejercicio físico. De ese modo, Pardo (2017), retoma un estudio hecho por Liu en el que se hizo una evaluación de esta práctica en pacientes diabéticos en el que encontraron una mejoría en el índice de masa corporal, en la resistencia a la insulina y en los niveles de presión arterial aunado a una disminución en sintomatología depresiva y de ansiedad.

Mientras que Xia, et al. (2020), recopilaron 818 artículos originales de diferentes lugares del mundo sobre el uso de la técnica Chi Kung, donde infirieron que se produce un efecto favorable en los niveles de glucosa y lípidos en la sangre en aquellas personas con diabetes mellitus tipo 2, derivados por los movimientos meditativos; la única diferencia con la investigación anterior es que estos no encontraron diferencia significativa en el índice de masa corporal. Del mismo modo, Yang et al. (2021) refieren que la intervención mente-cuerpo (tal como lo es la respiración) se ocupa del bienestar físico y mental.

Retomando lo anterior, la Terapia Chi Kung (Qi Gong) no solo produce cambios psicológicos, como el alivio de la depresión, la ansiedad y el estrés, sino también cambios fisiológicos como la activación parasimpática, menor secreción de cortisol, reducción de la inflamación y retraso en la tasa de envejecimiento, que son factores de riesgo para la diabetes tipo 2 (p.1). Otras investigaciones como la realizada por Lui et al. (2020), han demostrado que la práctica de la Terapia Chi Kung (Qi Gong) produce beneficios en algunas enfermedades, como lo es la enfermedad del hígado graso no alcohólico, o enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre otras.

## **PROBLEMA**

Ante el panorama presentado y considerando las cifras estadísticas se afirma que se requiere buscar alternativas para la reducción de los efectos negativos producidos por la diabetes mellitus tipo 2, puesto que cada vez son más las personas diagnosticadas con dicha afección. Al mismo tiempo, se reconoce que el ritmo acelerado de vivir en una sociedad globalizada está generando consecuencias graves en la salud y por consiguiente se hace necesario generar estrategias y/o técnicas de co-ayuda a mejorar la calidad de vida de las pacientes que experimentan la diabetes. Esto no quiere decir que se abandone los tratamientos farmacológicos, sino que deben considerarse como un complemento a estos.

La práctica de la Terapia Chi Kung (Qi Gong) combinada con el tratamiento farmacológico puede producir una mejora en la salud física y en el bienestar de las personas, ya que es una técnica basada en el control de los movimientos de la respiración y la concentración interna, es decir: un equilibrio cuerpo-mente. En algunos estudios han demostrado que se producen efectos benéficos en diversas enfermedades, como ya se señaló con anterioridad.

En México, el estudio de la técnica de Terapia Chi Kung (Qi Gong) y la diabetes conlleva un retraso significativo en comparación con otros países, como lo son los de occidente. Si bien, existe una escasez de investigaciones especializadas y confiables sobre estas variables, resulta de gran importancia generar conocimientos en los espacios y fenómenos donde existe vacío teórico y práctico. Por lo que este estudio busca dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto en las áreas física, emocional, social y espiritual de una intervención con Chi Kung (Qui Gong) en personas con diabetes tipo 2?

## **SUPUESTO**

Se parte del supuesto de que la práctica de esta técnica de medicina tradicional China traerá como consecuencia una percepción de mayor bienestar en las cuatro áreas mencionadas.

## **PROPÓSITO**

En consecuencia, el propósito del presente estudio fue describir los efectos de la técnica de Chi Kung (Qi Gong) combinada con el tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en los ámbitos físico, emocional, social, y espiritual. En ese sentido, los hallazgos encontrados pueden en un futuro ser sustento para realizar intervenciones multidisciplinarias para contribuir al bienestar de las personas que viven con diabetes tipo 2.

## **MÉTODO**

### *Diseño*

Esta investigación está basada en una metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico y un nivel descriptivo.

### ***Participantes***

El muestreo se realizó de manera no probabilística e intencional. Estuvo conformado por 37 personas diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 de la ciudad de Morelia, Michoacán, en México. Se tomaron como criterios de inclusión la edad (tener entre 40 y 84 años) y el diagnóstico de la enfermedad. Del total de participantes 32 (86%) eran mujeres y 5 (14%) hombres. Respecto al nivel de escolaridad los porcentajes fueron de: 46% analfabetas, 24% nivel primaria, 16% nivel secundaria, 5% nivel técnico y el 8% restante con nivel licenciatura. Respecto al estado civil: 57% de las participantes eran casadas, 11% solteras y 32% viudas. En la ocupación laboral, 62% se dedican al hogar, 30% trabajan en empleos de forma activa y el 8% restante estaban jubilados. En cuanto a las personas con quienes estaba bajo el mismo techo, el 95% vivía con su cónyuge e hijos y el 5% restante con otro familiar. Respecto a su religión 92% refirió ser católica y el 8% restante reportó otra religión.

### ***Instrumentos y técnicas***

Para obtener la información necesaria para alcanzar el objetivo de la indagación se utilizaron como técnicas de recolección de datos tanto la observación como la entrevista semiestructurada. Se realizaron registros de observación que se vertieron en diarios de campo. De igual manera las entrevistas se audiograbaron y posteriormente se transcribieron. Las narraciones se analizaron mediante la técnica cualitativa de análisis de los grandes temas descrita por Liamputtong (2013) y aplicada por Olcoñ y Gulbas (2018) la cual fue propuesta originalmente por Braun y Clarke (2006). También se realizó un registro y seguimiento de su peso y sus niveles de hemoglobina glicosilada.

### ***Procedimiento***

El presente estudio parte de una investigación más amplia realizada con una perspectiva de métodos mixtos de investigación, de la que se retomó el componente cualitativo para presentarlo en este artículo. La conformación de la muestra del estudio se realizó con visitas a domicilio en cinco colonias cercanas a un centro de Salud de la ciudad de Morelia Michoacán, México invitando a participar a aquellas personas que tienen un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Todas ellas conocieron los objetivos de la investigación y decidieron participar voluntariamente, generándose un consentimiento informado para cada uno de los participantes en el que se garantiza la confidencialidad de los datos y su uso con fines estrictamente de investigación.

Posterior a ello, los participantes asistieron dos veces por semana a la práctica de Chi Kung también llamado Qi Gong (Lui et al. 2020; Putiri, et al. 2017; Prouzet, 2001) en sesiones de grupo (Tabla 1) con una duración de 60 minutos.

**Tabla 1**

*Distribución de los participantes en los grupos de práctica de Chi Kung (Qi Gong)*

Subgrupo	Mujeres	Hombres
1	6	
2	5	
3	7	3
4	7	
5	1	1
6	6	1
Total	32	5

*Nota.* Esta tabla muestra cómo se conformaron los subgrupos de personas con diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo con el sexo de los mismos.

Dichas sesiones fueron guiadas por instructores certificados en un periodo total de doce semanas. Se emplearon técnicas como: abrazando el árbol, abrazando al universo, viento, lluvia, trueno, tocando las cinco direcciones, la grulla tocando el agua, el dragón en busca de la perla escondida y tocando las cinco direcciones con vibración.

A su vez, las sesiones se estructuraron a partir de tres momentos: 1) En primera instancia, el calentamiento, en el que se emplearon movimientos circulares de cabeza, hombros, extremidades superiores, cintura, extremidades inferiores, inhalaciones y exhalaciones de relajación. 2) En segunda instancia, intervención de Chi Kung (Qi Gong) en la que se emplearon secuencias de once ejercicios y los siete lotos. 3) En tercera instancia, el cierre en el que se brindó un espacio para compartir inquietudes, cambios y emociones.

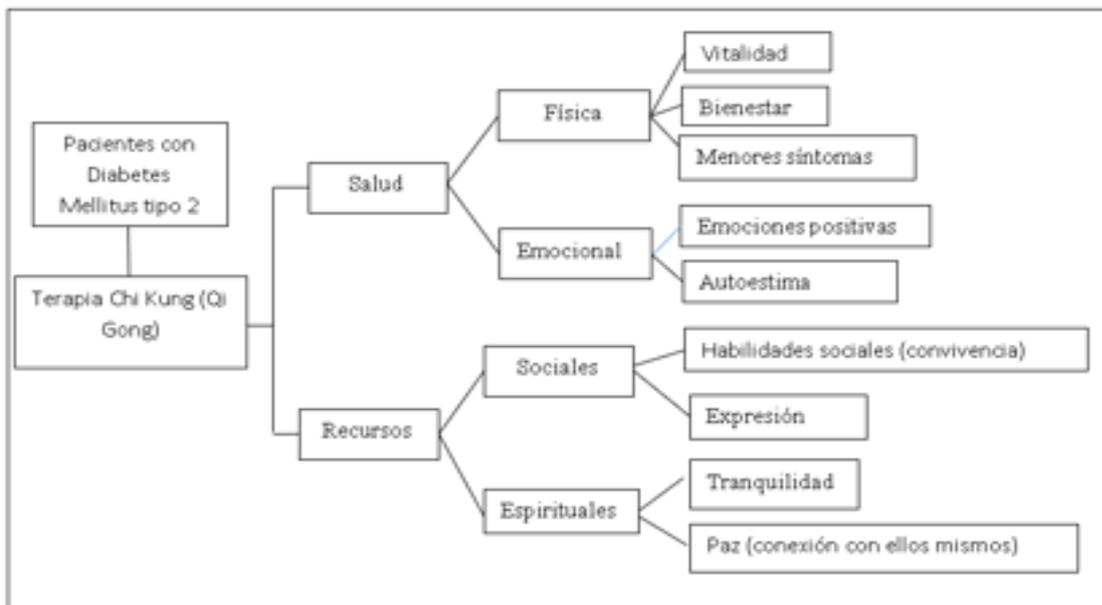
Es preciso resaltar que antes de finalizar la intervención se realizaron entrevistas semiestructuradas a fin de conocer sus experiencias respecto al tratamiento. Finalmente, se consideraron los principios éticos que guían la investigación teniendo el respaldo de la Comisión de Bioética de la Secretaría de Salud en Michoacán mediante su aprobación apegada al protocolo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud Mexicana y su Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA-2012 en materia de Investigación (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2013).

## RESULTADOS

Con base en las entrevistas realizadas a los participantes con diabetes mellitus tipo 2 se afirma que a raíz de la terapia Chi Kung (Qi Gong) se mostraron mejoras en la salud integral, incluyendo las esferas de la salud física y la de la salud emocional. Adicionalmente también se fortalecieron sus recursos sociales y los espirituales. En cada uno de los grandes temas emergieron diferentes categorías de análisis (ver Figura 1).

**Figura 1**

*Temas y categorías de análisis que emergieron de las entrevistas*



*Nota.* La figura representa las categorías que se realizaron para llevar a cabo el procesamiento de la información de los participantes con respecto al bienestar que experimentaron durante la práctica de la terapia Chi Kung (Qi Gong).

### ***Salud Física***

En la esfera de la salud física se identificaron las subcategorías de vitalidad, bienestar y los menores síntomas. En el conjunto de las narraciones se puede apreciar cómo a partir de la intervención con Terapia de Chi Kung (Qi Gong) la autopercepción de salud mejoró. En primera instancia, en relación al aspecto físico, se obtuvo como resultado un aumento en la vitalidad para la realización de actividades cotidianas como caminar, sentarse y levantarse de una silla; a su vez, hubo disminución en los síntomas de estreñimiento y un mejoramiento en la presión arterial reflejado en el bienestar de sus pies. Algunas de las participantes incluso bajaron de peso y disminuyeron sus niveles de glucosa en la sangre. A continuación, se enuncian algunas de las narrativas de los informantes:

En el aspecto físico, mis pies los tenía negros, al rascarme se me ponían de ese color por mi mala circulación, también bajé de peso. Antes de practicar, no caminaba, mis pies me dolían, ya no me duelen, me levanto mejor, también padecía mucho de estreñimiento, comenzando a ir al grupo se me quitó. (Participante 1)

Otros participantes mencionaron lo siguiente:

Me ayudó para mi salud, físicamente me ha bajado el azúcar y la presión, perdí kilos antes pesaba 78 y ahora 71. El dolor de mis manos ya no es tanto, todas las semanas veo que las nuevo mejor y me duelen menos... ya hasta puedo mover mejor los dedos. (Participante 7)

Más que nada me ha enseñado para el equilibrio, ya lo había perdido mucho y con esa práctica lo he agarrado un poco más. (Participante 10)

### ***Salud Emocional***

En segunda instancia, en relación al aspecto emocional, emergieron dos dimensiones, una mayor presencia de emociones positivas, principalmente la sensación de alegría, así como el incremento de su autoestima. Las participantes señalaron que con el paso de las sesiones empezaron a generar un sentimiento de aprecio por ellas mismas, mayor alegría y sentimientos de seguridad y confianza para llevar a cabo las actividades que deseaban realizar. Además de percibir un mayor equilibrio en sus vidas.

Por un lado, la participante 10 refirió “Emocionalmente mucho me ha ayudado, me he sentido con más ánimos”, mientras que la participante 2 dijo “Emocionalmente estaba por los suelos, tenía mi autoestima muy baja, aprendí que tenemos que querernos, para mí el Chi Kung (Qi Gong) es estar bien física y emocionalmente”.

Del mismo modo, otra persona indicó:

Emocionalmente, me he sentido bien, porque yo he tenido muchos problemas y estoy muy agradecida, me siento tranquila y muy en paz, porque hice algo por mí. Aprendí que yo debo de quererme más y hacer un tiempo para mí y no estar preocupada por la casa, por mi esposo, o aquello, o el otro. (Participante 1)

### ***Recursos Sociales***

En tercera instancia, en el aspecto social se encontró que los participantes aprendieron a ser menos tímidos y a emplear relaciones más cordiales con sus compañeros experimentando apoyo constante y la libertad de poder expresar sus emociones. Lo cual fortaleció la adherencia al tratamiento al mantener la asistencia al mismo y facilitar que se establecieran relaciones amistosas y cordiales entre las participantes, contribuyendo con ello a desarrollar sus habilidades sociales además de la expresión de emociones.

En ese sentido, se encontraron comentarios como: “Ya socializo más, soy más risueña, platico más y ya no me quedo con las cosas guardadas, ya las digo” (Participante 2), “Socialmente comencé a sonreír, a ser más sociable, platicar y hacer amistad con la gente” (Participante 7).

### ***Recursos Espirituales***

En cuarta instancia, en lo que refiere al aspecto espiritual se demostró que al existir una disminución en sus niveles de tensión con los ejercicios de relajación se sintieron con un aumento de energía y fuerza de voluntad para la realización de sus metas y cambios de actitud ante las circunstancias de la vida.

Por ejemplo, el participante 2 mencionó: “En la vitalidad, yo iba cansada a los ejercicios y cuando terminábamos ya regresaba a casa con energía y relajada, sin cansancio como con fuerza”, mientras que otro menciona que “Espiritualmente, siento que estoy como en balance, como en equilibrio y en la vitalidad, me he sentido muy bien”, y finalmente el participante 10 refirió “En lo espiritual me siento bien tranquilo y siempre he estado apegado a mi religión. En la vitalidad, bastante energía, me he tranquilizado mucho en mi vida”.

## CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio confirman el supuesto de investigación con el que se partió, el encontrar que los participantes del mismo reportan beneficios en las áreas física, emocional, social y espiritual asociados con la práctica del Chi Kung (Qui Gong), los cuales se pueden apreciar en las narraciones que compartieron en torno a su experiencia con este tipo de tratamiento.

Fue posible identificar que, dentro de la salud física, se agruparon narraciones en torno a la vitalidad, al bienestar y a la reducción de los síntomas. Mientras que en la salud emocional resaltaron las emociones positivas, como la alegría, la seguridad, además de una mejora en la autoestima. Se fortalecieron sus recursos tanto sociales como espirituales, en el primer caso se encontraron narraciones asociadas a la percepción de mejora en las habilidades sociales e intención de acercarse y convivir con los demás, además de la expresión tanto física como verbal. En el caso de los recursos espirituales, estos se manifestaron con sensación de paz y tranquilidad.

Los anteriores resultados confirman la teórica, además de con evidencias de investigación se ha venido reportando en torno al beneficio de las terapias complementarias basadas en medicina tradicional (Lui et al. 2020; Putiri, et al. 2017; Prouzet, 2001) como lo es el Chi Kung (Qui Gong).

Un dato interesante de la investigación fue que en el proceso de invitación a los participantes para formar parte del estudio, se encontró mayor respuesta favorable por parte de las mujeres, de ahí que participó un mayor porcentaje de mujeres que hombres, lo cual coincide con cifras del INEGI (2016), ENSANUT (2016) y FMD (2017), mismas que señalan alta incidencia y prevalencia de la enfermedad en el sexo femenino, además de aprendizajes de género (Álvarez, 2020) asociados con mayor disposición de las mujeres para recibir tratamiento y adherirse al mismo.

Adicional a esto, resulta imprescindible mencionar que tal y como señalaron Xia, et. al. (2020) los movimientos meditativos que implican un equilibrio entre el cuerpo y la mente, que por lo general producen un estado de relajación (como lo es el control de los movimientos de la respiración) son una manera especial de hacer ejercicio; es decir, las personas al practicar la terapia Chi Kung (Qi Gong) están realizando ejercicio. Y en efecto, dentro de la Diabetes Mellitus Tipo 2 así como en una cantidad significativa de enfermedades, el ejercicio representa un punto clave para mejorar las condiciones de vida de la persona.

De acuerdo con Yang, et. al. (2021) este tipo de terapia produce cambios psicológicos y físicos que influyen en la forma en cómo se experimenta la enfermedad. Por un lado, es importante destacar que durante la intervención los participantes manifestaron constantemente alegría de asistir a las sesiones, esto se reflejaba en su puntualidad y activa participación, porque consideraban que era un tiempo que se dedicaban a ellas mismas. Esto fue punto clave en el desarrollo de la práctica, puesto que la motivación los impulsaba a probar nuevas formas de contrarrestar los efectos de su enfermedad crónico-degenerativa.

Asimismo, manifestaron que el tratamiento les brindaba tranquilidad y paz, así como una conexión más profunda con si mismos y con quienes les rodean, lo que se asocia con lo reportado por Walsh (2009) en torno al fortalecimiento de los recursos espirituales y coincide con lo planteado por Hirsch y Alonso (2020) quienes incluyen la dimensión espiritual en el trabajo con personas con diabetes.

El trabajo grupal en la práctica del Chi Kung (Qui Gong), les permitió además estrechar relaciones interpersonales de cordialidad con sus compañeros que se reflejaban en las palabras de apoyo y ánimo para realizar los ejercicios y no dejar de asistir. Dichas acciones facilitaron un sentido de pertenencia al grupo y con ello, una red de apoyo fuerte. Finalmente, cuando terminaba cada sesión, se pudo observar que el tiempo que compartían era ameno, divertido y reconfortante. Esto puede indicar el efecto que probablemente se produjo dentro del ámbito social, por lo que estos resultados dan evidencia de que se fortalecieron sus recursos sociales (Rivera-Heredia y Pérez-Padilla, 2012; Ramírez y Rivera-Heredia, 2018).

En general, en la cuestión emocional las mujeres se mostraron más optimistas ante el futuro de la enfermedad, con mayor autoestima y seguridad en sí mismas, mientras que los hombres aprendieron a expresarse con más libertad y sentido de grupo dentro y fuera del mismo. Por otro lado, respecto al estado físico se mostraron mejorías en los niveles de glucosa capilar, hubo una disminución significativa de peso, aliviaron algunas dolencias y malestares generales que les aquejaban como: calambres, várices y dolores musculares constantes, esto afirma lo que Sánchez, et. al. (2018) y Pardo (2017) encontraron en su estudio. Sin embargo, el estudio de Xia, et. al. (2020) no encontró diferencia en el índice de masa corporal, efecto que en esta indagación sí se encontró.

Cabe destacar que, si bien no se pueden generalizar los resultados debido a la cantidad de participantes, se sugiere continuar integrando la práctica de Chi Kung (Qi Gong) en el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, debido a que es accesible, de bajo costo y fácil de aprender teniendo influencia en la creación de redes de apoyo entre las personas que padecen esta afección. Además, resultaría interesante que en futuros estudios los participantes se distribuyan en pocos grupos para poder darles una mejor atención y seguimiento incorporando a la nueva estrategia se establezca un trabajo multidisciplinario en el que intervenga personal médico, de enfermería, nutriólogos y psicólogos brindando un plan de cuidados personalizado con ejercicios, hábitos alimenticios, manejo emocional de la enfermedad, apego farmacológico y revisión médica constante para un esquema de atención más integral.

## REFERENCIAS

- Álvarez, J. (2020). La necesaria perspectiva de género para el análisis de problemas de salud. *Cirugía y Cirujanos*, 88(3), 383-388.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using a thematic analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Diario Oficial de la Federación (2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018). *Instituto Nacional de Salud Pública Resultados Nacionales*. [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf)
- Federación Mexicana de Diabetes, A.C. (2017). *La Diabetes en México*. <http://fmdiabetes.org/la-diabetes-mexico/>
- Hirsch, S. y Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva* 16(e2760), 1-15. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2760>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2021). Diabetes en México. <https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html>
- Liamputtong, P. (2013). *Qualitative Research Methods*. Oxford.
- Liu, Y., Zou, J., Dan, L., Zhang, R. & Feng, Q. (2020). The efficacy of Qigong exercises for nonalcoholic fatty liver disease: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 99(44), 227-253. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022753>
- Olcoñ, K. & Gulbas, L. E. (2018). Because That's the Culture: Providers' Perspectives on the Mental Health of Latino Immigrant Youth, *Qualitative Health Research*, 28 (12), 1944–1954 <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732318795674#articleCitationDownloadContainer>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). Informe mundial sobre la diabetes. Datos y cifras <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Pardo, P. (2017). Diabetes mellitus: una mirada desde la medicina tradicional. En Bermúdez, C. (Coord), *Diabetes Mellitud: una mirada interdisciplinaria* (pp.77-83). Fondo editorial Areandino
- Prouzet, A. (2001). *La auto curación con el Qi gong*. Paidotribio
- Putiri, A. Close, J. Ryan, H. Guillaume, N. y Sun, G. (2017). Qigong Exercises for the Management of Type 2 Diabetes Mellitus. *Medicines*. 4 (3), 59. <https://doi.org/10.3390/medicines4030059>
- Ramírez, R. y Rivera-Heredia, M.E. (2018). Crecer ante la adversidad de la violencia en el entorno. Segunda parte: resiliencia y recursos psicológicos. O. Esparza Del Villar, P. Montañez, I. Carrillo y M. Gutiérrez. (coord.). *Fenómenos de la Violencia en México y su repercusión psicológica en la población* (pp. 197-226). Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
- Rivera-Heredia, M. E. y Pérez-Padilla, M. L. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha. Revista de Psicología*, 19, 1-19. [http://www.revistauaricha.umich.mx/ojs\\_uaricha/index.php/urp/article/view/285/240](http://www.revistauaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/285/240)
- Sánchez, L., Hall, Y., Pozo, M., Galindo, D., y Sánchez, E. (2018). Alternativa terapéutica para el tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Podium. Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física*, 13(3), 193-201. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1996-24522018000300193&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-24522018000300193&lng=es&tlng=es)
- Xia, T., Yang, Y., Li, W., Tang, Z., Huang, Q., Li, Z., & Guo, Y. (2020). Meditative Movements for Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hindawi. Evidence-based complementary and alternative medicine: CAM*, 98 (19), 1-12. <https://doi.org/10.1155/2020/5745013>
- Yang, H., Koh, E., Sung, M. & Kang, H. (2021). Changes Induced by Mind-Body Intervention Including Epigenetic Marks and Its Effects on Diabetes. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(3), 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijms22031317>
- Walsh, F. (2009). *Spiritual Resources in Family Therapy*. The Guilford Press.



## ¿El principio del fin o el inicio de vivir? Valorando la vida después del VIH

The beginning of the end or the beginning of living?  
Valuing life after HIV

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar<sup>1</sup>, Dra. Alicia Álvarez-Aguirre<sup>2</sup>, Dra. Vanesa Jiménez Arroyo<sup>3</sup>, Dra. Maria de Jesús Ruiz-Recéndiz<sup>4</sup>  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y  
Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>5</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción:** La experiencia de vivir con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), permite encontrar detrás del sufrimiento, una oportunidad para generar una mirada que lleva a valorar y resignificar el sentido de vida. **Objetivo:** El propósito fue comprender si la experiencia de tener VIH, hace que las personas resignifiquen su sentido para vivir. **Método:** Estudio cualitativo y fenomenológico a través de 10 entrevistas a profundidad a personas que viven con VIH (PVVIH) y que acuden al grupo CONVIHVE en Morelia, México. **Resultados:** Del análisis de contenido emergieron dos dimensiones de significado de ser PVVIH: mi vida antes del VIH, mi vida después del VIH. **Conclusiones:** El diagnóstico de VIH resignifica el sentido de la Vida. Los participantes tuvieron un antes y un después del VIH en su historia, al adentrarse a un proceso crónico, esto les permite reencontrarse desde una perspectiva interior en el ámbito físico, emocional y espiritual.

*Palabras clave:* VIH, Investigación Cualitativa, Enfermería Holística.

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a: Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán [efetakumi@gmail.com](mailto:efetakumi@gmail.com)

<sup>2</sup> Profesora, Departamento de Enfermería Clínica, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya Salvatierra de la Universidad de Guanajuato [alicia.alvarez@ugto.mx](mailto:alicia.alvarez@ugto.mx)

<sup>3</sup> Doctora, Profesora Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán.

<sup>4</sup> Dcotora, Profesora Investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán.

<sup>5</sup>Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

**Introduction:** The experience of living with HIV (Human Immunodeficiency Virus), allows us to find behind the suffering, an opportunity to generate a look that leads to value and re-signify the meaning of life. **Objective:** was to understand if the experience of having HIV makes people re-signify their meaning to live. **Method:** qualitative and phenomenological study in which 10 in-depth interviews were conducted with people living with HIV (PLHIV) who attend the CONVIHVE group in Morelia, Mexico. **Results:** two dimensions of meaning of being PLHIV emerged from the content analysis: my life before HIV, my life after HIV. **Conclusions:** HIV diagnosis redefines the meaning of Life. The participants had a before and after of HIV in their history, when entering a chronic process, this allows them to rediscover themselves from an interior perspective in the physical, emotional and spiritual ambit.

*Keywords:* HIV, Qualitative Research, Holistic Nursing.

El diagnóstico de ser portador del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) para muchas personas adultas significa destrozarse su proyecto de vida, encontrar la fragilidad de su existencia, enfrentarse al dolor y el sufrimiento que implica el duelo de la salud y visualizar la cercanía con la muerte, lo que hace que la persona transforme, revalore y resignifique su vida. El tener una experiencia límite o irrevocable le da a la persona la posibilidad de avanzar buscando una existencia que implique bienestar y plenitud (Cardona, 2016).

La infección por VIH actualmente es considerada una enfermedad crónica degenerativa lo que ha incrementado considerablemente su esperanza de vida, sin embargo sigue siendo capaz de transformar, debilitar y destrozarse la vida de las personas, tan solo por el hecho de ser diagnosticado y padecerla. Lo que no ha cambiado, es el concepto social que se tiene del VIH. Las PVV resultan estigmatizadas y condenadas profundamente por el padecimiento lo que deriva en alteraciones de su bienestar espiritual, emocional y físico (Barrera, 2014).

## ESTADO DEL CONOCIMIENTO

Según el Programa de Naciones Unidas de lucha contra el Sida (ONUSIDA) el número de personas en el mundo que viven con VIH es de 35 millones en hasta finales del 2016. A nivel mundial, 15 países representan casi el 75% de todas las personas que viven con el VIH y se encuentran en África subsahariana.

A principios del 2014 se calculó que el 0.8% de los adultos de 15-49 años en todo el mundo viven con VIH. Hay 3.2 millones de niños menores de 15 años que viven con VIH y 4 millones de personas jóvenes de 14-24 años de vida con VIH, el 29% de los cuales son adolescentes de 15-19 años (ONUSIDA, 2017).

En México, en el 2014 fueron 170.963 casos notificados de sida siendo el Distrito Federal la entidad que registra más casos acumulados. Michoacán, ocupa el lugar décimo primero en la república Mexicana en cuanto a número de casos registrados de VIH, donde la mayor cantidad de casos está encabezada en Lázaro Cárdenas seguido de Apatzingán y Morelia. En el 2014 los casos acumulados en Michoacán fueron 4 mil 898 personas padecientes con el VIH (INEGI, 2015).

En el 2015, según cifras de la Jurisdicción Sanitaria Número 1 de la Secretaría de Salud de Michoacán, existían 946 pacientes sin seguridad social que asisten al COESIDA (Consejo estatal para la prevención del SIDA), reciben sus dosis mes con mes. Lo mismo ocurre con los 350 seropositivos que atendió el Instituto del Seguro Social (IMSS) y 120 incorporados al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE (CENSIDA, 2016).

La situación de saberse portador de VIH implica reacciones físicas y emocionales diversas al enfrentarse a: exámenes clínicos, inicio de los tratamientos farmacológicos, naturaleza impredecible de la enfermedad, negociación con los servicios de salud, exigencias económicas, reacciones familiares, amenaza laboral, nivel de interferencia de los síntomas con sus rutinas y actividades cotidianas y la interacción con profesionales de la salud y con el medio hospitalario. La esfera física, emocional y espiritual se altera por la incertidumbre, desesperanza, miedo e impotencia, tristeza, rabia, frustración, culpa e ideas suicidas (Carrasco, 2013).

Las personas diagnosticadas con VIH, aprenden o en su defecto se resignan a vivir con la enfermedad, ya que tienen que continuar con su vida, en su trabajo, con su familia, así se identifica que, el problema del VIH es una situación multifactorial que deriva en serias consecuencias físicas, emocionales y espirituales para la persona que lo vive y para las persona con quien convive.

Según Victor Frankl (1991), a partir de una experiencia dolorosa vivida, el individuo debe encaminarse hacia una forma creativa de actuar como la manera “última” o más elevada de encontrar sentido, porque es a partir de la creatividad como detrás de cada sufrimiento y crisis se busca una oportunidad para una nueva o más sana actitud. En este sentido es a partir del sufrimiento o experiencias al borde cuando nace la necesidad de sobrevivir.

Cuando la persona se enfrenta a la realidad de tener VIH surge la necesidad de resignificar el sentido a su propia vida, pero ante todo, a trascender a un plano más espiritual que apoye al propio sentir. La responsabilidad ante el destino y el dolor en las condiciones más adversas es la constante búsqueda del ser humano en búsqueda de su felicidad (Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), 2016).

Scheler (2013) menciona, que cuando nos enfrentamos a un destino que parece irrevocable, es justamente allí, donde se le puede dar sentido a la vida; podemos realizar lo más humano dentro del hombre y eso constituye su facultad para crear de una tragedia un triunfo. Ese es el secreto de la incondicionada tendencia que tiene la vida: que el hombre en situaciones límite de su existencia, es llamado a dar fé de aquello que él y solo él es capaz (Frankl, 1991).

## **PROBLEMA**

Por lo anterior, surgen como pregunta detonante: ¿La experiencia de tener VIH resignifica el sentido de vida?

El supuesto teórico que deriva en esta investigación fue que: la condición de tener VIH resignifica el sentido de vida en las personas que viven con la enfermedad, ya que al enfrentarse a la pérdida de salud, pueden revalorar la vida.

## **OBJETIVO**

El propósito que tuvo esta investigación fue, comprender si la experiencia de tener VIH, hace que las personas resignifiquen su sentido para vivir.

## **MÉTODO**

Se trató de un estudio con enfoque cualitativo y con un diseño Fenomenológico, debido a que el estudio buscó comprender, a través de entrevistas a profundidad, la experiencia de tener VIH y valorar si este hecho resignifica el sentido para vivir.

El diseño de esta investigación direccionó a técnicas de investigación acordes a la obtención de resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas, basando la investigación en la participación de los propios colectivos a investigar.

El tipo de muestreo fue de bola de nieve, hasta llegar a la saturación teórica de los datos, obteniendo así una muestra conformada por 10 personas viviendo con VIH.

## **Participantes**

El universo de estudio fue el grupo CONVIHVE A. C., fue creado por el C. Alejandro Cedeño en el año 2000, en éste mismo año se hicieron las gestiones necesarias y fue reconocido como Asociación Civil. Actualmente está integrado por un presidente, un secretario y cuatro vocales, a su vez, tiene 20 integrantes registrados.

El objetivo de la asociación es brindar apoyo a personas y familiares que viven con VIH para favorecer su calidad de vida. El apoyo que brindan es: asilo, donación de tratamiento medicamentoso, un grupo de autoayuda y acompañamiento a pacientes foráneos y locales a su tratamiento o en su internamiento hospitalario.

## Procedimiento

El procedimiento inicio con el acercamiento al campo de estudio. Se acudió de manera presencial a la asociación CONVIHVE de la Col. Jacarandas en Morelia, Michoacán, México y de manera formal se concertó una cita con el presidente de la Asociación, para conversar sobre el proyecto de Investigación, mismo que brindó su apoyo para acceder a la asociación posteriormente se acudió al grupo de autoayuda que es una de las actividades de CONVIHVE en donde se concentra el mayor número de personas que asisten a la asociación.

Una vez en el escenario se participó de manera activa en las sesiones del grupo de autoayuda, a través de esta actividad se logró identificar a las personas que desearon participar en la investigación. Algunas de las actividades que se hicieron en este año de acercamiento fue: Acudir cada jueves al grupo de autoayuda, participar a manera de asistente y como facilitador en los temas de salud y bienestar así como en las actividades grupales: aniversarios, días internacionales de VIH, tolerancia, homosexualidad, fobia y transfobia, además en festejos locales y marchas organizadas por la asociación, brindar la ayuda emocional y espiritual de manera individual a quien lo solicitó a través de la canalización con profesionistas o por medio de estar presente cuando buscaron ayuda de acompañamiento o escucha activa.

Con los posibles participantes, se concertó fecha y hora a fin de realizar la entrevista. Se les explicó en que consiste la investigación así como la implicatura, el riesgo y los beneficios. Los interesados aceptaron participar en forma libre y voluntaria, manifestaron su consentimiento por escrito. Para llevar a cabo la entrevista se empleó una guía de observación y preguntas elaboradas a partir de los objetivos del estudio, los cuales facilitaron la obtención de la información durante las entrevistas y permitirán mantener el hilo conductor. Las entrevistas se realizaron en el domicilio de la Asociación CONVIHVE A.C., de manera individual, privada y previamente concertada. Con la intención de preservar la identidad de los informantes, eligió un nombre ficticio o pseudónimo cada uno de ellos.

Para realizar el análisis de datos se elaboró la transcripción de las entrevistas en el programa Word del paquete Office, dándoles un número consecutivo para identificarlas, escuchando las grabaciones el número de veces necesarias para contar con un registro preciso y lo más detallado posible de las verbalizaciones, silencios, risas, gestos, palabras entrecortadas por las emociones, lo cual nos puede revelar significados diferentes, así como también sonidos ambientales y exteriores. En la transcripción se registraron literalmente las expresiones de los participantes. El Análisis de datos fue elaborado por medio del análisis de contenido, ya que se realizó el procedimiento interpretativo de la técnica utilizada, en este caso, la entrevista. Se elaboraron y procesaron los datos relevantes sobre las condiciones la condición de vivir con VIH. Se buscó dar uniformidad a todas y cada una de las entrevistas para facilitar su lectura y su análisis.

La validación de los datos se realizó a partir de analizar las categorías y subcategorías que emanaron de la información proporcionada por los participantes, en donde se buscó generar comprensión de los estados psicológicos, los momentos históricos y sociales del contexto de la condición que vivida, así como la interpretación como marco de referencia del actor en su interacción social y significado de la condición vivida.

## RESULTADOS

A partir del análisis de los datos, se presentan las categorías y subcategorías que emergieron de ellos. Véase Tabla 1.

**Tabla 1**

*Definición de categorías datos propuestas para su análisis en los participantes*

Tema. Experiencia de ser persona con VIH: Es el significado que las personas le dan a su vida luego de saberse “Persona que vive con VIH” (PVVIH).		
Categoría	Subcategoría	Definición
<b>VIH como sentido de Vida</b> Se refiere a la enfermedad como motor que da la dirección y rumbo a la vida de las personas diagnosticadas.	B.1) Antes del VIH	Se refiere a la forma de vivir antes de haber sido diagnosticado.
	B.2) Después del VIH	Se refiere a la forma de vivir después de haber sido diagnosticado con VIH.

Nota: Elaboración propia

Las características sociodemográficas de los participantes son las siguientes: la media de edad fue de 47 años. En cuanto al género el 75% fueron del género masculino. Con respecto a la escolaridad, el 38% de los participantes tienen licenciatura. La religión católica es la que predominó en nueve de ellos (88%). El 38% de los participantes tienen más de quince años viviendo con VIH. Hasta el momento de la entrevista los 10 participantes tenían tratamiento antirretroviral.

### Codificación de los Participantes

En ovalo grande se muestra el pseudónimo que cada persona eligió para identificarse y los años que cada paciente tiene con VIH. Se realizó uniendo la primera letra del pseudónimo y los años de diagnóstico resultando las siguientes claves:

Esquema No. 2 Codificación de los participantes



Fuente: Elaboración propia

## Descripción de categorías

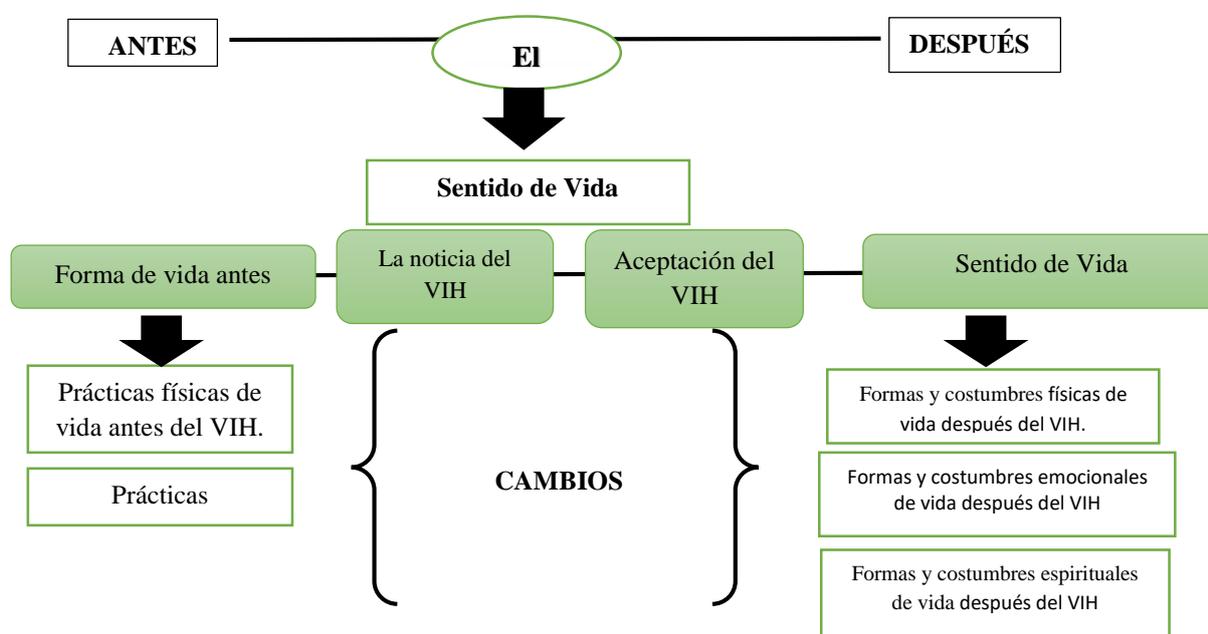
### 1. El VIH como sentido de vida

El diagnóstico de ser portador del virus de inmunodeficiencia humana para muchas personas adultas significa destrozarse su proyecto de vida, encontrar la fragilidad de su existencia, enfrentarse al dolor y el sufrimiento que implica el duelo de la salud y visualizar la cercanía con la muerte, lo que hace que la persona transforme, revalore y resignifique su vida.

El tener una experiencia límite, como es, recibir la noticia de ser diagnosticado positivo en VIH, le da a la persona la posibilidad de avanzar en la aceptación de una enfermedad crónica y degenerativa, buscando forma de vida que implique bienestar y plenitud. Así surge la siguiente categoría que se llama: “**El VIH como sentido de vida**”, esta es una categoría que emerge de los diálogos con las PVVIH no se tenía estructurada como tal, sin embargo, se encontró que la enfermedad es un motor que da la dirección y rumbo a la vida de las personas diagnosticadas, como se muestra en la figura 1.

**Figura 1**

*Taxonomía del análisis de datos de las Entrevistas a PVV.*



Nota: Códigos vivos de participantes

Está dividida en dos subcategorías que son: a) Antes del VIH que aborda la forma en la que vivían las personas antes de ser diagnosticadas y b) Después del VIH, que se refiere a la forma en la que las personas, se han enfrentado a la noticia, a la aceptación de esta condición y lo que ha implicado modificar: formas y costumbres físicas, emocionales y espirituales. Las subcategorías reconstruyen el suceso que marca el sentido de la persona creando un antes y un después en su propia historia.

### **1. a Antes del VIH.**

*PVVD14: “Antes yo vivía sin descansar, sin comer bien, sin dormir bien, desvelándome, pachangueándome y en cambio ahora tengo una vida más... trato de que sea una vida más ordenada, antes era comer lo primero que encontraba en la calle, grasa, este irritantes...”*

*PVVC19: “Antes si me sentía triste, pero yo creo que por mi estado de salud o... no sé, pero ahora no a veces ni tengo tiempo para sentirme triste”.*

*PVVG14: “Reírme, no lo hacía... duré muchísimos años sin reírme... que no lo hacía, muchísimos años, nomás hacía muecas”.*

*PVVR10: “... antes yo era muy materialista, o sea, había terminado mi carrera, estaba en mi trabajo, este... tenía ya mi casa, tenía mi carro. Y llegó un momento en la vida, a mis 33 años que yo me sentía insatisfecho me sentía pues... como con coraje hacía el mundo, la verdad”.*

*PVVDa11: “Yo era un chavo bien libertino, pero libertino cañón ¿no?, Ahora soy una persona libre, que no vivo esclavo de mis pasiones, de mis vicios, de mis deseos, eso es lo que me hace ser una persona libre”.*

### **1. b Después del VIH**

*PVVD14: “...Es una oportunidad de vivir mejor, de estar este mejor porque ahora cuido más mi salud, cuido más mi descanso, cuido más mi actividad disfruto más las oportunidades ¿no? Tanto de divertirme, de descansar de todo... me ayudó alejarme del alcohol y lo disfruto más”.*

*PVVL2: “...Ver la vida de una nueva manera ¿no? ...La situación no es cosa del otro mundo, es únicamente reempezar tu vida, mi condición de VIH créeme que...que de momento se me olvida que tengo”.*

*PVVV2: “Ira, si le echas ganas y te tomas tus medicamentos como es y si no pus tú mismo te dejas morir”.*

*PVVCH2: “He llegado a pensar que es una bendición en el sentido de que todo mundo se tiene que cuidar como si estuvieras comparándolo con el diabetes, tú te tienes que cuidar siempre; tu alimentación, tu vida sana, de pensamiento, cuestión física, entonces lo que ha hecho es simplemente reafirmar eso en lo que yo ya creía y ampliarlo, interesarme más en ello, tener más cuidado, mejorar mi calidad de vida en lo posible... mantenerlo y disfrutar más la vida, o sea, ser más... eh piensa hoy, ayer ya no existe, mañana todavía no llega, entonces es hoy disfrutar más lo que tengo, lo que está a tu alrededor, día que empieza, el día que termina, la gente con la que te cruzas, nada es por casualidad todo es causal... Si, si me ha dado sentido para vivir, sentido de vivir tu vida en lo posible plena”.*

El vivir una experiencia que parece irrevocable como lo es el diagnóstico del VIH, puede hacer que la persona encuentre detrás del sufrimiento y crisis una oportunidad para una nueva y más sana actitud que la lleve a valorar y resignificar su sentido de vida.

## **DISCUSIÓN**

Existe un resignificado de la vida después de la mirada desoladora ante el diagnóstico de VIH. Antes del VIH las personas vivían la comunalidad con la que se adecúa el comer, dormir y despertar, invizivilizando el valor y el disfrute que la tiene la vida y es hasta el momento en el que reciben la noticia como una “sentencia de muerte”, cuando se dan cuenta que todo puede acabar para siempre se percatan de la fragilidad de la vida. Una vez experimentando el dolor y el sufrimiento de saberse enfermos, es cuando se plantea a partir de las vivencias anteriores la construcción de un resignificado de vida, con todo lo que esto incluye, un nuevo estilo de vida y nuevos objetivos (Pantoja, 2014).

Víctor Frankl (1991) plantea tres valores: Creatividad, experiencia y actitud; a partir de experiencias dolorosas vividas, el individuo debe encaminar formas creativas de actuar como la manera “última” o más “elevada” de encontrar sentido, porque es partir de la creatividad cuando detrás de cada sufrimiento y crisis se busca una oportunidad para una nueva y más sana actitud.

Las personas diagnosticadas con VIH se enfrentan a reacciones emocionales diversas al enfrentarse a: los exámenes clínicos, el inicio de los tratamientos farmacológicos, la naturaleza impredecible de la enfermedad, la negociación con los servicios de salud, las exigencias económicas, las reacciones familiares, la amenaza laboral, el nivel de interferencia de los síntomas con sus rutinas y actividades cotidianas, la interacción con profesionales de la salud y con el medio hospitalario, esto los lleva a pensar en la aceptación de su condición de manera creativa, a pensar en un cambio de actitud, planteándose ¿Qué voy hacer con mi vida?, entonces empieza la construcción de una forma diferente de vivir, un nuevo estilo de vida que le haga sentirse parte del conjunto de la Humanidad (Peñaloza, 2013; Scher, 2016)

Solo a partir de dos puntos básicos se puede encontrar el sentido de vida: La búsqueda de la propia felicidad y el encuentro de una finalidad. Para Buganza (2009), el único sentido de vida que tiene el hombre es ser feliz. Las personas con VIH ponen de manifiesto la palabra “Disfrute” al expresar su experiencia después de haber sido diagnosticados con VIH:

*“...disfrutar más la vida, o sea, ser más, eh, piensa hoy, ayer ya no existe, mañana todavía no llega, entonces es hoy disfrutar más lo que tengo...”*

Noblejas de la Flor (2006), habla de la necesidad de encontrarle un sentido a las situaciones catastróficas de vida. Cuando las personas se enfrentan a situaciones de sufrimiento existen tres probabilidades abiertas: 1) La fe y la creencia en Dios, 2) Empatía y comprensión de la gente que nos rodea, 3) Su propia realización estable de sentido; es aquí donde las personas manifiestan el descubrimiento personal del sentido de vida:

*“El VIH significa... significa la vida, me ha dado bastante sentido de vida... He llegado a pensar que es una bendición en el sentido de que todo mundo se tiene que cuidar como si estuvieras comparándolo con el diabetes, tú te tienes que cuidar siempre; tu alimentación, tu vida sana, de pensamiento, cuestión física, entonces lo que ha hecho es simplemente reafirmar eso en lo que yo ya creía y ampliarlo, interesarme más en ello, tener mejor-más cuidado, mejorar mi calidad de vida en lo posible.*

## CONCLUSIONES

A la luz de los resultados obtenidos desde la mirada cualitativa y retomando el propósito de esta investigación, se comprende que el diagnóstico de VIH resignifica el sentido de la Vida. Los participantes tuvieron un antes y un después del VIH en su historia, lo que les permitió formar una visión alterna de vida al adentrarse a un proceso que los acerca a la experiencia de saberse con una condición crónica, progresiva y mortal, esto les permite reencontrarse desde una perspectiva interior en el ámbito físico, emocional y espiritual.

Tocar el sufrimiento de las personas que viven con VIH, es una acción difícil ya que tocar las fibras más sensibles en el ser humano; supone comprensión y empatía para acoger a las heridas en las personas y orientar para lograr para integrar el dolor para transformarlo en aprendizaje.

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación se observó la necesidad de derivar las siguientes líneas de investigación:

1. Apoyo social en mujeres que viven con VIH
2. Experiencia de vivir como mujer indígena con VIH
3. Historias de vida de mujeres indígenas con experiencia de VIH
4. Asociación de bienestar espiritual y calidad de vida en personas que viven con VIH.
5. Asociación familiar infantil con VIH
6. Intervenciones de salud (Terapia psicocorporal, programación neurolingüística, inteligencia emocional) en personas que viven con VIH.

A partir de este estudio podemos concluir que algunas personas que viven con VIH se enfrentan a una condición crónica, progresiva y mortal, que se convierte en una oportunidad de integrar y adoptar actitudes que favorezcan el bienestar y la calidad de Vida (Pino, 2014).

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESÉS

El autor declara no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

## REFERENCIAS

- Barrera, L., Carrillo, G.M., Chaparro, L y Sánchez, B. (Ed.). (2014). *Cuidado de Enfermería en situaciones de enfermedad crónica*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Recuperado de: <http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidado-de-Enfermeria-en-situaciones-de-enfermedad-cronica/pubData/source/Cuidado-Enfermeria-en-situaciones-de-enfermedad-cronica-uflip.pdf>
- Buganza, J. (2009). Reflexiones en torno al concepto de felicidad a partir de Francesco Maria Zanotti. *En-cleves del pensamiento*, 3(5), 83-100. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-879X2009000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2009000100005)
- Cardona, D.V., Medina, Ó.A., Herrera, S.M y Orozco, P.A. (2016). Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(6), 941-954. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v15n6/rhcm10616.pdf>
- Carrasco, P., Araya, A., Loayza, C., Ferrer, L., et al. (2013). Cómo entender la experiencia de personas que viven con VIH: implicaciones para la clínica y la investigación. *Aquichan*. 13(3), 387-395. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2430/html>

- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA). (2016). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de casos de SIDA actualización al 15 de noviembre del 2016*. Recuperado de: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_DIA\\_MUNDIAL\\_2016a.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_DIA_MUNDIAL_2016a.pdf)
- Consejo Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2016). *Derechos humanos de las personas que viven con VIH o con sida*. Recuperado de: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/1\\_Cartilla\\_VIH\\_sida.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/1_Cartilla_VIH_sida.pdf)
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona. España: Herder.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). (2011). *Panorama de las religiones en México 2010*. Recuperado de: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora\\_religion/religiones\\_2010.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_religion/religiones_2010.pdf)
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). (2015). *Los hombres y las mujeres en las actividades económicas 2014*. Recuperado de: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/CE\\_2014/702825077938.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/CE_2014/702825077938.pdf)
- Noblejas de la Flor, M.A. (2006). Abordaje terapéutico desde la perspectiva de la logoterapia. *Miscelánea Comillas*, 65(125), 673-684. Recuperado de: <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/download/6630/10813/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONUSIDA). (2017). *Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Pantoja, A.L y Estrada, J.H. (2014). Discriminación y estigmatización de las personas viviendo con VIH/ SIDA: revisión de la literatura. *Acta Odontológica Colombiana* 4(1), 57-80. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

- Peñaloza, M., Mora, M., Jaimes, A. y Quintero, A.I. (2013). Percepción de la muerte en personas portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en situación de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). *Revista ciencia y cuidado*, 10 (1), 11-18. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4454576>
- Pino, M. y Martínez, E.O. (2014). Cognición y VIH. Algunas consideraciones. *Santiago*. 135, 664-674. Recuperado de: <https://revistas.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/55/51>
- Scheler, M. (2003). *El puesto del hombre en el cosmos*, Buenos Aires, Argentina: Losada.
- Scher, A. (2016). Estigma y discriminación hacia hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans: el impacto en la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA / Stigma and discrimination against men who have sex with men (MSM) and transgender women: the impact on vulnerability and risk of HIV / AIDS. *Independent Study Project (ISP)*, 2461, 1-41. Recuperado de: [http://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/2461](http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2461)



## Experiencias de riesgo en consumidores de drogas

### Risk experiences in drug users

María de Jesús Pérez Vázquez<sup>1</sup>, María Gloria Calixto Olalde<sup>2</sup>, Aracely Díaz Oviedo<sup>3</sup>  
Universidad Autónoma de Sinaloa,<sup>1</sup> Universidad de Guanajuato<sup>2</sup> y  
Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México<sup>3</sup>

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>4</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### RESUMEN

**Introducción:** Las conductas de riesgo son experiencias que surgen con mayor facilidad donde el consumo de drogas está presente. **Objetivo:** comprender las experiencias vividas para las conductas de riesgo en adolescentes consumidores de drogas ilícitas. **Método:** cualitativo fenomenológico. Se efectuaron entrevistas fenomenológicas en 10 adolescentes de un Centro de Integración Juvenil de México. Se realizó análisis fenomenológico bajo el referencial del fenómeno situado de Joel Martins. **Resultados:** Se develaron 3 categorías; 1 Historicidad y el gestar del comportamiento de riesgo; situaciones existenciales que gestan comportamientos de riesgo. 2. Experiencia y corporalidad; dualidad, entre la corporalidad y vida fáctica con consumo de drogas. 3. La desvinculación del ser ahí; muestran un ser sin límites sociales. **Conclusiones:** El consumo de drogas es una conducta de riesgo que daña la salud psicológica, física y emocional del adolescente, atenuando su desarrollo saludable, pleno y armónico, es un problema que demanda cuidados integrales y multidisciplinarios.

*Palabras clave:* fenomenología, adolescente, drogas ilícitas, conductas de riesgo, enfermería.

### ABSTRACT

**Introduction:** Risk behaviors are experiences that appear easier in environments where drug consumption is present. **Objective:** understanding the lived experiences for risk behaviors in adolescents that consume illicit drugs. **Method:** Phenomenological qualitative Phenomenological interviews were conducted in 10 adolescent participants from a Youth Integration Center of Mexico. The phenomenological analysis was performed under the referential of the situated phenomenon of J. Martins.

Correspondencia remitir a: Profesora Investigadora, Universidad Autónoma de Sinaloa, [maryperez140@hotmail.com](mailto:maryperez140@hotmail.com)

<sup>1</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Autónoma de Sinaloa, [maryperez140@hotmail.com](mailto:maryperez140@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doctora, Profesora Investigadora. Universidad de Guanajuato, [calixto@ugto.mx](mailto:calixto@ugto.mx)

<sup>3</sup> Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México, [aracelydiaz@uaslp.mx](mailto:aracelydiaz@uaslp.mx)

<sup>4</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](http://norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

**Results:** 3 categories were revealed; 1 Historicity and the development of the risk behavior; existential situations that develop risk behaviors. 2 Experience and corporality; duality, between corporality and factual life with drug consumption. 3 The detachment of the being, showing a being without social limits. **Conclusions:** Drug consumption is a risk behavior that damages the adolescent's psychological, physical and emotional health, attenuating their full, healthy and harmonious development; it's a problem that demands comprehensive and multidisciplinary care.

*Keywords:* phenomenology, teenager, illicit drugs, risk behaviors, nursing.

El consumo de drogas es un problema de salud mundial, es reconocido como un patrón de comportamiento que forma parte de los estilos de vida no saludables y considerado una conducta de riesgo para la salud de los individuos. El uso de drogas sobre todo ilícitas han demostrado ser muy dañinas en la salud de sus consumidores en especial para las personas en franco desarrollo como es característico en los adolescentes. A pesar del rechazo marcado para estas conductas de riesgo, estas forman parte del estilo de vida de muchos adolescentes dado que favorecen la relación con los pares y les permite mayor autonomía. Garcia et al., (2015) menciona que “uno de los factores de riesgo de más peso en este período, es justamente la misma conducta de riesgo propia de la adolescencia” (p. 223).

La adolescencia es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, en ella se reafirman las directrices comportamentales que se inician desde la niñez, en esta se adquieren nuevos comportamientos que surgen de la relación del adolescente con su entorno. La adolescencia es una etapa comprendida entre los 10 y 19 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018), en esta etapa según Pascualini y Llorens (Citado en De Maio et al., 2019, p. 262) “se tiene lugar el pico de empuje puberal para la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales”. Universalmente la adolescencia es un período de fragilidad en la cual se inician distintos comportamientos y conductas de riesgo.

Actualmente el consumo de drogas es uno de los asuntos prioritarios para su atención y la preocupación radica en reducir los riesgos y consecuencias en la salud de los consumidores, en este contexto, la comprensión de la experiencia vivida para las conductas de riesgo de los adolescentes consumidores de drogas ilícitas, suma un gran interés al contribuir para las intervenciones de atención integral a las personas consumidoras.

## ESTADO DEL CONOCIMIENTO

El problema del consumo de drogas ilícitas afecta a todos los sectores de la sociedad (sociales, culturales, económicos y políticos), en este contexto, los adolescentes son mayormente vulnerables para encontrar en el consumo de drogas ilícitas un espacio que les permite enfrentar situaciones relacionadas con los sentimientos personales, las crisis emocionales, la violencia, la falta de comunicación, la falta de oportunidades, etc. La adolescencia es una etapa evolutiva, “es un período de desarrollo, de importantes cambios psicológicos, biológicos y sociales, (incluyen el desarrollo del cerebro) que puede verse afectado por el consumo de sustancias y llevarlos a padecer problemas biopsicosociales relacionados con el consumo” (Tena-Suck et al., 2018, pp. 266-267).

La adolescencia es un período clave en el desarrollo del ser humano, en el cual se incrementa el potencial para desarrollar conductas de riesgo no saludables como es el uso o abuso de drogas ilícitas que generan el desarrollo de conductas de riesgo de otra índole que por lo general ocasionan problemas de salud (sexo no planificado, problemas legales, alteraciones afectivas e inicio de consumo de otras drogas más dañinas). Según García et al. (2015) la adolescencia es un “periodo donde son particularmente intensas las conductas de riesgo” (p. 218), que pueden tener repercusiones negativas en el bienestar y la salud futura.

Las conductas de riesgo se han conceptualizado desde varios enfoques, Gonçalves-Câmara et al. (2007) refieren que “históricamente se consideraban como de riesgo a las personas o grupos más susceptibles de enfrentar problemas físicos o sociales debido a un tipo de conducta que no era aceptada social o legalmente” (p. 161). Sin embargo, los problemas de salud que revistieron estos conceptos, “fueron tomando grandes proporciones que se hizo necesario hablar de conductas de riesgo y no más de grupos de riesgo” (Gonçalves-Câmara et al. 2007, p. 161).

Actualmente las conductas de riesgo ha sido conceptualizadas como; “aquellas acciones voluntarias o involuntarias realizadas por un individuo o la comunidad que pueden llevar a consecuencias dañinas, estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales” (Fonseca, 2010; García et al., 2015, p. 219). En este contexto, las conductas de riesgo y el consumo de drogas sobre todo ilícitas forman una combinación sumamente peligrosa, sobre todo durante la adolescencia. Vázquez et al. (2014) mencionan que “algunos adolescentes inician el consumo de drogas en edades pediátricas y que solo una parte lo vivirá como una experiencia, pero otros consumirán drogas de forma regular hasta desarrollar adicción” (p.126). Sin duda uno de los mayores problemas de salud es el consumo de drogas y las conductas de riesgo relacionadas con este fenómeno.

Si bien, existe una gama de literatura sobre los comportamientos, conductas, factores y situaciones de riesgo, en nuestro país se ha encontrado escasa información científica que aborde conductas de riesgo en la población adolescente con problemas de consumo de drogas ilícitas sobretodo desde los aspectos subjetivos, lo que condiciona el trato integral a esta población. El desconocimiento sobre estos temas forma una de las principales causas que sobrellevan a complicaciones de salud derivadas de las conductas de riesgo en los adolescentes consumidores de drogas. En este escenario, Sena et al. (2017) refiere que “el consumo de drogas es un proceso ambiguo, que corresponde a la percepción de diferentes perfiles de atención en la relación del consumidor con la droga” (P.6). Actualmente la enfermería ha marcado su preocupación por entender y comprender este fenómeno, de tal manera que ha buscado las herramientas que le permita planear sus intervenciones en la promoción, prevención y atención de los problemas del consumo de drogas ilícitas, sin embargo es necesario profundizar en este campo de atención a través de estudios que aborden la experiencia subjetiva de los adolescentes consumidores para implementar intervenciones de cuidado integral que permitan reducir esta problemática y sus consecuencias en la salud.

## **PROBLEMA**

El consumo de drogas ilícitas es un problema de salud que requiere atención multidisciplinaria para reducir sus consecuencias en la salud de las personas consumidoras, sobre todo para los adolescentes que son el futuro del mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) informo que “en 2015 en el mundo murieron más de 1.2 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años, en su mayoría por causas prevenibles o tratables”. El contexto actual replantea que:

El abuso de sustancias afecta a las personas jóvenes de forma desproporcionada, en comparación con las personas de más edad, además el hecho de empezar tempranamente a consumir sustancias está asociado a un mayor riesgo de caer en dependencias y otros problemas durante la vida adulta. (OMS, 2021)

La magnitud del problema del consumo de drogas es preocupante. En los últimos años el uso de drogas ilícitas ha aumentado en el mundo y México no es la excepción. Según la Encuesta Nacional para el Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2017), el consumo de drogas ilícitas muestran un incremento para su uso alguna vez en la vida en la población total de 7.2% en el año 2011 a 9.9% para el 2016. Para la población de 12 a 17 años el consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida se incrementó de 2.9% a 6.2%, en hombres paso de 3.9% en el 2011 a 6.6% para el 2016, en las mujeres se experimento un importante incremento de 1.9% a 5.8%.

El consumo de drogas ilícitas en el el último año aumento casi el doble en este grupo de población, de 1.5% a 2.9%. En la población de 18 a 34 años el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida aumentó de 10.6% referido en el 2011 a 14.54% en el 2016 y en el último año se duplico de 2.3% a 4.6%. (ENCODAT, 2017). Por otra parte, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014) informó que el consumo de drogas ilícitas en adolescentes de secundaria y preparatoria es de 17.2%, en los hombres 18.6% y en las mujeres 15.9%; la prevalencia por nivel educativo es de 12.5% para secundaria y se duplica para el bachillerato a 25.1%”. La edad de inicio para el consumo de drogas es a los 13 años (Villatoro-Velazquez et al., 2016)

El uso y abuso de drogas ilícitas es un comportamiento que forma parte de los estilos de vida no saludables actuales, factores como la globalización, los avances en la tecnología y la comunicación, los cambios socioculturales y la influencia de los mercados internacionales han modificado de manera importante el uso tradicional de las drogas ilícitas, se han generado nuevos patrones de consumo caracterizados por una mayor facilidad para su acceso y por ser sustancias cada vez más potentes y dañinas, características que lo presenta como una conducta de riesgo para la salud.

En este contexto es importante destacar que “la adolescencia es un período de desarrollo en el que se inicia comportamientos para la experimentación con sustancias ilícitas” (Parker et al., 2016), aun cuando “es una etapa clave para el empoderamiento de la salud, sin embargo, presenta muchas necesidades que aún el equipo de salud no ha resuelto” (Martínez-Esquivel et al., 2013), por lo que es de carácter urgente que los profesionales de la salud incluyendo el de enfermería, encuentren las mejores maneras para conocer y comprender plenamente esta fase de la vida y los problemas de salud que la enmarcan, y en donde los riesgos para el desarrollo de conductas generadoras de conflictos son latentes. Desde este contexto surge la interrogante ¿Como es la experiencia vivida para las conductas de riesgo en adolescentes consumidores de drogas ilícitas?

## **PREMISAS**

El consumo de drogas ilícitas y las conductas de riesgo son experiencias vividas que se inicia como una forma de expresar sentimientos y pensamientos derivados de los contextos vivenciados del adolescente, esa relación que surge entre él y su mundo de vida.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Comprender la experiencia vivida para las conductas de riesgo en adolescentes consumidores de drogas ilícitas.

### **Objetivos Específicos**

1. Analizar la experiencia vivida para las conductas de riesgo en el adolescente.
2. Describir las conductas de riesgo desde la experiencia vivida del adolescente consumidor de drogas ilícitas.

### **METODO**

Se realizó una investigación cualitativa de abordaje fenomenológico, se centro en los presupuestos fenomenológicos de Martin Heidegger. La tarea fenomenológica implicó “buscar y aprehender del fenómeno, no sobre el fenómeno” (Guerrero-Castañeda et al., 2017), la preocupación fue en el sentido de “mostrar y no en demostrar” (Oviedo y Boemer, 2009) la experiencia vivida ante las conductas de riesgo del adolescente consumidor de drogas ilícitas.

### **Participantes**

10 adolescentes (ocho hombres y dos mujeres), de 15 a 19 años que recibían terapia de rehabilitación en un Centro de Integración Juvenil (CIJ) de México, que otorgaron el consentimiento y asentimiento para su participación en el estudio, se les expuso y discutió con detalle el objetivo del trabajo y las características de su participación misma que estaría dada por la realización de una o varias entrevistas las cuales se autorizaron para su grabación. Se destacó la confidencialidad y el anonimato para su participación, además se contó con el apoyo de un psicólogo para resguardar la salud psicológica de los adolescentes. Se les informó que podían retirarse del estudio si así lo decidieran y que tendrían la oportunidad de revisar las narrativas o comentarios escritos sobre ellos y ellas antes de la presentación de los resultados del estudio.

### **Instrumento**

La información se recolectó a través de la entrevista fenomenológica, una de las peculiaridades de estas entrevistas es que “recopila datos sobre la experiencia vivida” (Moreno-López, 2014, p. 75) orientando a la comprensión del mundo vivido de las personas, esta se dio como un acercamiento existencial entre el investigador y el adolescente, fueron encuentros naturales en los tiempos libres de los participantes durante su permanencia en el CIJ.

Se busco aprehender y comprender la experiencia vivida ante las conductas de riesgo desde la descripción del adolescente consumidor de drogas ilícitas. Se partió de una pregunta norteadora con característica de ser abierta, Platícame ¿Cómo ha sido tu experiencia vivida ante una conducta de riesgo durante el consumo de drogas ilícitas? Para esta actividad primeramente se informo sobre el concepto y características de las conductas de riesgo. La información se recolecto de febrero a noviembre del 2017, se realizaron en promedio de dos a tres entrevistas por participante que fueron grabadas y transcritas conforme se concluian, cada entrevista duro de 2 a 3 horas.

### **Procedimiento**

La recolección de la información se inició una vez que se obtuvo la aprobación del Comité de Investigación de la Universidad de Guanajuato, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías con registro CIDSC-2680923, la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Guanajuato, División de ciencias de la Salud e Ingenierías con registro CBDCSI-117161104, y se complementó con la aprobación del Comité de Investigación Científica de Centros de Integración Juvenil, A. C. con clave: 206-16.

Para realizar las entrevistas el investigador requirió colocarse como parte del equipo de apoyo voluntario del CIJ. El abordaje de los adolescentes se realizó con previo consentimiento y asentimiento informado de los participantes y el consentimiento informado de los padres o tutores para los menores de edad, las entrevistas se realizaron en horarios libres a su tratamiento, se concluyeron hasta “la saturación de datos” (Hernández et al., 2014). Para el análisis de las narrativas se utilizó el referencial del fenómeno situado de Joel Martins, se consideró “la trayectoria de este en sus tres momentos: la descripción, la reducción y la comprensión” (Do Prado et al., 2008; Martins, 1994). Las conductas de riesgo como experiencia vivida se definieron con la descripción del fenómeno de la voz del adolescente. La reducción fenomenológica permitió colocar el fenómeno en suspensión para poder describir esta experiencia, se seleccionaron las partes esenciales de la descripción de la experiencia narrada, de tal manera que se identificaron las unidades de significado para conformar las categorías extraídas, lo que permitió mostrar la experiencia vivida para las conductas de riesgo del adolescente consumidor de drogas ilícitas. En este proceso se destacó plenamente la esencia de las palabras y voces grabadas de los adolescentes para que el fenómeno se mostrara.

## RESULTADOS

En total se obtuvieron 29 entrevistas de 10 adolescentes que participaron en el estudio, para garantizar la confidencialidad se usaron seudónimos, el consumo comprendió una temporalidad de meses en tres adolescentes y de años en el resto. Siete de los participantes presentaron consumo abusivo de drogas ilegales, tres fueron consumidores experimentales. Del análisis de las narrativas se formaron tres categorías o unidades de sentido: 1. **Historicidad y el gestar del comportamiento de riesgo** que mostró lo vivido desde situaciones existenciales que se gestan para dar inicio al consumo de drogas como punto de partida para el desarrollo de comportamientos riesgosos del adolescente. 2. **Experiencia y corporalidad** dualidad que surge en el adolescente para experimentar dos fenómenos estrechamente relacionados; los límites de la corporalidad y aquellos que se dan como apertura de la experiencia fáctica de vida, que le exponen a comportamientos de riesgo derivados de los efectos de la droga. 3. **La desvinculación del ser ahí**, mostrando a un ser sin límites sociales, buscando permanecer inmerso en el mundo de las drogas, inclinado hacia comportamientos delictivos y riesgosos.

### **Historicidad y el gestar del comportamiento de riesgo**

El consumo de drogas ilícitas es una conducta de riesgo que predispone y precipita otras conductas de riesgo. Los adolescentes mostraron a través de sus discursos, experiencias vividas que enmarcan su historicidad formando un vacío existencial, aquellos factores psicológicos que se gestaron desde su infancia y con anterioridad al consumo, la violencia, carencias de afecto, amor y valores sobre todo desde la figura paterna, son experiencias que contribuyen para la falta de control y resiliencia para evitar el consumo de drogas ilícitas, conducta de riesgo en la que el adolescente encuentra la manera de ser con él y con los demás.

**“Paco”** refiere, *“mi papa me confesó que cuando yo nací él no me vio, que no me quería, aún es así, drogado se me olvidaba poquito”*

**“Caro”** narra, *“recibía golpizas de mi papa, mi ama nunca nos defendió, mejor me estaba en la calle y encontré el vicio, sabía que era malo, pero no creía que para mí”*

Los adolescentes vivencian un estado de ánimo que surge de la relación de él y el mundo, aquellas alteraciones anímicas o rasgos personales que han sobrevenido a su vida impropia, gestando un ser violento, inseguro, incapaz de mostrar sus sentimientos afectivos.

**“Carlos”** relata *“drogado golpeaba a mi novia, golpeé a otras personas, me han querido matar, me he salvado de milagro”*

**“David”** menciona *“con el cristal tenía delirio de persecución, me entraba la celotipia, y golpeaba y también recibía golpes, nunca sentí miedo”*

En sus relatos se advierte que “la historicidad del “ser ahí” puede permanecerle oculta a sí mismo, pero también puede descubrirse de cierto modo y experimentar un peculiar cultivo” (Heidegger, 2015, p.30), derivando comportamientos de riesgo que exponen el existir del adolescente.

### **Experiencia y corporalidad**

La experiencia vivenciada del adolescente se mostró a partir de su modo de “ser ahí”, en ese mundo en el que se enfrentó a procesos emocionales y físicos que contribuyeron para el desarrollo de comportamientos de riesgo que se acentúan en la corporalidad durante el consumo de drogas ilícitas y como consecuencia de sus efectos. Se develan sentimientos, pensamientos y emociones que orientan el desarrollo de conductas que atentan contra su integridad y exponen el existir del adolescente.

**“Caro”** relata *“me cortaba las piernas, con la droga no pensaba en lo peligroso, quería hacer algo que me hiciera ver diferente a todos”*

**“Salo”** menciona *“consumía diferentes drogas, y me llegaban ganas de no vivir más, sentía que nadie se importaba de mí, me llegaban pensamientos malos, como de matarme”*

Se mostraron debilidades corporales del adolescente en el mundo, regidas por el consumo de drogas ilícitas, atravesando un proceso de vida que de acuerdo a la profundidad de su adicción experimenta como una necesidad vital el consumir drogas más potentes, vivir nuevas experiencias y “con patrones de consumo más dañinos para la salud, requeridos por la demanda corporal” (Pérez et al., 2018).

**“Dayvi”** menciona, *“empecé a usar drogas más fuertes, me ponía en un estado astral, no sentía el cuerpo, solo la mente creando otra realidad, eso me gustaba”*

**“Frank”** narra *“tu cuerpo te pide más, te duele la cabeza, los huesos, te da frío, calenturas, de esa manera el cuerpo te pide sustancias, te dice, hey dame, yo lo necesito”*

El mundo y las personas que lo habitan son complejas, las experiencias vividas como parte de su interacción los cambian, se vivencian falsas oportunidades para la existencia, donde la corporalidad del adolescente juega un papel preponderante por ser el reflejo de su diario vivir domados por el efecto de las drogas y sostenidos por comportamientos de riesgo.

### **La desvinculación del ser ahí**

Se develan comportamientos de riesgo como parte de esas experiencias vividas que alejan al adolescente de sus valores y responsabilidades, se muestra un ser dañado por el efecto de las sustancias y la profundidad del consumo, un ser que gobernado por los efectos “placenteros” busca vivirlos de manera continua, tomando como su mejor alternativa para esto los comportamientos infractores de riesgo que exponen su existir como ser en libertad.

“**Iker**” expone *“se acaba el efecto, y quieres comprar y consumir más, te quieres sentir igual, y sin tu recurso de dinero, y empiezas a robar, sin pensar, sin sentir miedo”*

“**Paco**” menciona *“drogado me metía a lugares que no eran mi casa, nomás pensaba en conseguir más dinero”*

En sus discursos se desvela una crisis existencial, que desde lo corporal desconecta al ser de las preocupaciones por su existir, alimentando conductas de riesgo determinadas por el grado de su adicción, una manera de perderse viviendo la experiencia presente sin pensar en su pasado y su futuro, y sin pensar en su ser.

“**David**” refiere *“drogado pierdes algunos sentimientos, la forma de pensar cambia, te comportas sin límites a todo le entras, drogas, robo, sexo”*

“**Caro**” expresa *“drogada, ya no recordaba nada, me perdía, no sabía qué hacía ni que me pasaba, no sabía cómo llegaba a casa”*

“**Iker**” menciona *“fingía depresión, no sé si en realidad tenía, nunca estaba muy consciente, duraba semanas acostado, consumiendo, muriendo solo”*

## **DISCUSIÓN**

Los comportamientos de riesgo suele ser la consecuencia de diversos factores precipitantes o predisponentes. El consumo de drogas ilícitas es un comportamiento de riesgo para la salud que demanda cuidados individualizados y especializados.

Los resultados muestran el consumo de drogas como un fenómeno que se gesta en el cotidiano de vida del adolescente, en esos contextos que dan forma a su historicidad, en los cuales las experiencias vividas de violencia, falta de afecto, amor y la pérdida de valores en la familia, sobre todo de la figura paterna, son determinantes para el inicio del consumo de drogas ilícitas, lo cual abrió puertas a una serie de comportamientos riesgosos en el vivir del adolescente. Zubarew (como cito González y Quezada, 2015, p. 9) afirma que “la constitución de valores proporcionado por la familia permite a la persona poseer sentimientos como la esperanza, alegría, éxito y amor, mientras que el distanciamiento con los padres o madres condiciona al adolescente a riesgos durante la adolescencia”. Por su parte Loor-Briones et al. (2018) refieren que “la falta de apoyo familiar, y la falta de cariño de los padres son causas para el consumo de drogas en adolescentes” (p.7). En este sentido, Aguirre-Guiza et al. (2017), mencionan que:

El papel de la familia es fundamental para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se requiere una mayor presencia de los padres en el hogar, compartir tiempo de calidad con los hijos y ejercer mayor control sobre las actividades que realizan, sobre todo aquellas que marcan riesgos en la salud del adolescente. (p. 6)

Se desveló que las experiencias del consumo de drogas y sus efectos despiertan estados de ánimos en el adolescente, “en la facticidad de su existencia, un carácter del “ser ahí” en el mundo” (Heidegger, 2015, p.68), un ser con impulsos violentos, inseguro, incapaz de mostrar sus sentimientos afectivos, acogido en su existencia en el mundo de las drogas. Loor-Briones et al. (2018) refieren que “la falta de un sentimiento de pertenencia contribuye al consumo de droga en los adolescentes”, y en este contexto, “la droga es un objeto provocador de distintos estados que son mediados por lo sensorial y lo emocional, estos adquieren particular importancia en el adolescente” (Maturana, 2011, p.104).

Se develan sentimientos, emociones y vacíos existenciales que determinan conductas y pensamientos de autoagresiones que dañan la integridad física y exponen el existir del adolescente. Las ideas lesivas o suicidas pueden tener resultados catastróficos y el consumo de diferentes drogas ilícitas muestra mayor compactibilidad con el desarrollo de estos comportamientos. “En los adolescentes el riesgo de ideación y conductas suicidas es alto y aumenta potencialmente cuando hay presencia de depresión y consumo sustancias psicoactivas” (Cañón-Buitrago, 2018, pp.391-392).

Por su parte González-Forteza et al. (2015) refieren que “con el uso de una o más drogas ilícitas el riesgo de ideación suicida aumenta casi cuatro veces” (p.33). Es importante tener en cuenta que, “en los adolescentes, puede haber conductas lesivas no suicidas, ideas autolíticas” (Cañón-Buitrago, 2018, p. 392). Por ello, “se recomienda explorar la intencionalidad, y si son formas de llamar la atención hacia un sufrimiento intenso sin intención suicida real” (Bonet de Luna et al., 2011, p.476). La química que surge del consumo de drogas y la corporalidad del adolescente pueden indicar conductas poco percibidas como suicidas, que comienza a presentarse en individuos cada vez más jóvenes.

La experiencia vivida en la corporalidad y subjetividad del adolescente experimentan un proceso dado por la profundidad de su adicción, buscan vivir nuevas experiencias con drogas más potentes y dañina, sentidas como necesidades corporales. Flores-Pérez et al. (2007) refieren que, “desde una perspectiva de la corporalidad, el consumo de drogas puede ser considerado como una práctica que implica un proceso de transformación subjetiva-corporal al comportar una peculiar forma de relacionarse con el propio cuerpo” (p.243), sin embargo, estos patrones de comportamientos generados por los efectos de la droga exponen la salud del adolescente. El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2020) refiere que “las grandes oleadas de dopamina le enseñan al cerebro a buscar drogas y a dejar de lado otras actividades y fines más sanos”.

El consumo de drogas ilícitas se vive como experiencias que desvinculan al adolescente de su ser de propiedad, desvanecen sus valores y su sentido de responsabilidad, superados por el uso y abuso de las drogas ilícitas, vivencian experiencias que implican conductas ilegales para cubrir esa necesidad del consumo de drogas. Los efectos de las drogas “tienen una expresión visible en distintos modos que pueden vincularse con actividades delictivas asociadas con la adquisición ilegal de drogas o dadas por la intoxicación con sustancias psicoactivas” (Medina-Mora et al., 2013, p.68). Por su parte Bringas et al., (2012), mencionan que “existe una relación entre consumo de drogas y la actividad infractora”, sin embargos, “existe un momento en que el consumo de sustancias y la delincuencia forman parte de una misma conducta, iniciándose recorridos paralelos para confluir en determinados adolescentes en una situación de dependencia y de consolidación de la trayectoria delictiva” (Uceda-Maza et al., 2016, p.70).

Los adolescentes muestran una crisis existencial, que desde la seducción corporal les desconecta de sus ambiciones por su existir, el efecto de las drogas y la profundidad de la adicción son una manera de perderse, como lo acentúa uno de los participantes, es una manera de estar “muriendo solo”. Se ha documentado que; Algunos adolescentes buscan adentrarse en un mundo que les parece ser aquel en que desean vivir y a pesar de ese sentimiento, revelan desconocer las consecuencias de ese consumo para su organismo y se involucran en un ciclo vicioso que, aunque quieran salir de él, no encuentran condiciones para eso. (Loor-Briones, 2018; Riofrío-Guillén, 2010)

En sus relatos se muestran conductas de riesgo que afectan su salud y su vida y por ende se ponen en juego la vida de los otros.

## CONCLUSIONES

Es clave emprender intervenciones encaminadas a la prevención del consumo de drogas sobre todo de características ilícitas, con la firme convicción de reducir los problemas de salud generados como consecuencias de esta conducta de riesgo.

Actualmente los patrones de uso y abuso que se presentan para el consumo de drogas ilícitas es desafiante, este se muestra como un problema de salud que ha dejado de ser vinculado solo a grupos sociales específicos (en condición de pobreza, marginación, escasa educación, etc.), ha pasado a ser un fenómeno de gran magnitud que afecta a todos los sectores de la sociedad. Sin lugar a dudas las drogas forman parte del proceso de socialización, y es el adolescente una persona altamente vulnerable para vivir la experiencia del consumo de drogas, experiencia que puede trascender y llegar a formarse como un comportamiento problemático permanente para la salud y el existir del adolescente, su familia y la sociedad. Vinculado a esto se reconoce que la adolescencia es una etapa de la vida en la cual la mayoría los seres humanos buscan vivirla con intensidad, es por ello, una etapa que generalmente se acompaña de conductas de riesgo que generan inestabilidad en la salud de la persona adolescente.

El consumo de drogas es un problema que a medida que amplía su dimensión, agrava también la trayectoria para las conductas de riesgo. En consecuencia, el consumo de drogas es un comportamiento que genera una gama de conductas de riesgo, en este sentido, las experiencias vividas en adolescentes consumidores de drogas ilícitas muestran la necesidad de atender de manera integral y de forma coordinada el problema del consumo de drogas ilícitas como conducta de riesgo generadora de problemas importantes para la salud, repercutiendo estos en el desarrollo psicológico, físico y emocional del adolescente, por tanto, estos obstáculos le atenúa la posibilidad de alcanzar un futuro que le garantice un desarrollo pleno y armónico.

Sin lugar a dudas el ser humano no está libre de quedar embargado en contextos de la más profunda desorientación y sufrimientos existenciales, por lo que es necesaria la comprensión de aquellos fenómenos que enmarcan al ser en relación con el mundo. La comprensión de las experiencias vividas para las conductas de riesgo del adolescente consumidor de drogas ilícitas representa un gran interés si lo que se busca es lograr procesos de cuidados integrales y multidisciplinarios que traten y reduzcan el problema del consumo de drogas ilícitas y sus consecuencias.

## SUGERENCIAS

Fortalecer la practica de cuidado basada en la prevencion del consumo de drogas como conducta de riesgo, delineando la importancia para ampliar el desarrollo de investigaciones cualitativas desde los contextos de salud actuales, que aborden los aspectos subjetivos de las personas consumidoras de drogas sobre todo de características ilícitas.

Para los profesionales de la salud se propone fortalecer el desarrollo de proyectos de atención integral para limitar los daños a la salud y sociales generados por el consumo de drogas, sobre todo en grupos vulnerables como lo son los adolescentes y su familia.

Se alza la propuesta al sector educativo, para que desde la formación profesional de enfermería se fortalezcan e incluyan programas de formación especializados para la atención integral de la persona con problemas de consumo de drogas y su familia.

Se propone la implementación de políticas y programas de salud en el que se incluya a los profesionales de enfermería para el trabajo multidisciplinario en la prevención y disminución de riesgos generados por el consumo de drogas.

## LIMITACIONES

El tiempo para el abordaje de los adolescentes se amplió dado que el investigador necesito ocupar espacios de tiempo que no afectaran la terapia de atención del adolescente.

## REFERENCIAS

Aguirre-Guiza, N.C., Aldana-Pinzón, O.B., y Bonilla-Ibáñez, C.P. (2017). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=422/42250687002>.

- Bonet-de Luna, C., Fernández, M.A. y Chamón, A.M. (2011). Depresión, ansiedad y separación en la infancia: aspectos prácticos para pediatras ocupados. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 13, 471-89. <https://dx.doi.org/10.4321/S113976322011000300012>.
- Bringas, C., Rodríguez, L., López, J., Rodríguez, F.J. y Estrada, C. (2012). Consumo de drogas y conducta delictiva: análisis diferencial de la heroína y la cocaína en la trayectoria infractora. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 3(1),39-54. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2451/245122736003>.
- Cañón-Buitrago S.C. y Carmona-Parra, J.A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 20, 387-97. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113976322018000400014&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322018000400014&lng=es&tlng=es).
- De Maio, A., Nielsen, V., Bulgach, V., López, P. y Mato, R. (2019). Autoagresiones en adolescentes atendidos en un hospital de alta complejidad: Serie de casos clínicos. *Rev. Medicina Infantil*, 26(3), 262-266. [https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2019/xxvi\\_3\\_262.pdf](https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2019/xxvi_3_262.pdf).
- Do Prado, M.L., De Souza, M.L. y Carraco, T.E. (2008). *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Flores-Pérez, E. y Reidl-Martínez, L.M. (2007). Corporalidad y uso de drogas: estudio de caso de la experiencia subjetiva del cuerpo. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2). [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003496902007000200&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003496902007000200&lng=pt&tlng=es).
- Fonseca, H. (2010). Helping adolescents develop resilience: steps the pediatrician can take in the office. *Adolesc Med.* (21), 152-60.
- García, R., Romero, E., Muñoz, N., Gaquín, K., y Hernández, R.A. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S013865572015000200010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572015000200010&lng=es&tlng=es).

- Gonçalves-Câmara, S., Castellá-Sarriera, J. y Carlotto, M.S. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Rev. Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology*, 41 (2), 161-166. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28441206>
- González-Forteza, C., Juárez-López, C.E., Montejo-León, L.A., Oseguera-Díaz, G., Wagner-Echeagaray, F.A. y Jiménez-Tapia, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25(2), 29-34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=416/41648310005>
- González, S. y Quezada, A. (2015). La persona adolescente y su experiencia durante la etapa intermedia. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 29, 1-14. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19572>
- Guerrero-Castañeda, R.F., Menezes, T.M.O. y Ojeda, M.G. (2017). Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. *Rev Gaúcha Enferm*, 38(2), e67458. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67458>
- Heidegger, M. (2015). *El Ser y el tiempo*. Decimoctava reimpresión. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. P. (2014) *Metodología de la investigación*. México: Ed. Mc Graw Hill/Interamericana.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017: Reporte de drogas*. Villatoro-Velázquez, J.A., Reséndiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirrett, M., Gutiérrez-Reyes, J., Franco, Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, I. Ciudad de México, México, INPRFM. [https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT\\_YQN73eWhR/view](https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view).
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2014). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en estudiantes. Reporte de drogas*. Secretaría de Salud. México. [http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9612/CD/9612\\_ENCODE\\_2014.pdf](http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9612/CD/9612_ENCODE_2014.pdf).

- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). (2020). *Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro> .
- Lloor-Briones, W., Hidalgo-Hidalgo, H., Macías-Alvarado, J., García-Noy, E. y Srich-Vázquez, J. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev. Arch Med Camagüey*, 22(2). <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2018/amc182c.pdf>.
- Martínez-Esquivel, D., Alvarado-Rojas, J., Campos-Ramírez, H., Elizondo-Vargas, K., Esquivel-Solano, H., Mancía-Elizondo, A., Quesada-Méndez, I., y Quirós-Bermúdez, D. (2013). Intervención de Enfermería en la adolescencia: experiencia en una Institución de Estudios Secundarios Pública. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (24), <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=448/44826081002>
- Martins, J. A. (1994). *Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos, recursos básicos*. 2ª ed. Blumenau, Moraes.
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Rev. Médica clínica las Condes de Chile*. Published by Elsevier. España, 22(1), 98–109. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-consumo-dealcohol-drogas-adolescentesS0716864011703972>.
- Medina-Mora, M.E., Real, T., Villatoro, J. y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública México*, 55 (1), 67-73. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342013000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342013000100010&lng=es&tlng=es) .
- Moreno-López, S. (2014). La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Rev Abordagem Gestáltica*, 20(1): 71-76. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357733920009>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Desarrollo en la adolescencia*. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Salud del adolescente y el joven adulto*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
- Oviedo, D.A. & Boemer, R.M. (2009). The person with diabetes: from a therapeutic to an existential focus. *Rev Esc Enferm USP*, 43(4), 744-51. [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en\\_a02v43n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en_a02v43n4.pdf).
- Parker, E.M., Debnam, K., Pas, E.T. & Bradshaw, C.P. (2016). Exploring the link between alcohol and marijuana use and teen dating violence victimization among high school students: The influence of school context. *Health Education & Behavior*, 43(5), 528-536. <https://doi.org/10.1177/1090198115605308>
- Pascualini, D. y Llorens, A. (2010). Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral. *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*, Buenos Aires. 684. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-645612>.
- Pérez-Vázquez, M.J., Díaz, A. y Calixto, M.G. (2018). Life experience of adolescent drug users: a phenomenological approach. *Rev Esc Enferm USP*, 52, e03349. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042803349>
- Riofrío-Guillén, R. (2010). Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(Spec), 598-605.
- Sena, E., Araújo, M., Ribeiro, B., Santos, V., Carvalho dos, M., Soares, C., & Carvalho, P. (2017). Ambiguidade do cuidado na vivência do consumidor de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2), e64345. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.64345>.
- Tena-Suck, A., Castro, G., Marín, R., Gómez, P., Fuente, A. y Gómez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>.

- Uceda-Maza, F.X., Navarro-Pérez J.J., y Pérez-Cosín, J.V. (2016). Adolescentes y drogas: su relación con la delincuencia. *Revista de Estudios Sociales*, 58, 63-75. <http://journals.openedition.org/revestudsoc/346>
- Vázquez, F.M., Muñoz, M.M., Fierro, U.A., Alfaro, G.M., Rodríguez, C.M. y Rodríguez, M.L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Pediatría Atención Primaria*, 16 (62),125-134. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366634304005>.
- Villatoro-Velazquez, J.A., Medina-Mora-Icaza, M.E., Campo-Sánchez, R.M., Fregoso-Ito, D.A., Bustos-Gamiño, M.N., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, R., Bretón-Cirett, M., Soto-Hernández, I.S., y Martínez, V.C. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud mental*, 39(4), 193-203. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252016000400193&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000400193&lng=es&tlng=es).
- Zubarew, T. (2013). *Evaluación Clínica del Adolescente. Supervisión de Salud del Adolescente*. Pontificia Universidad Católica de Chile.



## La parte intrínseca del ser con consumo de alcohol, en un contexto hospitalario

The intrinsic part of the being with alcohol consumption, in a hospital context

Lucila Acevedo-Figueroa<sup>1</sup>, Alicia Alvarez-Aguirre<sup>2</sup>, Mirtha Flor Cervera- Vallejos<sup>3</sup>, Rosa Jeuna Díaz-Manchay<sup>4</sup>, Leticia Casique-Casique<sup>5</sup>, Verónica Margarita Hernández-Rodríguez,<sup>6</sup> Universidad Autónoma de Guerrero, Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma de Querétaro, México y Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo, Péru,

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>7</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción.** En el valor intrínseco del ser con consumo de alcohol convergen una serie de esencias, posesionándolo en un punto de mira particular y única. **Objetivo.** Comprender la parte intrínseca del ser con consumo de alcohol dentro de un contexto hospitalario. **Método.** Estudio cualitativo fenomenológico, con 9 participantes de 35 a 65 años, consumidores de alcohol, que por diversas patologías están en un Hospital de segundo nivel en Guerrero, México. Información obtenida por entrevista fenomenológica, análisis por círculo hermenéutico de Heidegger. **Resultados.** Develan el proceso de interiorización del ser, caídos, con culpa, deseosos de compartir experiencias, sentimientos, reconocen dos dimensiones; la parte física y su ser emocional y afectivo. **Conclusiones.** El desafío de cuidar al ser por padecer consumo de alcohol, pero con sentimientos, hace que los profesionales de enfermería aborden las dos dimensiones afectadas: física y emocional-afectiva con sensibilidad y respeto.

*Palabras clave:* Persona con consumo de alcohol, enfermería, interacción, fenomenología.

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a: Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Autónoma de Guerrero, México, correo: [l.acevedofigueroa@ugto.mx](mailto:l.acevedofigueroa@ugto.mx)

<sup>2</sup> Profesora, Universidad de Guanajuato, México. Correo: [alicia.alvarez@ugto.mx](mailto:alicia.alvarez@ugto.mx)

<sup>3</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo, Correo: [mcervera@usat.edu.pe](mailto:mcervera@usat.edu.pe)

<sup>4</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo, Correo: [rdiaz@usat.edu.pe](mailto:rdiaz@usat.edu.pe)

<sup>5</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad de Guanajuato, México. Correo: [l.casique@ugto.mx](mailto:l.casique@ugto.mx)

<sup>6</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Autónoma de Querétaro, México. Correo: [covetojo@yahoo.com](mailto:covetojo@yahoo.com)

<sup>7</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

**Introduction.** In the intrinsic value of the being with alcohol consumption, a series of essences converge, placing it in a particular and unique point of view. **Objective.** Understand the intrinsic part of the being with alcohol consumption within a hospital context. **Method.** Qualitative phenomenological study, with 9 participants aged 35 to 65 years, alcohol consumers, who for various pathologies are in a second level Hospital in Guerrero, Mexico. Information obtained by phenomenological interview, analysis by Heidegger's hermeneutical circle. **Results.** They reveal the process of internalization of the being, fallen, with guilt, eager to share experiences, feelings, they recognize two dimensions; the physical part and their emotional and affective being. **Conclusions.** The challenge of caring for the being due to alcohol consumption, but with feelings, makes nursing professionals approach the two affected dimensions: physical and emotional-affective with sensitivity and respect.

*Keywords:* Person with alcohol consumption, nursing, interaction, phenomenology.

Según estadísticas, uno de los factores que conduce a una muerte prematura prevenible, esta el consumo nocivo de alcohol, las cifras del 2012 mostraron una prevalencia anual del 42%, siendo legal en la mayoría de los países (Ahumada, Gámez, Valdez, 2017). Asociado a esto, la mortalidad por el consumo de alcohol en México, concurre con la presencia de enfermedades como la cirrosis hepática (8.4%), accidentes de vehículo de motor y homicidios, mismas que se encuentra dentro de las primeras cinco causas de mortalidad general (Morales, et al. 2015). Sin embargo, consumir alcohol es socialmente aprobado entre varios grupos sociales, lo que dificulta el establecimiento de límites entre el consumo recreativo y la dependencia.

Con frecuencia en el contexto hospitalario se aísla el cuerpo, al verlo como una cosa, fragmentado, Estrada (2012) explica que es un territorio de conocimiento en el que existen parcelas claramente definidas: lo biológico, lo químico, lo fisiológico, lo mental, etc. En el se ubican los signos y los síntomas con concentración a órganos y sistemas, tejidos y células para establecer un tratamiento y diagnosticar una enfermedad, enfermería paulatinamente se ha involucrado en este trato durante el cuidado.

Esta realidad inquieta debido a que la persona con consumo de alcohol está presente con más frecuencia en instituciones hospitalarias con demanda de características específicas, por parte de los profesionales de enfermería que los atiende, como: Claridad, empatía e interacción; en este contexto dichos profesionales están situados como esa imagen ideal para motivar al paciente a iniciar o continuar el tratamiento, siempre en busca de un proceso asistencial holístico de calidad.

En este sentido para esta investigación la persona con consumo de alcohol que ingresa a un contexto hospitalario es un ser autointerpretativo, no vino al mundo predefinido, si no que va definiéndose con las experiencias vitales, posee un comportamiento no reflexivo de su identidad en el mundo, vive un aquí y un ahora que quizá lo limite y no le permita alcanzar su plena realización en actividades rutinarias y prácticas, en la lucha por realizarse día a día. No obstante, como ente le es esencial una comprensión de su propio ser, sobretodo en lo íntimo en la interacción durante el cuidado, pues se mantiene abierta al mundo, al trato con otros seres humanos y a sí mismo, con plena plena conciencia de lo que significa su propia vida y ubique el sentido de su tiempo y de su mundo.

De allí, nace la necesidad de comprender la interioridad del ser con consumo de alcohol dentro de un contexto hospitalario, ¿Cómo se siente en su interior?, ¿Qué preocupaciones le aquejan?, ¿Cómo se sienten en relación al tiempo y el contexto, a su ser físico y emocional?, aspectos que en resultados se detallaran, y que se abordaron desde la fenomenología. Ante ello, nace el objetivo de comprender la parte intrínseca del ser con consumo de alcohol dentro de un contexto hospitalario.

## **ESTADO DEL CONOCIMIENTO**

La esencia del hombre abarca perfeccionamiento intrínseco de una naturaleza, correspondiente con el acto de ser co-existencial. Esta perfección es habitual, y se describe como disponer. El disponer conduce a la autorrealización. Esa pretensión es ilusoria y, por otra parte, estéril, porque el ser humano se distingue realmente de la esencia del hombre que, en este sentido, se dice demora creciente, la cual es realmente distinta del carácter de los demás. (Polo, 2010).

La libertad personal se extiende a la esencia del hombre a través de los hábitos, de acuerdo con la potencialidad de esa esencia —realmente distinta del co-ser humano—. Así lo explica Polo (2010). La co-existencia, la intensificación del orden de los trascendentales, es la persona, la intimidad irreductible en la medida en que se alcanza: ese alcanzar es indisociable de su ser. El "Dasein" está en el mundo, lo habita y está en relación con él, con las cosas, es un ser que reacciona y responde, actúa y padece (Solano, 2006).

Dentro de este contexto definir a la persona con consumo de alcohol, hace pensar que no solo tiene cuerpo si no son corpóreos, viven la extraña sensación de que nunca son los dueños de ellos mismos, están situados en un mundo que no han elegido, que no es del todo suyo y en el que no están integrados, heredan pasado, pero ven futuro y porvenir imprevisibilidad y casualidad, nacimiento y muerte.

La corporeidad expresa un modo de ser no esencial, en constante devenir, con una transformación inacabable entre lo que recibimos y lo que anhelamos, entre lo que persiste y lo que cambia, considerada como una unidad corpóreo-anímico espiritual. (Mélich, 2010). Considerando estas características Duch (2004) menciona que ambas personas enfermera (o) y persona con consumo de alcohol, son herederos biológica y culturalmente.

En este sentido la persona con consumo de alcohol que acude a un contexto hospitalario, consume alcohol, del árabe alkuhi. En los albores de la humanidad, fue utilizada por el hombre en forma de brebaje y vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y los que, pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables. (Pretel, et al. 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), menciona que en el consumo de alcohol existe un trastorno crónico de la conducta, manifestadas por repetidas ingestas de alcohol respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y por interferir en la salud o en las funciones económicas y sociales del bebedor.

Sin embargo, Rivera, (1984) afirma que la personalidad de las personas que consumen alcohol fue descrita por los investigadores de la conducta humana. Como personas escapistas, que no afrontan y resuelven los problemas presentes en la realidad y prefieren huir, encontrando en el consumo de alcohol una falsa puerta de escape para liberarse de la ansiedad y de la depresión. Otros los describen como personas esquizoides, temerosas, tímidas, inhibidas y deprimidas y que tienen antecedentes de intentos de suicidio o de otras actividades autodestructivas.

No obstante, la persona que consume alcohol manifestó la necesidad de ser protegido, solicita apoyo y afecto, por sentirse fácilmente desamparado e inseguro y depender aun económicamente de los demás; a esta dependencia se agrega una actitud indolente, de autocastigo, humillación y a sentirse criticado y castigado. Estos tres rasgos (dependencia, pasividad, y culpa), junto a pesimismo, hostilidad, aislamiento, soledad, timidez, esquivez, indiferencia, desapego, tendencia a la depresión, etc.

Es en la esfera subjetiva donde enfermería debe indagar para encontrar *la parte intrínseca del ser con consumo de alcohol* para la comprensión de las necesidades de la persona, como son la sensibilidad, creatividad, intuición, vivencia, relación y expresiones afectivas; la disponibilidad, acogida y respeto deben ir implícitas también en la acción de cuidar, la comunicación con el paciente por medio de palabras, gestos, postura y hasta incluso silencio.

## **MÉTODO**

La metodología implementada fue cualitativa con abordaje fenomenológico, ello consintió en comprender las actitudes, valores en una realidad interna propia y única (Leon, 2009). Realizado bajo el enfoque hermenéutico de Heidegger (2015), al revelar al fenómeno como algo vivenciado ya que se presenta de algún modo.

## **Informantes**

Los participantes, fueron personas con consumo de alcohol sin distinción de sexo de 25 a 65 años ingresados al Hospital General Adolfo Prieto, que aceptaron participar bajo consentimiento informado por escrito y permitieron que sus discursos fueran audio grabadas. Se les asignó para la descripción de sus hablas la identificación de E1 a E9, de acuerdo al orden de entrevista realizada.

## **Instrumentos y materiales**

Para la colecta de la información se uso entrevista fenomenológicas audio grabadas por el investigador principal, con una pregunta detonadora ¿cómo ha sido su experiencia en la interacción con enfermería al proporcionarle el cuidado cuando estuvo hospitalizado? proceso concluido al obtener la saturación teórica de la información. La transcripción y análisis inicial se realizó a no más de 72 horas del día de la entrevista individual con la finalidad de evitar perder el contexto de la misma.

Guerrero, Meneses & Ojeda (2017) argumentan a la entrevista como el encuentro entre dos personas (entrevistador-entrevistado), con diálogo para aprehender un fenómeno. La entrevista fenomenológica es un método y una técnica a la vez, representa la forma de acceso que tiene el investigador para aprehender los objetos vividos para alcanzar la comprensión de lo vivido. Aquí el investigador se libera su mirada para el análisis de lo vivido, tal como se muestra, sin juzgar, sin valoraciones morales, sociales, religiosas o de cualquier otra connotación que enmascare el fenómeno que se desvela, haciendo que éste no pueda mostrarse (Carvalho, 1987).

## **Procedimiento**

Para realizar la entrevista, se realizo un primer encuentro en el contexto hospitalario en donde se busco socializar con los participantes, asi mismo se les dio a conocer los objetivos del proyecto, al externar su confirmación a participar, se planeó la fecha, hora y lugar de la entrevista fenomenológica y hubo la disposición al encuentro.

Se forjó la presencia de la persona con consumo de alcohol dentro de la subjetividad; al preguntar el fenómeno emanaron reflexiones, con cambios actitudinales que asistieron la sensibilidad de una mirada atenta y comprensiva frente a lo estudiado. Además, permitió comprender cuestiones relacionadas con la existencia humana, para cuidar mejor de las personas necesitadas de la asistencia de enfermería. En esta escucha, el entrevistador fue el propio instrumento dispuesto a escucharle, captar y convivir con el fenómeno, transmitido a través de las hablas de los consumidores de alcohol (lenguaje), mediante este encuentro social hubo la posibilidad de obtener datos relevantes sobre su “mundo vivido” en un contexto hospitalario.

También, se recurrió a las pruebas de recapitulación y silencio como lo describe Vargas (2012), usado para llevar al participante de regreso al comienzo de la experiencia descrita durante la entrevista. Los periodos de silencio se utilizaron para establecer una pausa cómoda y se consideró el silencio epistemológico como aquel que se presenta cuando se encara lo inexplicable.

En el análisis fenomenológico, se utilizó el círculo hermenéutico de Heidegger en tres etapas: 1) Pre- comprensión, instante ontico inicial, pero el fenómeno todavía permanece oculto. 2) Comprensión, incluida toda la aprehensión de un ente con sentido y 3) Interpretación, o apropiación de lo comprendido es por ende un resultado del ser y cuya etapa final inicial a la vez es la interpretación volver a pensar lo que ya se ha pensado. (Merighi, 2011).

## **RESULTADOS**

Se develó el fenómeno estudiado, ya que es el/la participante en sí mismo desde su ser, que mira, vive y siente. De modo que confluyen una serie de esencias posicionándolo en un punto de mira totalmente particular y única, escenario desde el cual narraban la experiencia vivida, y que no se desvincula de su consumo de alcohol. Se destacan tres categorías que lo conforman, con las narrativas más significativas:

**a) El ser con consumo de alcohol**

El hombre como ser en el mundo vivencia la existencia como cuidado, manifestación y comprensión, con trascendencia a las condiciones de la existencia cotidiana, develando el propio ser como apertura a las posibilidades del mundo. En este sentido, el ser con consumo de alcohol revela verse caído y con culpa dentro del contexto hospitalario. En las entrevistas compartieron, a qué edad inicio su consumo y la forma sentida al ser tratado por otras personas, exteriorizando su avance progresivo en el consumo de alcohol y su preocupación por perder el trabajo:

“me veía caído por andar de borracho, no sabia tengo este mal sin haberlo pedido” E3

“tengo una enfermedad nada agradable se puede decir que yo me la busqué, tuve que llegar por segunda vez al hospital...comencé con el alcoholismo desde los 16 años y fui señalado por la sociedad, por mi familia sintiendo el rechazo de algunos...esto se fue acrecentando de tal manera cuando menos pensé tomar tres veces a la semana hasta llegar a la embriaguez total...perdí a mi esposa y casi pierdo a toda mi familia” E6

Ese ser con consumo de alcohol, se siente señalado por su estado, piensa que es juzgado y le lástima ser etiquetado, visto por la sociedad como alguien defectuoso que no encaja en esta, que ha elegido ponerse enfermo. El estigma descubierto es una barrera significativa, para acceder a los servicios de salud en donde se perciben como seres humanos merecedores de cariño. Aspectos detallados en sus narrativas:

“siento su mirada...me juzgan, siento como ellos piensan que me escudo en las copas... no quiero que sus amigos de mi hija me etiqueten, como borracho desobligado, a mí me lastima, he estado pensando que es mejor dejarlo por la paz” E3

“la sociedad siempre nos ha visto como un ser muy defectuoso, como un ser que siempre anda en la calle que siempre anda pidiendo el peso para el alcohol, esto nos hace que seamos unas personas aisladas de todo el mundo...las puertas se han cerrado para una persona como yo que ha perdido la cordura la buena voluntad de hacer las cosas” E6

Este ser además visualiza el mundo como algo lejano, ya que él o ella percibe el aislamiento, está centrado en sí mismo y preocupado en grado superlativo en él, en su imagen y en su prestigio. El ser con consumo de alcohol manifiesta problemas para conciliar el sueño, entonces, el consumo agudo de alcohol ejerce un efecto inductor del sueño, pero en consumo continuado deteriora su calidad, así lo refiere (Cañellas, & de Lecea 2012). Como se detallan: “no me da por bañarme ni asearme, yo soy artesano no he podido hacer algo dentro de mi propia vida...uno se vuelve un ser solo aislado ya sin ninguna esperanza sin ninguna ilusión de vivir, sin voluntad como que a veces quisiera que el alcohol me quitará todas esas penas esas angustias... E6; “no podía dormir... tenía insomnio” E4

La espiritualidad se ha identificado dentro de los factores protectores que disminuyen el desarrollo de comportamientos riesgosos en las personas con consumo de alcohol. Es un conjunto de sentimientos, creencias y acciones que suponen una búsqueda de lo trascendente, sagrado, divino. Contribuye a dar un sentido y propósito en la vida, orientando la conducta, sus relaciones interpersonales y su forma de sentir y de pensar, tanto en la realidad como así mismo (Petersen, 2019). En el contexto hospitalario, el ser con consumo de alcohol recurre a su creencia religiosa como un factor de apoyo y ayuda para la situación vivida:

“le pedía a Dios que me ayudara que me echara la mano que ya me había sacado de varias crisis que yo había vivido... me encomendé a él y en ese momento cerré mis ojos y estaba diciendo una oración la que me enseñaron de niño el padre nuestro pidiendo por mi familia” E3; “gracias a Dios... no me ha dejado morir” E9

“yo no acudo diario a misa, pero me hubiera gustado que por parte de las enfermeras o las trabajadoras sociales para que algún sacerdote nos de apoyo” E5

“definitivamente beber alcohol no es nada favorable, estoy decidido buscar ayuda para dejar de beber aún no se si con la psicología, la psiquiatría o con los especialistas en el alcohol ... no es la primera vez que me accidento por tomar alcohol no ha sido grato me quedo la experiencia más que clara que no puedo volver a beber” E1

“me preocupa que recaiga voy a tratar de cuidarme porque me da miedo” E5

El ser con consumo de alcohol muestra momentos de reflexión en el contexto hospitalario. Estos espacios de introspección, le conducen a lamentar estar ahí, en esa situación; lo que incrementa un sentido de culpabilidad por la falta hacia su persona, hechos que lo llevan a prometerse que no sucederá otra vez.

#### **b) El ser perdido en el tiempo**

Una segunda subcategoría ubicada en la parte intrínseca del ser fue: El ser perdido en el tiempo, quien al verse inserto en un contexto hospitalario muestra evidencia verbal de la pérdida de la noción del tiempo y del escenario en donde se encuentra, además señala la dificultad para hablar, problemas de atención o memoria, o la presencia de algunas alucinaciones:

“cuando estoy alcoholizado pierdo la razón ya no se de mí, pierdo los sentidos, pierdo la noción del tiempo... llegan esas voces a mi mente” E6

“no recuerdo nada desde que ingrese once o doce hasta como a las ocho de la noche.... ya empezaba a medio reaccionar” E4

“no supe de mí ... te mentaría a qué hora pasaban a qué horarios, me encontraba en estado de no saber horarios...no estoy hablando bien estoy balbuceando” E7

“me llevaron al hospital...era domingo 10 o 11 de la noche no recuerdo la hora por lo mismo de que no estaba en mis cabales...sentía que me hundía...mi pensamiento ya no coordinaba con mi boca ...no sabía que estaba pasando en este momento...mi cuerpo no estaba bien mi mente no me reaccionaba como yo quería que pensara, que actuará mi mente me decía otra cosa” E9

#### **c) Reconocimiento del ser actual**

En esta subcategoría la persona con consumo de alcohol muestra en sus hablas un interés por conocer dos dimensiones de su ser actual; la primera más relacionada a la parte física (imagen corporal), y la segunda al reconocimiento del ser emocional y afectivo.

En lo físico la visión y reconocimiento de la propia imagen corporal influye en la percepción actual del ser con consumo de alcohol, que se ve permeada por el interés en desarrollar una actitud adaptativa, lo que les permite mantener un cierto equilibrio ante los acontecimientos que no se pueden cambiar.

“no me podido ver en un espejo no sé cómo estoy...vi que mi piel se me colgaba de mi brazo igual de aquí de mí pie de la pantorrilla, mi piel se me jugaba y dije mira como quedaste...la enfermera me observaba...pero cual guapo si estoy el puro pellejo” E2

Y, para la parte emocional o afectiva, se reconocen como seres que actualmente desconocen si saldrán triunfantes de ese escenario, aludiendo estar en la actualidad sin empleo, sin compartir vida social y sin familia, que necesitan ser escuchados y comprendidos al momento del cuidado:

“no sé si en algún momento yo pueda salir triunfante de ese lugar...Así sin trabajo sin vida social dentro de la sociedad casi sin familia” E6

“una enfermera me recibe y me pregunta ¿qué me pasó?, no recuerdo exactamente las palabras que me dijo la enfermera me atiende, me acoge” E9

**Figura 1:** Modelo conceptual de la parte intrínseca del ser con consumo de alcohol desde su experiencia fenomenológica, en un contexto hospitalario



Fuente: Elaboración propia

En la **figura 1**, se detalla en síntesis los resultados del estudio, la forma como el mismo ser con consumo de alcohol se mira, vive y siente, en el confluyen una serie de esencias que lo posicionan en un punto de mira totalmente particular y único, en ese escenario desde el cual él o ella narra la experiencia que vivió, y que no puede desvincular de su consumo de alcohol.

**El ser con consumo de alcohol.** Es el hombre con consumo de alcohol que esta en el mundo y manifiesta un proceso de interiorización, se ve caído y con culpa dentro del contexto hospitalario. Con deseos de conversar lo vivido, por ello comparte la edad de inicio de consumo y como se siente al ser tratado por otras personas, habla sobre su avance progresivo en el consumo de alcohol, su inquietud por perder el trabajo, preocupado por su imagen y prestigio, un ser que recurre a sus creencias religiosas como factor de apoyo y ayuda para la situación vivida, razonamientos que lo llevan a crear compromisos.

**El ser perdido en el tiempo.** Entendida como la persona que debido al consumo de alcohol manifiesta la pérdida de la noción del tiempo y del escenario en donde se encuentra, señala la dificultad para hablar, problemas de atención o memoria, y/o la presencia de algunas alucinaciones.

**Reconocimiento del ser actual.** Capacidad reconocerse en dos dimensiones de su ser actual; la parte física (imagen corporal), y la segunda su ser emocional y afectivo. En lo física, la propia imagen corporal influye en la percepción actual que se ve permeada por el interés en desarrollar una actitud adaptativa, lo que le permite mantener un cierto equilibrio ante los acontecimientos que no se pueden cambiar. En la parte emocional, se reconocen como ser que actualmente no sabe si saldrá triunfante de ese escenario, esta en la actualidad sin empleo, sin compartir vida social y sin familia, que necesitan ser escuchados y comprendidos al momento del cuidado.

## DISCUSIÓN

Una vez que la realidad externa es percibida por el ser humano, deja de ser externa, existe a través del lenguaje, se crean a sí mismos en el lenguaje y a través de él (Castro, 2014).

En este tenor, la experiencia de la persona con consumo de alcohol debe comprenderse e interpretarse, desde el “ser ahí”, desde ese “ser con consumo de alcohol”, y en el que enmarca su propia existencia, a través de su acercamiento y comprensión permitió acceder a su propia existencia, compartiendo su experiencia en el contexto hospitalario. Guerrero (2017), citando a Heidegger, menciona que “la concepción previa dirige lo que a todo sustenta sirviendo de base para una discusión y elucidación principal. Si el juicio que se hace de esa concepción previa es aquello que pretende ser, entonces ella significa la realización de la cuestión misma”.

En este estudio, se desvela de la concepción misma de ese ser consigo mismo, de ahí que la parte intrínseca del ser permita comprender la esencia del “ser con consumo de alcohol”. Esencia que a su vez le da presencia, existencia en el mundo en el cual mira, siente, piensa y se conduce. En este caminar de comprensión se logró descubrir que ese “ser ahí”, para poder apalabrarse a sí mismo expone tres elementos por los que permea la experiencia el auto-reconocimiento como un “ser con consumo de alcohol”, como un “ser perdido en el tiempo” y un “reconocimiento del ser actual”.

El auto-reconocimiento como un “ser con consumo de alcohol”, le da la posibilidad de aceptar el consumo de alcohol como una enfermedad (aunque en dos casos, los informantes hasta el momento de verse inmersos en el contexto hospitalario fueron informados de que su problema es una enfermedad), que lo conducirá o ya lo ha conducido a diversos problemas de salud, familiares, económicos y laborales. En este auto-reconocimiento todos los informantes reconocen la causa que originó su ingreso al hospital, además relatan momentos de reflexión, derivados del percibirse señalado, etiquetado, marginado, aislado por el consumo de alcohol, lo que genera en él o ella un sentimiento de culpa ante la situación que vive en ese momento, en ese escenario, en ese mundo intrahospitalario.

Sin embargo, en un sentido ambivalente, ante estos sentimientos dolorosos surge la necesidad de establecer contacto con su creencia religiosa, con ese Dios, que desde el concepto o visualización que posee el ser con consumo de alcohol, es el que le brinda apoyo o ayuda ante la situación que vive dentro del hospital.

Respecto al elemento “ser perdido en el tiempo”, aquí el ser con consumo de alcohol en algunos casos narra a qué edad inicio el consumo de alcohol y como este ha ido evolucionando conforme ha pasado el tiempo, sin embargo, desconoce en qué momento se tornó patológico el consumo. Aunada a esa descripción del paso del tiempo, el participante expone que dentro del contexto hospitalario se altera o pierde la noción del tiempo, aquí vincula las ideas de Heidegger en cuanto a la *temporalidad*, menciona que el tiempo original no es el tiempo físico-objetivo de los fenómenos naturales, ni tampoco el tiempo psíquico-subjetivo de la conciencia entendida como cualidad del alma-sustancia. La temporalidad es el ser del ser-ahí; el yo soy y el tiempo original son lo mismo, hace posible lo llamado destino individual, una historicidad propia.

La persona cualquiera que sea su situación y contexto no es un ser que se limita a ello, hay en el ser personal características que trascienden lo circunstancial efímero asumiendo la enseñanza de Leonardo Polo. Si esto no se tiene claro se encontrarán motivaciones para afrontar los problemas por difíciles que sean y poder superarlos, teniendo en cuenta esto si se sabrá lo que se tiene al alcance en relación con la persona que cuida, lo atenderé valorando su vida. Cuidando con esmero y al mismo tiempo, darle a conocer que la debe motivar para superar sus dificultades o al menos aprender a sobre llevarlos. (Reluz, et al. 2020).

Por último, de nada vale el pensamiento, la reflexión de ninguna ciencia en general, ni las ciencias de la persona en particular, si no contribuye a dignificar su ser y su condición, si no lo comprende en su dimensión sagrada que apunta hacia el sentido de la trascendencia (Polo, 2010).

## CONCLUSIONES

Los resultados develan un proceso de interiorización del ser con consumo de alcohol en el hospital, se ven caídos y con culpa, tienen deseos de conversar lo vivido, por ello comparten experiencias, sentimientos, preocupaciones, creencias religiosas y compromisos.

Sin embargo, manifiestan sentirse como un ser perdido en el tiempo, porque presentan pérdida de la noción del tiempo y del escenario en donde se encuentra. Asimismo, tienen la capacidad de reconocer su ser actual dos dimensiones; la parte física (imagen corporal), y la segunda su ser emocional y afectivo.

Los profesionales de la salud, en especial Enfermería debe poseer algunos atributos indispensables como la sensibilidad humana y el reconocimiento del ser ahí, para estar disponible a la solicitud de las personas, no sólo desde el punto de vista biológico, sino también, ofrecerle respeto por su padecimiento actual quizá desencadenado por una “enfermedad del alma” como lo llaman los expertos en el consumo de alcohol, se debe considerar como ser humano que tiene sentimientos y sensibilidad, que no eligió estar ahí, y donde las personas con consumo de alcohol expresan su ser y su humanidad.

## REFERENCIAS

- Ahumada, J G., Gámez, M E., Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2),13-24 ISSN: 1665-0441. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461/4615451000>
- Cañellas, F., de L, L. (2012). Relaciones entre el sueño y la adicción. *Adicciones*, 24(4),287-290.ISSN: 0214-4840. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289124639002>
- Carvalho, AS. (1987) Metodología da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: AGIR.
- Castro, M. (2014) Coaching tanatológico. México: Trillas.
- Duch, Ll. (2002) Antropología de la vida cotidiana. Simbolismo y salud. Madrid: Trota; 403p.
- Estrada, DA. (2012) Hacia una fenomenología de la enfermedad. *Iatreia* Vol. 25 (3): 277-286.

- Guerrero, RF., Menezes, TMO., Ojeda, MG. (2017) Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. *RevGaúcha Enferm* ; 38(2): e67458. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67458>
- Guerrero, RF. (2017) *Trascendencia del ser adulto mayor: Propuesta fenomenológica de Enfermería* [Tesis doctoral]. Universidad de Guanajuato, México: Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías.
- Heidegger, M. (2015) El ser y el tiempo. México: Fondo de Cultura Económica; 471 p.
- León, EA. (2009) El giro hermenéutico de la fenomenología en Martín Heidegger. *Polis*; 8(22). Disponible en: <http://bit.ly/1bf80q>
- Mèlich, JC. (2010) *Ética de la compasión*. 2a ed. Herder, Barcelona.
- Merighi, MA. (2011) *Investigación Fenomenológica en Enfermería*. Escuela de Enfermería USP Brasil.
- Morales, F., Cabrera M., Pérez JC., Amaro, ML. (2015). El consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Ciudad Nezahualcóyotl. *Vertientes Revesp ciencias de la salud*. ; 18(1):8-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre2015/vre151b.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2006) Informe sobre la estrategia Mundial sobre el consumo de drogas para el seguimiento y evaluación de la aplicación de la estrategia mundial. Ginebra: OMS; Serie de informes técnicos, informe de situación general de salud.
- Petersen, SM. (2019) Espiritualidad en la Tercera Edad. *Psicodebate*; 80:111-28. Disponible en: <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/420>
- Pretel, M., González, B., Machado, A., Fernández, O., Toledo Y. (2014) El alcoholismo y su repercusión: un enfoque desde la Psicología de la Salud. *Revista Finlay*; 4(4):9p. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/314>
- Polo, L. *Antropología trascendental*. (2010) La persona Humana. Tomo I. 3ª ed. Navarra: Eunsa; pág 237.
- Polo, L. *Antropología trascendental*. (2010) La esencia de la persona humana Tomo II. 2ª ed. Navarra: Eunsa; pág 266.

- Reluz, FF., Cervera MF., Taboada, LA. (2020) *Persona y formación Universitaria*. Persona y formación universitaria. Grupo Expresion SRL.
- Rivera, OA. (1984) El enfermo alcohólico: Consideraciones etiológicas terapéuticas. *Rev. Medica honduras*; 52(4). 110-118
- Solano, MC. (2006) Fenomenología-hermenéutica y enfermería. *Cultura de los Cuidados*; 62 (2):19:5. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/961/1/culturacuidados\\_19\\_01.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/961/1/culturacuidados_19_01.pdf)
- Vargas, I. (2012) La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*; 3 (1): 119-139. Disponible en: <http://investiga.uned.ac.cr/revistas/index.php/revistacalidad/article/view/436/331>



## Rituales para cuidar al neonato según la cosmovisión de comunidades Nahuas

Rituals to care for the newborn according to the worldview of Nahua communities

Antonieta de Jesús Banda Pérez<sup>1</sup>, Alicia Álvarez-Aguirre<sup>2</sup>, Rosa Jeuna Díaz Manchay<sup>3</sup>  
Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Universidad de Guanajuato, México y  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>4</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción:** Las madres indígenas tienen prácticas culturales arraigadas para cuidar al neonato, por ello es necesario que el personal las conozca para fomentar la interculturalidad en salud. **Objetivo:** comprender los rituales para cuidar al neonato según la cosmovisión de una comunidad Nahua. **Método:** Investigación cualitativa etnográfica. Participaron 14 madres oriundas de las comunidades nahuas del sur de la huasteca potosina. Muestra determinada por la técnica de saturación y redundancia y el muestreo por conveniencia. Para recolectar los datos se usó la observación participante y la entrevista etnográfica elaborados por los investigadores y validados por juicio de expertos. **Resultados:** Ritos y creencias cuando se cae el cordón umbilical del neonato; costumbres para sanar del pujo al neonato; ritual de “buenas vibras” para limpiar y proteger del mal al neonato y su madre. **Conclusiones:** En la cultura Nahua cuando se cae el muñón umbilical de recién nacido lo entierran debajo de una planta de plátano. Para lo “pujos”, una gestante hace una cruz con su propia saliva en la frente del bebé. Después de 7 días del nacimiento entierran un corazón de pollo en su casa como ofrenda para proteger al neonato, la partera hace la “limpia” a la familia y comen un “patlache” (tamal especial), rituales transmitidos por abuelas y parteras.

*Palabras clave:* Rituales; neonato; comunidades indígenas; investigación etnográfica.

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a: Doctora, Profesor Academia Materno Infantil, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición, [antonieta.banda@uaslp.mx](mailto:antonieta.banda@uaslp.mx)

<sup>2</sup> Profesora, Departamento de Enfermería Clínica, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya Salvatierra, Universidad de Guanajuato, [alicia.alvarez@ugto.mx](mailto:alicia.alvarez@ugto.mx)

<sup>3</sup> Doctora, Profesor Investigador, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, [rdiaz@usat.edu.pe](mailto:rdiaz@usat.edu.pe)

<sup>4</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

**Introduction:** Indigenous mothers have deep-rooted cultural practices to care for the newborn, therefore it is necessary for the staff to know them to promote interculturality in health. **Objective:** understand the rituals to care for the newborn according to the worldview of a Nahua community. **Method:** Qualitative ethnographic research. Fourteen mothers from the Nahua communities of the south of the Huasteca Potosina participated. Sample determined by the saturation and redundancy technique and convenience sampling. To collect the data, participant observation and the ethnographic interview prepared by the researchers and validated by expert judgment were used. **Results:** Rites and beliefs when the newborn's umbilical cord falls; customs to heal the newborn from pushing; "good vibes" ritual to cleanse and protect the newborn and her mother from evil. **Conclusions:** In the Nahua culture, when the newborn umbilical stump falls, they bury it under a banana plant. For the "push", a pregnant woman makes a cross with her own saliva on the baby's forehead. After 7 days of the birth, they bury a chicken heart in their home as an offering to protect the newborn, the midwife does the "cleaning" for the family and they eat a "patlache" (special tamale), rituals transmitted by grandmothers and midwives.

*Keywords:* Rituals; newborn; indigenous communities; ethnographic research.

La comprensión del personal de salud sobre las creencias y cuidados generales de las mujeres a los neonatos les permite apreciar sus valores como parte de su herencia cultural, sobre todo, en las comunidades indígenas donde prevalecen sus ritos, mitos y costumbres. Aspectos que deben ser considerados al brindar una atención integral al recién nacido, familias y comunidades en las instituciones médicas y áreas de enfermería.

Para, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH] (2015) los pueblos indígenas tienen sus propios usos y costumbres, y tienen una forma específica de entender, según su visión de la vida, el cómo se visten, comen, celebran sus festividades, conviven y nombran su propia autoridad. En México hay 68 grupos étnicos y la Ciudad de México es por mucho en donde el grupo étnico es más concentrado, ya que en la capital del país viven 8 millones 918 mil 653 personas, de las cuales cerca de 17 mil son indígenas que hablan su propio idioma y no comprenden el español (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEG], 2020). Asimismo, en México, 7 382 785 personas mayores de 3 años hablan su lengua materna y los más conocidos son: náhuatl, Maya y Tselta. En San Luis Potosí (2016) hay 257 mil 482 habitantes de habla indígena mayores de 3 años.

En el estado de San Luis Potosí, según el diagnóstico sectorial sector salud (2018), la principal causa de mortalidad del grupo de 0 a 9 años, esta relacionado con enfermedades del periodo perinatal con 3.743 casos, las malformaciones congénitas con 2,943 casos y por último la influenza y neumonía con 890 casos. Según, el Consejo Estatal de Población (2016), el panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad por causas sujetas a vigilancia epidemiológica en México 2,4 millones de defunciones de los recién nacidos, fueron causadas por complicaciones del parto prematuro, asfixia o traumatismos durante el parto, neumonía, anomalías congénitas, diarrea y paludismo. Todas ellas prevenibles o tratables mediante intervenciones sencillas, como la inmunización, la nutrición adecuada, agua potable, alimentos inocuos y la atención de calidad por parte de un personal de salud capacitado.

Para la enfermería y la medicina, lo más importante es saber que la mortalidad infantil y adolescente es considerada uno de los indicadores clave de la salud de la población, y es un indicador muy utilizado para medir la efectividad del sistema médico de un país. Sin embargo, comprender las costumbres, creencias y rituales relacionados con el cuidado del neonato es el primer paso para incorporar estas intervenciones en un plan de cuidado alternativo, que tenga como objetivo eliminar paulatinamente los riesgos asociados a la madre y la familia al no querer acudir al profesional de salud por condiciones de desigualdad y marginación.

Al respecto, Buser et al. (2020), descubrió un dualismo materno en las zonas rurales de Zambia entre las responsabilidades culturales y del sistema de salud que enfrentan las madres que cuidan a los recién nacidos mientras se esfuerzan por equilibrar las responsabilidades asociadas con los rituales tradicionales de cuidado protector del recién nacido y las prácticas esenciales de su cuidado. En el estudio de Zurita, Murillo & Defax (2017), concluyeron que, desde la perspectiva de respetar los conocimientos de los antepasados, es importante guardar y promover conocimientos, creencias y mitos en el cuidado de las madres y los recién nacidos. Estos hábitos culturales ancestrales deben ser preservados para mantener las identidades transculturales y diversas del pueblo ecuatoriano, y estas identidades sin duda correrán a lo largo de toda la historia.

Campos et al. (2015) concluye que para curar/sanar las distintas enfermedades del neonato, la familia según su cosmovisión como protección cósmica ante el mal de ojo, aire y susto, utilizan el cuy, azufre, periódico con timolina; por ello será necesario que la enfermera alcance la competencia cultural ante la diversidad. Así, la cultura guambiana considera que la enfermedad se origina en una pérdida de la armonía, conexión y relación de la persona con la naturaleza, con el espíritu y con su cuerpo, generalmente producida por el desequilibrio en la relación fisiológica caliente/frío. Esto explica el porqué de, cuando los niños presentan problemas de salud, las madres de los menores adoptan medidas para restablecer el equilibrio térmico dentro del cuerpo y del ambiente (Cepeda, Flórez & Vásquez, 2018).

Son abundantes las plantas tradicionales y rituales utilizadas para aliviar el dolor y eliminar los daños causados por factores externos en estas comunidades. El acudir con la partera o curandera es algo aun normalizado en esta cosmovisión. Dejando de lado estos, son principalmente las diferentes formas de ver la salud en las áreas rurales, las que están relacionadas con sus creencias, tradiciones y cosmovisiones normativas relacionadas con la atención de la salud o el tratamiento de enfermedades. A partir de estos antecedentes, es importante analizar cómo hacer que la atención del cuidado del neonato esté llena de matices culturales, que hacen que la atención al cuidado de la salud en estas comunidades sea única y trascendente para la mujer y su familia.

Sin embargo, se puede observar que existen vacíos en la literatura, especialmente en los cuidados en el recién nacido en las comunidades nahuas de la huasteca potosina, es por ello que se hace necesario el poder seguir implementando e indagando sobre investigaciones en la transculturalización de esta población. Al respecto, Cepeda, Flórez & Vásquez (2018), afirma que explorar las prácticas y el conocimiento de una comunidad desde la perspectiva de la salud y la enfermedad sirve para brindar una atención culturalmente coherente, obtener buenos y efectivos resultados en el restablecimiento y cuidado de la salud.

Por ello, se pretende con este estudio brindar a los profesionales de la salud información derivada de la comprensión de la cultura nahua en cuanto a los cuidados y rituales en torno al neonato, aspectos que no deben ser ignoradas o rechazadas, sino que deben de entenderse y evaluarse para determinar cuales se pueden implementar, cuales se negocian y cuales se transforman para brindar cuidados de enfermería compatibles con la cultura. Lo anterior se basa en la teoría de “Cultura de los Cuidados”: teoría de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger (1995), que presupone la profesión de enfermería como un fenómeno transcultural.

Estudio de tipo cualitativo con abordaje etnográfico, cuyo **objetivo** fue comprender y conocer los rituales para el neonato según la cosmovisión de una comunidad Nahua.

## MÉTODO

### Participantes

Las participantes fueron 14 madres, tuvieron entre 18 a 37 años de edad, la mayoría se dedica al hogar tienen entre uno a cinco hijos. Con respecto a la escolaridad la carrera trunca fue el nivel máximo de estudios encontrado. Las catorce mujeres son bilingües, es decir, hablan tanto lengua indígena náhuatl como el idioma español, esto facilitó las entrevistas e hizo innecesario el apoyo de traductores.

Todas las mujeres cuentan con el Instituto de Salud para el Bienestar [INSABI]. Más de la mitad viven en unión libre y la otra parte son casadas, sin embargo, todas y cada una cumplían con las mismas funciones la mayoría solo tenía la primaria solo se dedicaban a las labores domésticas y en varias ocasiones me tocó parar la entrevista por que la pareja llegaba y tenían de inmediato atenderlos dándoles comida y pues tenía que retirarme de los hogares. Muestra determinada por la técnica de saturación y redundancia y el muestreo por conveniencia.

### **Instrumentos y materiales**

Para recolectar los datos se usó la observación participante y la entrevista etnográfica elaborados por los investigadores y validados por juicio de expertos, la entrevista etnográfica, en donde Spradley (1979) alude que es un recurso que ayuda para las personas hablen sobre lo que saben, y así poder conocer de viva voz los cuidados culturales que realizan las madres indígenas en el cuidado de su neonato. Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos, para poder caracterizar a las participantes del estudio. Además, se realizó una guía de entrevista etnográfica, en donde se colocaron algunas preguntas que guiaron el tema de interés del estudio.

### **Procedimiento**

Las entrevistas se ejecutaron en los hogares de las mujeres, cuya duración fue de 45 minutos a 3 horas, y fueron audio grabadas, previo consentimiento informado y la definición de los días y la hora de la visita. Otra técnica utilizada para recolectar los datos fue la observación participante, ayudo a triangular la información, cuya inmersión en el campo se hizo de manera paulatina iniciando como observadora así la información que surgió de la observación, fue descrita en las guías de observación. Donde se describió de forma detallada todos los aspectos observados alrededor del entorno de las informantes. En la parte introductoria de la guía de observación, se realizó una descripción del espacio físico y los objetos que son parte de su cultura, así mismo se describirá las relaciones con la familia, patrones socioculturales, creencias, religión y espiritualidad. Por último, se realizó la conclusión en relación a los hechos que resaltaron en esta experiencia vivida: como lo son sentimientos, intuiciones, dudas, sufrimientos, goces, temores, entre otros.

Para el procesamiento de datos se utilizó análisis temático: a) Análisis del dominio, b) Análisis taxonómico, c) Análisis componencial y d) Análisis de temas. Los sujetos de estudio no fueron expuestos a experimentación, ni sufrieron ningún daño físico, ni emocional, pero se cono con la participación de apoyo psicológico en caso de que alguna participante así lo requiriera, se protegió su identidad con códigos (Nombres en náhuatl) y su participación fue previa firma del consentimiento informado, además de contar con la aprobación de un comité de ética.

## RESULTADOS

De las narrativas de las madres nativas y de la observación participante, se han construido los siguientes temas culturales en relación a los rituales basados en su cosmovisión para cuidar al neonato:

### **Ritos y creencias cuando se cae el cordón umbilical del neonato**

Lo que más refirieron las mujeres es el cuidado en cuanto al muñón umbilical del recién nacido, ya que estos esperan a que se seque y caiga por si solo para después poder enterrarlo en una planta de plátano ya que es la fruta que más hay en esta región, su significado de esto es que el recién nacido no se vaya lejos de casa y crezca sano, se comenta en las siguientes narrativas:

*“El ombligo del bebé se cae al tercer o cuarto día, se guarda unos días para que seque, luego hacemos un hoyo y plantamos una mata de plátano y ahí se entierra el ombligo del bebé, para que, si se va algún día por trabajo, regrese a su lugar de nacimiento”* (Nelli)

*“Hacemos una fiesta, se hacen tamales, y se entierra el cordón del bebé en una planta de fruta, es como sembrarlo ahí, para que no se aleje mucho de la casa”* (Jatzibe)

*“El ombligo lo entierran y siembran una mata de algún fruto, ahí la ve uno que está creciendo la planta y es una forma de decir que el niño está creciendo sano”* (Ketzaly)

Y se ve reflejado que las costumbres son transmitidas de manera generacional de madre a hija e inclusive de la suegra, en cuanto a las costumbres del muñón umbilical:

*“mi mamá me enseñó que se entierra en una mata de plátano, de mi niña ahí está enterrado (y señala la planta de plátano) son costumbres que nos han dejado, ya que esto asegura de que el niño o la niña no se vayan lejos de casa”* (Xitlalic)

*“mi suegra, me dijo que debo enterrar el ombligo en un plátano (risa) porque da bonitos frutos y asegura que mi bebé crecerá sano y no se irá pronto de la casa”* (Zyanya)

Otro de los significados de enterrar al muñón umbilical del recién nacido es para que no sea muy antojado y no coma mucho, según la siguiente narrativa:

*“El ombligo se entierra debajo de una planta de plátano para que cuando crezca el bebé se coma la fruta que da la planta, según las creencias es para que el bebé no sea muy comelón o quiera estar comiendo de todo, para que se controle de las cosas que ve” (Izel)*

### **Costumbres para sanar del pujo al neonato**

En la siguiente narrativa se muestra como curan al recién nacido que están con pujos, ese diagnóstico popular se hace porque el bebé está inquieto y llorando, y ese daño de manera indirecta lo hizo una mujer embarazada, y el tratamiento consiste en todo un ritual con varios pasos que se detalla a continuación:

*“Cuando al bebé le hace daño una mujer embarazada nos damos cuenta que está pujando, como si tuviera cólicos, entonces hay que buscar una mujer embarazada aunque no sea la que le hizo daño que nos quiera hacer el favor de amarrarle un hilito con el ojo de venado, y ponerle una crucecita en la frente con su saliva, si siguiera pujando, se buscan las ramitas del peso, unas hojitas redondas que se llaman peso, se baten las hojitas en un vasito con agua, tienen que quedar espeso y eso se le embarra acá en las pompis del bebé y una gotita en la boquita y con eso deja de pujar” (Yoliztli).*

*En un hogar, la madre que participaba del estudio tenía una hermana más joven que estaba embarazada y se observó que el bebé no dejaba de llorar, la madre dijo que estaba “muy llorón” y le dijo a su hermana que le coloque saliva en la frente en forma de cruz para que deje llorar, ya que piensan que las embarazadas le hacen daño al recién nacido, pero también los pueden curar (Diario de campo).*

Las madres manifiestan que las embarazadas enferman de pujos al neonato, pero también ellas lo sanan amarrando un hilo con el ojo de venado y haciendo una cruz en la frente con su saliva al bebé. A pesar de ello, si el niño sigue con pujos, hacen un preparado con las hojas de una planta llamada peso, y lo baten en un vaso con agua, queda pastoso y lo rosean en las nalgas del niño y le dan una gota en la boca.

### **Ritual de “buenas vibras” para limpiar y proteger del mal al neonato y su madre**

A continuación, se muestra las narrativas de un ritual llamado “tlaochpanilistli” que hacen en esta región para poder darle al neonato y a su madre buenas vibras y que se protejan de todo mal que alguien pudiera desearles, este ritual se requiere tener un “patlache”, tamal elaborado con masa de maíz quebrado, mezclada con manteca de cerdo y chile, relleno con carne (pollo), especiado, envuelto en hojas de plátano y cocido en horno de leña, lo hace la partera o el partero de la comunidad y va a la casa de la puérpera a los siete días a realizarlos. Entierran un corazón de pollo adentro del hogar para proteger al bebé. Para la limpia utilizan copal, aguardiente, vela y jabón, y se bañan todos los que agarran al bebé porque ellos están calientes y pueden enfermar al niño. Tal como se describe a continuación:

*“Cuando nació mi niño vino la partera a limpiarme a los 7 días y me pidió que consiguiera copal, aguardiente, una vela y un patlache y jabón de zote para limpiar al niño y hierbas, cuando llega la partera, el niño lo cargo yo y ella empieza hacer su limpia, el agua con la que nos bañamos tiene copal, aguardiente y hierbas y se deja en el sereno y eso nadie lo puede tocar hasta que llega la partera y lo prepara y empieza a pedirle a los abuelitos para que suelten al niño, y con esa dice que bañe al niño, me bañe yo y a mis hijos, porque todos los que agarraron al niño están calientes” (Ameyali).*

*“Como agradecimiento a la partera cuando nace el bebé tiene uno que visitarla y llevarle un jabón de esos de pan (zote), una vela y un frasco de aguardiente porque con eso nos limpia tanto a mi como al bebé, se lleva el aguardiente a la boca y luego nos sopla, eso es una limpia que hacen para que el cuerpo de la señora no este caliente y es después de tener al bebé” (Ameyatzin).*

*Platicando con un partero de la comunidad que ya tiene 25 años de experiencia me comento lo siguiente me dice que, a los 7 días, hacen un patlache de pollo, se hace una limpia con el bebé y ese patlache se pone de ofrenda, se pone de un pollo entero, es una ofrenda para hacer un ritual, terminada la ofrenda, pues ya lo come la gente... primero se hace una limpia, se tiene lista el agua, se prepara aguardiente y copal y con eso se baña a la señora y el bebé. El corazón del pollo se entierra adentro de su casa, ahí enfrente, para que lo proteja del lugar y ya lo proteja al bebé, para que no le pase nada ni le hagan daño. (Diario de campo).*

Por otro lado, en la comunidad pasa un río muy grande y bello donde a la población le gusta ir a refrescarse y pasar buenos ratos con la familia, pero también las costumbres de la región es que el río tiene poderes y espíritus buenos y malos. A continuación, se detalla:

*Platicando con una partera de la comunidad, refieren que según las costumbres antes se llevaba al recién nacido al río a bañar ya que ahí los espíritus del río lo reconocían, pero hay que tener cuidado porque esos espíritus pueden ser buenos o malos, y si van enfermos y débiles al río, los espíritus malos se adentran en el cuerpo y hasta puede morir. (Diario de campo)*

Algunas madres, comentan la importancia de la presentación a sus templos de sus recién nacidos ya que es parte importante de la fe de la comunidad y se manifiesta en la siguiente narrativa:

*“Pues nosotros vamos a presentar en este mes al templo como agradecimiento, pero es de ahí del templo” (Yaocihuatl)*

## DISCUSIÓN

En este estudio las madres nahuas tienen la costumbre de enterrar el cordón umbilical cuando cae recién nacido en una planta de fruta en especial de plátano junto, es todo un ritual con fiesta incluida. Tienen la creencia que conforme crece la planta igual será de buena la salud del niño (a), sobre todo relacionan el entierro con permanencia en el lugar para que no vayan lejos o regresen cuando sean mayores, y que no sea antojado o comelón.

Desde su cosmovisión enterrar significa plantarse o quedarse en el lugar, unido a la ofrenda a la tierra para sea más y hacer que la tierra sea productiva. Es importante respetar esta costumbre que no perjudica la salud de los recién nacidos como trabajadores de la salud, por el contrario, muestra sus arraigadas creencias y costumbres.

Estos resultados son parecidos al estudio de Castro, et al., (2014), concluyeron que mayormente las familias guambianas entierran el cordón umbilical y la placenta en sus casas posterior a su caída, tienen como creencia que olvidan hacer este ritual los hijos se irán de casa y no regresarán. Asimismo, Machado, et.al., (2016), afirman que, en una comunidad de Nicaragua, cuando se cae el cordón umbilical, lo entierran en la entrada de la casa o al pie de árboles cercanos para evitar que los niños cuando crezcan no se vayan lejos de sus casas. Mientras otras madres guardan el cordón umbilical porque es un remedio (hierven el ombligo en agua azucarada y se lo dan de beber al niño cuando creen que se va a enfermar). Mientras, Buser et al. (2020) establecen que las abuelas, en particular, promueven la práctica de aplicar hierbas tradicionales y polvos en el cordón umbilical para que sane y se caiga más rápido para poder llevar al bebé en la espalda.

Un ritual que realizan tradicionalmente las madres nahuas, es para sanar los pujos del neonato, para ellas esto lo causa una mujer embarazada porque su cuerpo esta muy caliente, y según su cosmovisión relacionan el calor con la enfermedad. Asimismo, la gestante es la que puede sanar haciendo con su saliva una cruz en su frente del bebé. Resultados que difieren al estudio de Vega et al. (2018), pues las madres morropanas consideran que el pujo del bebé lo ocasiona una mujer que esta menstruando, causa llanto frecuente, quejidos y cólicos, la curación es un ritual que hace una mujer virgen. Según Cepeda, Flórez & Vásquez (2018), la cosmovisión de los Misak aduce que las enfermedades están relacionadas con el frío y el calor y deben tratarse con plantas medicinales. De igual forma, asocian “frío, sucio” y su principal fuente son las mujeres que están contaminadas con sangre menstrual o la sangre de parto, y pueden contaminar a otras personas, cosas y lugares. De manera similar, el alma de los muertos también tiene esta habilidad.

En el estudio las madres nahuas manifestaron que si no le pasan los pujos al bebé hacen un preparado con hojas de peso y agua, de ello le dan una gota en la boca y el resto le colocan en los glúteos del bebé. Cepeda, et al., (2018), confirmaron la importancia del manejo de la energía de los niños y la capacidad de curación de las plantas, lo que mostró que la cosmovisión de los participantes es mantener la armonía entre ellos y la naturaleza.

Para Campos et al. (2015), las enfermedades o los síndromes culturales de los recién nacidos se basan en creencias, mitos y costumbres muy arraigados, y cada enfermedad tiene ciertos signos característicos que conoce la familia de Marayhuaca. Para la recuperación utilizan plantas típicas de la región, huevos, cuyes, azufre, etc. De este modo, se confirma que en diferentes comunidades indígenas tratan las enfermedades desde sus creencias y costumbres, utilizando sus propios recursos que según generaciones les ayuda a sobrevivir, siendo lo más común usar las plantas medicinales de su zona.

Realizan un ritual a los siete días del nacimiento que lo hace la partera o el partero para protección y buenas vibras, eso significa evitar enfermedades, contrarrestar las energías negativas o los malos deseos no afecten al bebé y pueda crecer sano. Consiste en la familia prepara un “patlache”, es un tamal hecho con maíz, manteca y chile, relleno con pollo, lo envuelven en hojas de plátano y lo cocinan en horno de leña. Mientras, Machado, et.al., (2016) especifica que, dentro de los 8 días posteriores al parto, la partera le indica al padre que mate un gallo si el bebé es un niño, y un polluelo si es una niña, ninguno de los cuales pesa más de un kilogramo, hacen esto para evitar hemorragia y complicaciones.

En este estudio, entierran un corazón de pollo en la casa como ofrenda a la tierra para que los espíritus no asusten al bebé. Finalmente, toda la familia se baña con un preparado de copal y aguardiente para que se refresquen y no enfermen al bebé porque sus cuerpos pueden estar calientes. Y todos comen el “patlache”. Por otro lado, acostumbran bañarse en un río muy grande, pero creen es que el río tiene poderes y espíritus buenos y malos.

Para Amaro (2017), la cosmovisión de los Awajún, indican que los recién nacidos deben ser bañados con agua y plantas medicinales como el pipiriri para protegerlos de diversos peligros como el cutipado, es decir, no se asuste, y los espíritus no le hagan daño, porque esto puede conducir a la muerte. Pero, et.al., (2014) ostentan que los Awajún bañan al bebé en las quebradas, para ello mantienen el agua dentro de la boca de la mamá y luego lo mojan desde la cabeza hacia los pies. Consideran que este ritual, es un acto de purificación muestra un vínculo afectivo, cósmico y cultural.

Estos rituales lo transmiten a través de las generaciones las abuelas sea la madre o la suegra de las puérperas, así como las parteras. Al respecto, Campos et al. (2015), asevera que las madres de su estudio juegan un papel fundamental en el cuidado de sus hijos menores de edad, es a través de la herencia y el entorno cultural que sus arraigados hábitos para cuidar/curar las enfermedades populares del recién nacido, y lo practican por fe, enfatizando y preservando sus tradiciones a través de las mujeres (madres, abuelas, suegras, o mujeres de la comunidad) quienes transmiten la utilización de plantas medicinales.

Sin embargo, Aubel (2021), revela claramente que, si bien el conocimiento de las abuelas es a menudo inadecuado, ejercen una influencia significativa sobre las madres más jóvenes y otros miembros de la familia, basada en la fe y el respeto por su experiencia. La autoridad y el poder de las abuelas se demuestran por el hecho de que las hijas y nueras respetuosas a menudo dudan cuando difieren de los consejos de los trabajadores de la salud. Las investigaciones de los tres continentes revelan que las abuelas desempeñan roles centrales similares en el cuidado del recién nacido, mientras que sus prácticas culturalmente específicas varían.

Castro, et al., (2014), hace reflexionar al mencionar que obviamente, muchas prácticas culturales no favorecen la salud de los recién nacidos, pero muchas otras prácticas culturales son seguras o beneficiosas. Las personas que están directamente o a cargo de la atención en salud tienen la responsabilidad de respetar y proteger estas culturas, pues la falta de respeto a su cultura no solo atenta contra la dignidad de quienes no están de acuerdo con nuestras opiniones, sino que también los alejan de los servicios, lo que agrava la brecha cultural. El saber cultural no debe estratificarse, porque esto limita el diálogo intercultural. Parafraseando a Leininger (1991) comprender las prácticas que tienen las madres para cuidar a sus bebés, ayuda a profundizar la comprensión de la diversidad cultural inmersa en este tipo particular de cuidado.

Desde una perspectiva cultural, el cuidado del recién nacido plantea un desafío, con diferentes significados en el concepto de la tarea de mantener, proteger y fortalecer la vida de los niños. Comprender el cuidado cultural nos permite identificar y expresar prácticas y creencias que generalmente se consideran tradiciones retrógradas en lugar de avances tecnológicos y científicos al establecer un puente de comunicación entre los cuidados que disfrutaban las mujeres nahuas.

## CONCLUSIONES

Se concluye que las madres nahuas son guiadas por las abuelas y las parteras para realizar los ritos en torno a cuidado del recién nacido, entre lo que figuran enterrar el cordón umbilical debajo de una planta de plátano para que no sea “comelón” y no se vaya de la comunidad nativa. También consideran que la mujer embarazada hace pujar al bebé y ella misma lo cura haciendo una cruz con su saliva en la frente del neonato. A su vez también realizan el ritual de enterrar a los siete días un corazón de pollo en su casa como ofrenda para proteger al niño. La partera usa copal y aguardiente para hacer la “limpia” a la familia. Asimismo, preparan un “patlache”, es un tamal especial que se hace en las comunidades nahuas, y al culminar este ritual lo comen.

Las familias nahuas están inmersas en su propia cultura, lo que les permite mantener ciertas costumbres del cuidado de los recién nacidos, transmitidas de generación en generación, en su propio entorno natural (hogar familiar), donde brindan atención de prevención, recuperación y rehabilitación, concretamente basada en la tradición cultural de sus ancestros.

Lo anterior requiere que los profesionales de la salud indaguen sobre los conocimientos culturales de cada área donde viven para transculturalizar la cultura de cada familia y brindar una atención integral. Se puede decir que deben tener la capacidad cultural para brindar servicios de enfermería acordes con las necesidades de estas mujeres y sus neonatos.

Es muy importante adquirir conocimientos a través de la investigación, llevar los resultados de la investigación a la práctica de la enfermería y avanzar hacia la enfermería transcultural, y poder como profesionales del cuidado de la Salud establecer contacto directo con el organismo correspondiente de la Secretaría de Salud del Estado para formular estrategias en determinadas guías de práctica clínica y promover las prácticas culturales en el cuidado de la persona recién nacida.

## REFERENCIAS

- Amaro W. (2017). *Cosmovisión Awajún- Wampis en la Salud y Enfermedad*.
- Aubel J. (2021). Grandmothers - a neglected family resource for saving newborn lives. *BMJ Glob Health*. 6(2): e003808. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003808>
- Banda, A., Álvarez A., & Casique, L. (2020). Cuidados en el recién nacido de acuerdo a creencias y costumbres en diferentes culturas. *ACC CIETNA*, 7(1), 109-115. <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i1.348>
- Buser, J., Moyer, C., Boyd, C., Zulu, D., Ngoma-Hazemba, A., Mtenje, J., Jones, A., & Lori, J. (2020). Cultural beliefs and health-seeking practices: Rural Zambians' views on maternal-newborn care. *Midwifery*, 85. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102686>
- Campos, M., Castillo, J., Díaz, R., Saavedra, M., & Rodríguez, L. (2015). Tradiciones para cuidar/sanar los síndromes culturales y enfermedades comunes del neonato. *Rev Paraninfo Digital*; 22. <http://www.index-f.com/para/n22/457.php>
- Castro, C., Cepeda, C., Flórez, V., & Vásquez, M. (2014). Cuidado del bebé en la cultura guambiana: una mirada desde la cosmovisión de las madres. *Avances en Enfermería*, 32(1), 114-123. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.46069>
- Cepeda, C., Flórez, V., & Vásquez, M. (2018). Saberes y prácticas del cuidado de la salud en niños indígenas: una perspectiva desde la etnia Guambiana. *Revista Investigaciones Andina*, 20(37), 177-199. <https://doi.org/10.33132/01248146.989>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2015). *El derecho a la salud de los pueblos indígenas*. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>

- Dávila, A., & Díaz, R. (2014). Saberes y prácticas culturales de la familia Awajún para satisfacer las necesidades básicas del lactante menor. *Rev Paraninfo Digital*; 20. <http://www.index-f.com/para/n20/468.php>
- Consejo Estatal de Población. (2016). *Diagnóstico de la población indígena en el estado de San Luis Potosí*. <https://slp.gob.mx/COESPO/SiteAssets/PoblacionIndigena2016.pdf>
- Diagnóstico sectorial sector salud San Luis Potosí. *Diagnóstico sectorial sector salud San Luis Potosí* 2018. (2018). <http://www.slpsalud.gob.mx/transparenciaadmon/transparencia/2019/ene/DiagnosticoSalud/DIAGNOSTICO-SALUD.pdf>
- Leininger M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: a Theory of nursing*.
- Leininger M. (1995). *Enfermería transcultural: conceptos, teorías, investigación y prácticas*.
- Machado, R., & Valerio, S. (2016). *Creencias, mitos y prácticas que tienen las mujeres sobre el embarazo, parto y puerperio en el Centro de Salud Sócrates Flores Vivas, Enero a Marzo 2016* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Managua]. <https://repositorio.unan.edu.ni/9828/>
- Secretaría de Salud. (2019). *Panorama epidemiológico y estadístico de la mortalidad por causas sujetas a vigilancia epidemiológica en México, 2017*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/498153/ANUARIO\\_MORTALIDAD\\_2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/498153/ANUARIO_MORTALIDAD_2017.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). *Estadísticas de los pueblos indígenas*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/indigenas2020.pdf>
- Spradley J. (1979). *The Ethnographic Interview*.
- Vega, A., Albújar, L., Marquina, C., Díaz, R., Nuñez, A., & Campos, Y. (2018). Prácticas culturales de las madres durante el cuidado al neonato en el hogar. *Rev Paraninfo Digital*; 28. <http://www.index-f.com/para/n28/e141.php>
- Zurita, S., Murillo, F., & Defaz, Y. (2017). Los saberes culturales en la crianza de los hijos. *Revista boletín redipe*, 6(6), 97–106. <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/246>



## Micro machismos: El poder de la sujeción enmascarado de amor romántico

Micro machismos: The power of the masked subjection of romantic love

Vanesa Jiménez Arroyo <sup>1</sup>, Yesica Yolanda Rangel Flores<sup>2</sup>,  
Mayra Itzel Huerta Baltazar <sup>3</sup>, Ma. De Jesus Ruiz Recéndiz <sup>4</sup>.  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México y  
Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>5</sup>

Recibido: 16/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción:** La presente investigación fue un estudio cualitativo. **Objetivo:** Identificar las experiencias de micromachismos que se ejerce hacia las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años. **Metodología:** La información se recuperó a partir de entrevistas semiestructuradas e historias de vida, el análisis se realizó mediante análisis crítico de discurso a 13 adolescentes primigestasa partir de 20 semanas de gestación de un estado del centro del país, se obtuvo saturación teórica de los datos. **Resultados:** Las experiencias de micromachismos son percibidas como componente social en un contexto que vulnera física y psicológica a la adolescente embarazada. **Conclusiones:** La maternidad adolescente aparece en su imaginario como una condición que posibilita e incrementa las relaciones de dominación de sus parejas sobre ellas. Por otra parte, la paternidad aparece como una experiencia deseable para los varones, dado que les significa la seguridad de que ellas permanecerán a su lado, pese a las condiciones adversas que inician a contemplarse desde el noviazgo.

---

Correspondencia remitir a: Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México. [vanesa.jimenez@umich.mx](mailto:vanesa.jimenez@umich.mx)

<sup>1</sup> Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México, [vanesa.jimenez@umich.mx](mailto:vanesa.jimenez@umich.mx)

<sup>2</sup> Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México, [yesica.rangel@uaslp.mx](mailto:yesica.rangel@uaslp.mx)

<sup>3</sup> Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México, [mayra.huerta@umich.mx](mailto:mayra.huerta@umich.mx)

<sup>4</sup> Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México, [madejesus.ruiz@umich.mx](mailto:madejesus.ruiz@umich.mx)

<sup>5</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

Es necesario continuar indagando las diversas formas de micromachismos ejercidas a las adolescentes desde los constructos de los varones.

*Palabras clave:* Michomachismos, experiencias, adolescentes, embarazo

## Abstract

**Introduction:** The present investigation was a qualitative study. **Objective:** To identify the experiences of micromachisms that are exercised towards pregnant adolescents between 15 and 19 years of age. **Methodology:** The information was recovered from semi-structured interviews and life stories, the analysis was carried out through critical discourse analysis to 13 primigravida adolescents from 20 weeks of gestation in a state in the center of the country, theoretical saturation of the data was obtained. **Results:** The experiences of micromachisms are perceived as a social component in a context that physically and psychologically violates the pregnant adolescent. **Conclusions:** Adolescent motherhood appears in her imagination as a condition that enables and increases the domination relationships of her partners over them. On the other hand, fatherhood appears as a desirable experience for men, since it means the security that they will remain by their side, despite the adverse conditions that begin to be contemplated from the courtship. It is necessary to continue investigating the various forms of micromachisms exercised on adolescents from the constructs of men.

Key words: Michomachismos, experiences, adolescents, pregnancy

El micromachismo representa las prácticas de dominación y violencia que se ejerce hacia la mujer desde la estructura micro sistémica hasta la evidencia declarada (Mayor BV, 2013).

De acuerdo a Bonino L: “Los micro machismos son actitudes de dominación “suave” o de “bajísima intensidad”, formas y modos larvados y negados de abuso e imposición en la vida cotidiana. Son específicamente, hábiles artes de dominio, comportamientos sutiles o indisiosos, reiterativos y casi invisibles que los varones ejecutan permanentemente. Son de tipo 2micro” – tomado de un término de Michael Foucoult – del orden de lo capilar, lo casi imperceptible hasta el límite de la evidencia” (Bonino, 2004).

Esta micro – violencia puede llevarse a cabo en tres grupos: micro machismos coercitivo, encubiertos o de crisis; sin distinción estos implican el ejercicio de violencia en sus diversas modalidades hacia la mujer y sobre la propia relación de pareja y de esta forma se lleva a cabo el ejercicio de dominación y poder del varón.

**a) Micromachismos coercitivos:** La característica principal que define a este tipo de micromachismo, es que, en él, los hombres utilizan su fuerza, ya sea física, psíquica, económica, para intimidar a la mujer, limitando su libertad, su tiempo, espacio, toma de decisiones, etc. Hacen sentir a la pareja sin fuerza, lo que les acaba produciendo una situación inhibición, desconfianza en sí misma y disminución de la autoestima, lo que genera mayor jerarquía de poder. Algunas de las conductas que aquí se observan son: intimidación, control del dinero, no colaborar en las actividades domésticas, uso expansivo-abusivo del espacio físico y del tiempo, imposición de intimidad aso como toma de decisiones sin consultar a la mujer.

**b) Micromachismos encubiertos:** Se define por la ocultación del objetivo de dominio y forzamiento del varón hacia su mujer, provocando disolver la simetría relacional y la autonomía femenina. No se utiliza la fuerza, sino el afecto, para disminuir el pensamiento y la acción eficaz de la mujer, llevándola por la dirección elegida por el varón. Aprovechan su confianza y la dota de sentimientos de impotencia, confusión, culpa, dudas, el hombre explota la capacidad de las mujeres de cuidado hacia otras personas, que viene desarrollada por la socialización de la cultura patriarcal. También recibe el nombre de "vampirismo", porque implica la extracción de energía vital que el varón aprovecha para sí.

Algunas acciones son alejamiento de familiares y/o amistades de la pareja, estas acciones están relacionadas con: los silencios, aislamiento y puesta de límites, avaricia, inclusión invasiva de terceros. Tambien suele presentarse la seudointimidad en donde el hombre manipula todo el diálogo que tiene con su pareja, haciéndole pensar que el tiene todo el control y sinceridad de la conversación caracterizada por ser una comunicación defensiva-ofensiva, de engaños y mentiras.

Existe también la desautorización, el hombre considera que tiene toda razón y que por lo tanto tiene el derecho a juzgar las actitudes de la mujer, haciéndolo con menosprecio, inferioridad y desvalorizaciones, descalificación, no reconocimiento de lo positivo, terrorismo misógino (descalificadores repentinos, de tipo "bomba", realizados generalmente en el ámbito público), existe también el paternalismo representado por posesividad y autoritarismo del varón ante la mujer, existe manipulación emocional utilizando el afecto de forma negativa para lograr el control de la relación.

Por último, se caracteriza por la autoindulgencia y autojustificación del hombre para no realizar las tareas que deben ser de ambos miembros de la pareja.

**c) Micromachismos de crisis:** Se presentan cuando el hombre aprovecha situaciones de desequilibrio en la relación o en la propia mujer, para agudizar su poder personal ejerciendo un hipercontrol aumentando el control de las actividades y tiempos en la relación, con miedo a que la mujer lleve el mando en ella, existe un pseudoapoyo a la mujer, resistencia pasiva y distanciamiento, rehuye la crítica y la negociación, promesas y méritos, victimiza los cambios de humor de su mujer, culpabilizándola de ellos, vive todos los cambios de la pareja como sacrificios por su parte, buscando la enhorabuena de la mujer. Manipulación del tiempo dilatando alguna situación y esta es una clara maniobra de poder, ya que obliga a la mujer a someterse a los tiempos y deseos del varón también suele aparecer el dar lástima para lograr conseguir lo que se propone de la mujer aprovechándose de enfermedades, amenazas de suicidio, épocas de crisis, entre otros (Mayor, 2013).

El concepto de micromachismo ha sido incluido y considerado desde un punto de vista teórico en la literatura sobre violencia, el análisis empírico de estas formas de violencia más sutil y encubiertas y de las actitudes hacia ellas no había sido abordado hasta la fecha en este entorno.

La violencia contra la mujer especialmente la ejercida por su pareja indistintamente de la modalidad constituye un grave problema de Salud pública y de violación a los derechos humanos de las mujeres esta condición afecta no solo la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres sino trae consigo otros problemas de índole social como son los embarazos a temprana edad, deserción escolar, reiterados círculos de pobreza, adicciones e incluso incursión en conductas de alto riesgo como son la prostitución y el ingreso a organizaciones delictivas por mencionar algunos.

Las estimaciones mundiales publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que alrededor de cada tres (35%) de las mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida y la mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja (OPS/OMS, 2018).

La masculinidad hegemónica es producto de procesos socio históricos y de organización social de las relaciones de género en todas las épocas, a partir de una cultura androcéntrica (Bard, 2016).

Históricamente, la diferencia sexual ha significado desigualdad en perjuicio de las mujeres por la manera en que los hombres, desde mucho tiempo atrás, “tomaron el poder y se erigieron en el modelo de lo humano” (Facio, 1999). Así, mientras los hombres eran los cazadores, los líderes, los que proveían el alimento para la subsistencia, las mujeres eran las encargadas del hogar y el cuidado de las crías.

La implicancia de una historia indudablemente protagonizada y centrada en el hombre es que, al día de hoy, según Facio, 1999), “en la mayoría abrumadora de las culturas conocidas, las mujeres somos consideradas de alguna manera o en algún grado, inferiores a los hombres”. Incluso teniendo en cuenta las diferencias con que las sociedades reproducen esos términos históricos desiguales, existen rasgos comunes entre todas estas que las caracterizan.

Como cita Facio A, la autora Janet Saltzman identifica algunos de esos rasgos: 1) una ideología con un lenguaje propio que devalúa a las mujeres dándoles a ellas, a sus roles, sus labores, sus productos y su entorno social, menos prestigio y/o poder que el que se le da a los de los hombres; 2) símbolos y mitos que — no siempre explícitamente— contienen en sí significados negativos atribuidos a las mujeres y sus actividades; 3) estructuras que excluyen a las mujeres de la participación en, o el contacto con los espacios de los más altos poderes, tanto en lo económico y lo político como en lo cultural. Todas esas características son las que, en similares o diferentes palabras, conforman, según distintos autores, lo que se llama sociedad patriarcal.

La sociedad patriarcal, según Facio A, es un sistema histórico, es decir, no natural, y que se fundamenta en el dominio del hombre en perjuicio de las mujeres y está institucionalizado y promovido incluso a través del Estado. La autora marca que las sociedades patriarcales generan el clima propicio para que la violencia de género surja y se perpetúe, porque la violencia es parte fundamental para el mantenimiento de ese orden no natural.

En una cultura patriarcal, en la cual existe una distribución desigual del poder entre los géneros y en la que los varones tienen preeminencia, los hechos violentos — macros y micros— se concretan para mantener esa desigualdad y sostener las posiciones de privilegio que ocupan los hombres.

En este tipo de estructura social la normalización de la violencia contra la mujer es cotidiana, y parte de la asunción a priori de que las mujeres deben ocupar tal o cual rol, y deben actuar de un modo determinado o esperado por la mayoría (Comello, 2018), la considera que: La violencia de género es la violencia misógina contra las mujeres, por ser mujeres ubicadas en relaciones de desigualdad de género: opresión, exclusión, subordinación, discriminación explotación y marginación. Las mujeres son víctimas de amenazas, agresiones, maltrato, lesiones y daños misóginos.

La misoginia es la fobia hacia las mujeres que se cristaliza a través de la desacreditación, la negación de lo femenino, la desvalorización de las mujeres. Resulta funcional al machismo y a la jerarquización social y actúa con la certeza de que las mujeres son inferiores.

Hombres y mujeres pueden ser misóginos. La violencia de género, que desde esta perspectiva sería entonces la violencia ejercida hacia las mujeres para la reproducción y mantenimiento de las condiciones desiguales entre hombres y mujeres, no se agota en la agresión física. Como sostienen Galarza Fernández incluye también las violencias simbólicas y materiales (Galarza, 2016).

La violencia simbólica contra las mujeres constituye entonces en esta definición un tipo de violencia de género. En este sentido, las autoras remarcan que la actuación de los medios de comunicación está muchas veces orientada a emitir persistentemente mensajes plagados de este tipo de violencia. Los mensajes de muchos medios de comunicación, según su estudio, sexualizan a las mujeres, devalúan lo femenino y se vinculan directamente a estructuras de desigualdad, discriminación y opresión.

De este modo, los medios de comunicación reproducen estereotipos femeninos que se adaptan a la norma —la mujer madre, la buena esposa, la culpabilización de las víctimas de violencia, los cuerpos femeninos esbeltos, etcétera—.

Como dice Carmen Morillo es una imagen estereotipada porque los puntos de vista y opiniones de hombres y mujeres se concentran en asuntos y roles que tradicionalmente se les han asignado, y en los que incide también la publicidad, la educación, la sanidad, los temas sociales y, sobre todo la violencia de género (Morillo, 2010).

Según esta línea de pensamiento, las sociedades patriarcales en última instancia reproducen los términos desiguales desde el propio Estado. En ese sentido, Facio A. destaca que la ONU, aceptando y validando la perspectiva feminista como categoría descriptiva de la situación de discriminación que viven las mujeres, exige a los Estados la integración de esa perspectiva en todas las políticas y legislaciones, y: Define la incorporación de la perspectiva de género como una estrategia para hacer que los intereses y experiencias tanto de mujeres como de hombres sean una dimensión integral del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas en todas las esferas del quehacer humano, con el objetivo de que todas las personas se beneficien igualmente y para que la desigualdad de lo femenino con respecto a lo masculino no sea perpetuada (Comello, 2018).

En todo el mundo casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. Por otro lado, un 38% de los asesinatos de las mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.

El informe de Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en salud en su primer estudio sistémico reporta entre las principales conclusiones:

- **Muerte y lesiones** – El estudio encontró que, a nivel mundial, el 38% de todas las mujeres asesinadas fueron asesinadas por sus parejas, y el 42% de las mujeres que han experimentado violencia física o sexual a manos de su pareja resultaron lesionadas.
- **Depresión** – La violencia conyugal contribuye de manera importante a los problemas de salud mental de las mujeres, en tanto las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión en comparación con las que no padecieron ningún tipo de violencia.
- **Problemas del uso alcohol** – Mujeres que sufren violencia de pareja son casi dos veces más propensas a tener problemas con el uso del alcohol.

- **Infecciones de transmisión sexual** – Mujeres que sufren violencia de pareja física y/o sexual tienen 1,5 veces más probabilidades de contraer sífilis, clamidia o gonorrea. En algunas regiones (incluida el África subsahariana) tienen 1,5 veces más probabilidades de contraer el VIH.
  - **Embarazo no deseado y aborto** – Tanto la violencia de pareja y la violencia sexual de personas que no son pareja se asocian con el embarazo no deseado. Según este informe, las mujeres que sufren violencia de pareja física y/o sexual tienen el doble de probabilidades de tener un aborto que las mujeres que no sufren este tipo de violencia.
- Bebés con bajo peso al nacer** – Las mujeres que sufren violencia de pareja tienen un 16% más de probabilidades de tener un bebé de bajo peso al nacer (OMS, 2013).

## MÉTODO

El objetivo de este estudio fue identificar las experiencias de micromachismos que se ejerce hacia las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años a partir de 20 semanas de gestación de un estado del centro del país, se realizó un estudio cualitativo con enfoque en representaciones sociales.

El número de entrevistas se delimitó en función del criterio de saturación teórica y se trabajó con 13 adolescentes, primigestas. La información se recuperó a partir de entrevistas semiestructuradas e historias de vida, se realizaron diarios de las informantes y se llevo a cabo las notas de campo por parte de la investigadora de tal manera que el analisis de la informacion obtenida se realice de manera tradicional. Las entrevistas fueron grabadas en audio previo consentimiento de los padres de las adoelscentes y asentimiento de estas, el análisis se realizó mediante análisis crítico de discurso.

## Participantes

El estudio se realizó con adolescentes embarazadas de 15 a 19 años a partir de 20 semanas de gestación de un estado del centro del país.

## **Instrumentos**

Se realizó entrevista semiestructurada integrada en dos apartados, uno referente al relato de vida biográfico (vida prenatal, infancia y adolescencia), la otra, profundizaba en las tres dimensiones que integran las representaciones sociales (conocimientos, actitudes y campo de representación).

De manera alterna a las entrevistas, se proporcionó a las adolescentes una libreta para redactar su diario de informante, la cual fue devuelta a la investigadora posterior a la entrevista, complementando con ésta información el análisis de la información y la investigadora realice notas de campo que fueron completas, precisas y detalladas

## **Procedimiento**

Este estudio se realizó en cuatro etapas:

- *Primera etapa:* Inmersión inicial en campo. Se llevó a cabo con la finalidad de conocer las características generales del área de estudio.
- *Segunda etapa:* Obtención de datos personales de adolescentes embarazadas en Morelia. Por razones de confidencialidad de datos, esta información no fue posible que se proporcionara por parte de las autoridades de la Secretaría de Salud, sin embargo, apoyaron el proyecto y fue directamente con las adolescentes con quienes se recabó esta información.
- *Tercera etapa:* Establecimiento de contacto con adolescentes y sus padres. Los padres se localizaron a partir de la información de datos personales proporcionados por las adolescentes, se acordó una cita con cada uno de ellos y habiendo aceptado ambos (padres e hijas) se firmó el consentimiento informado y se recabó la anuencia verbal.
- *Cuarta etapa:* Realización de entrevistas. El estudio se realizó a través de dos momentos metodológicos principales:

**Primer momento metodológico:** Se centró la atención en recuperar datos de relato de vida biográfico de cada una de las mujeres con la finalidad de conocer mediante sus narrativas, las condiciones estructurales que prevalecieron en su contexto e influenciaron en un momento dado el embarazo (vida prenatal, infancia y adolescencia).

**Para el segundo momento metodológico,** se realizó una entrevista semiestructurada que abordó propiamente las representaciones sociales (conocimientos, actitudes y campos de representación).

Las categorías y subcategorías fueron clasificadas conforme a las dimensiones de las representaciones sociales que son: información, actitudes y campo de representación.

Se realizó la clasificación de categorías y subcategorías de acuerdo a: Información (conocimiento colectivo), actitud (posicionamiento frente a lo construido colectivamente) y campo de representación (anclaje del conocimiento colectivo a la experiencia vivida), éstas identificadas a lo largo del proceso de maternidad en dos momentos descritos como actitudes positivas en un primer y segundo momento en los tres sistemas (micro, meso y macrosistema) lo cual, permitió un mayor análisis de la información .

El microsistema se refiere como el entorno inmediato a la adolescente como lo es la familia y factores relacionados con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés (Mercer, 1995).

El mesosistema por su parte, agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema y el macrosistema; incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas.

El macrosistema incluye todo aquello que tiene relación con el entorno y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal (Mercer, 1995).

## RESULTADOS

La imagen social de la maternidad adolescente es percibida en un contexto que vulnera física, psicológica y socialmente a la adolescente embarazada.

Se identificó que las jóvenes han configurado una representación de la maternidad como un contexto que las vulnera física, psicológica y socialmente; en dicho sentido, la identifican como una condición indeseable, que no se busca, sino que se impone, en una realidad en la que se les fuerza de distintas maneras para el embarazo y luego se les impone desde lo moral y legal a culminar sus procesos de gestación y cursar la maternidad.

Las jóvenes identifican la maternidad como una experiencia en la que las mujeres-madres deben someterse a diversas estrategias de control por parte de sus parejas, desde un imaginario social en el que para ser madre deben cumplir con una serie de exigencias que se imponen sobre el rol de esposas y madres, pero sobre todo, en un contexto en el que el hecho de tener un hijo les obligará a permanecer al lado de parejas con las que no desean estar, pero de las que dependerán para la manutención de sus hijos.

En el contexto anterior se identificó que —para algunas de las jóvenes—, la maternidad adolescente es contemplada como el resultado de una estrategia planeada de los varones para obligarlas a quedarse con ellos, en las condiciones que éstos establezcan y pese a que éstas sean desfavorables para ellas.

La maternidad adolescente aparece en su imaginario como una condición que posibilita e incrementa las relaciones de dominación de sus parejas sobre ellas. Por otra parte, la paternidad aparece como una experiencia deseable para los varones, dado que les significa la seguridad de que ellas permanecerán a su lado, pese a las condiciones adversas que inician a contemplarse desde el noviazgo.

El imaginario de la maternidad como una situación que les somete y vulnera, se ve reiterado cuando para algunas de ellas, el encuentro sexual del que derivó el embarazo fue forzado.

Esta imagen de la maternidad como un contexto que las hace más vulnerables al sometimiento y control masculino se reitera en su imaginario a partir de las experiencias que han tenido una vez iniciados sus embarazos.

El embarazo se constituye entonces en una representación que, desde el imaginario de sus jóvenes parejas, les vulnera y hace dependiente de su compañía y apoyo. Aun cuando en el proyecto de vida de las jóvenes no estuviese el ser madres en este momento, sus embarazos estaban proyectados en los imaginarios de sus parejas, casi siempre en el contexto de noviazgos problemáticos e inestables que los hacían sentir inseguros de que las jóvenes permanecerían con ellos.

Las jóvenes evidenciaron en sus narrativas la representación de una maternidad que les vulnera, en medida que se contemplan en un futuro cercano solas y sin redes de apoyo, representaciones que se ven influenciadas dado que una parte importante de ellas son hijas de mujeres que también fueron madres adolescentes y tuvieron la experiencia de presenciar cómo éstas ejercieron la crianza solas, abandonadas, o en el peor de los casos, mártires de todas las formas de violencia posible.

Resultó común que las jóvenes narraran no contemplarse en sus maternidades apoyadas por redes, sino más bien daban por hecho que serán abandonadas, en el caso más frecuente refirieron preferir ser abandonadas que someterse a la violencia que han testificado que viven otras madres adolescentes.

Pero la soledad y la falta de apoyo que esperan enfrentar no se limita al rechazo de sus parejas, también narran pensarse abandonadas por sus redes familiares, a partir de las experiencias que han presenciado en sus pares o sus propias madres.

También han experimentado violencia por parte de sus parejas y suegros, estos últimos se convierten en actores que inciden en las experiencias de violencia que viven las jóvenes, toda vez que, en la mayor parte de los casos, las adolescentes se trasladan a vivir a la residencia patrivirilocal.

Ante la negativa de la joven a la nueva forma de vida o presión por unirse a la pareja llega a ser sujeta de engaño, abandono, indiferencia y violencia por parte de los actores, considerando entonces para la joven la imagen de tener que “aguantar” lo que se le imponga y no lo que ella desee, estar entonces condicionada a buen comportamiento de madre si se mantiene a pesar de las agresiones al lado de su pareja o familiares, y en la mayoría de las jóvenes, esta situación es considerada por los demás como una rebeldía de la joven e inmadurez por no acatar lo que se le imponga e incluso considerar ejercer ciertos castigos utilizando al hijo de ésta.

Además, se le llega a estigmatizar a la adolescente como una mujer de poco valor y se llega a dudar de la paternidad del hijo generando una configuración de la maternidad adolescente como aquella en donde la mujer sola con su hijo es una mujer de poca valía, *arrastrada* y en el discurso de los otros prevalece la idea subyacente de mujer prostituta incluso, señalada precisamente por mujeres.

En lo que respecta a la pareja de la joven, una vez que ésta no acepta las condiciones bajo las cuales se le trata de someter, es castigada con el rechazo cuando éste desea conformar una familia, ya que en este contexto la joven entonces, pareciera no ser el modelo de mujer que él deseaba como mujer y más aún como madre de su hijo.

## CONCLUSIONES

Con los resultados se evidencian las diversas modalidades de micro machismos que se ejercen hacia las adolescentes embarazadas no solo de parte de su pareja sino de otros actores del medio como son sus familiares, amigos e incluso personal de salud y educativo.

Existe una imagen en la que ser madre se contempla dentro de un contexto de sometimiento y control (violencia) en los que estas jóvenes se desarrollan, con lo que se hace evidente el enfoque de Michael Foucault respecto a las diversas formas de control y sometimiento de los que tienen poder hegemónico sobre los más débiles (Foucault, 2008).

Es necesario continuar indagando las diversas formas de machismos ejercidas a las adolescentes desde los constructos de los varones.

## DISCUSIÓN

Se identificó que las jóvenes establecen una clara asociación entre la maternidad y la violencia, esta relación encuentra sentido en dos aspectos, primero en el hecho de que la mayoría de ellas identifican que el embarazo resultó de acciones coercitivas por parte de sus parejas a manera de una estrategia para obligarles a permanecer dentro de relaciones que ya había identificado, (en su mayoría), como disfuncionales; en segundo lugar, porque contemplan que la convivencia que implica la vida en pareja, en esta etapa de sus vidas y bajo las condiciones de un embarazo no planeado, derivará en una mayor probabilidad de ser violentadas, no sólo por sus parejas, también por sus familias sanguíneas y políticas.

La experiencia social de estas jóvenes les permite dar cuenta que la construcción histórica de la maternidad en un contexto patriarcal como el que prevalece en México y América Latina, exige a las *mujeres-madres* asumir un rol de mujer sumisa al padre pero valorizada en función de la crianza de los hijos (Palomar, 2005).

En esta historización, el fenómeno de la maternidad se ha configurado desde lo social como un proceso de “sacrificio” e “imposición” de deberes y conductas acorde a las disposiciones del contexto patriarcal, donde el varón se convierte en el detentador del poder de la familia y le ejerce la mayor parte de las veces de manera autoritaria. El contexto familiar se configura (ante los imaginarios de las jóvenes), como una arena en la que maternidad y paternidad se configuran de manera antagónica, donde mientras la segunda se instituye desde valores como respeto, imposición, fuerza y protección, la primera se asocia inevitablemente con los valores contrarios, condescendencia, sacrificio, abnegación y subordinación (Palomar, 2005).

En el tenor antes mencionado, es entendible que las jóvenes contemplen la maternidad como una condición que potencia la exigencia social de desempeñar valores que cada vez son menos vigentes, (desde sus perspectivas), y que refuerzan las asimetrías de género, en donde la mujer queda sujeta a todas las formas de violencia, como ya ha sido reportado por otros estudios (Rodríguez, 2006).

El hecho de que las jóvenes asocien la maternidad como una condición que potenciará su vulnerabilidad frente a la violencia, encuentra sentido en las experiencias que han tenido al interior de sus noviazgos y las condiciones en que se propició el embarazo. La mayor parte señaló el embarazo como una situación no planeada y tampoco deseada, lo que, es más, identificaron el embarazo como una estrategia que de forma intencional llegan a utilizar sus parejas con la finalidad de mantenerlas a su lado.

En este estudio se identificó que contrario como han afirmado otras investigaciones (Caldwell, 1977), el embarazo adolescente no se contempla como una estrategia a la que las mujeres recurren para ocupar una posición de esposa “protegida” bajo la sombra y protección del varón, sino como una estrategia de estas para forzarlas a permanecer a su lado, esto también ha sido documentado en otras investigaciones en donde la paternidad refuerza la idea de masculinidad y, con ello, lo placentero de la experiencia y su sentimiento de hombría (Botero, 2015).

Las maneras en que los jóvenes consiguen que las chicas se embaracen son diversas, deriva no sólo de la manipulación para convencerles de lo romántico de la maternidad, sino de francas acciones de violencia sexual que no necesariamente implican penetración forzada sino de la alteración del estado de consciencia para posibilitar encuentros sexuales desprotegidos, esto ha sido reportado por otros investigadores en donde se hace mención de que el primer expediente judicial en los jóvenes delincuentes varones es por robo con fuerza en las cosas, hurto, el tráfico y delitos contra la propiedad pero además, se han encontrado mayor porcentaje de crecimiento en lo que concierne a la violencia, intimidación, extorsión, allanamiento de morada, coacciones y violación (Defez, 2017).

En otras ocasiones, las jóvenes dan cuenta de estar embarazadas sin haberlo deseado e incluso habiendo comunicado a sus parejas su ausencia del deseo de ser madres, en este contexto, las jóvenes invisibilizaron el riesgo del embarazo en función de las atenciones, detalles y palabras que usan sus parejas para convencerles de lo romántico que resulta que éstas asuman tener los encuentros sexuales en el tenor que sus parejas establezcan.

Para los hombres, por su parte, como ya ha sido referido por otros estudios, el convencimiento y sometimiento de las jóvenes para acceder a los encuentros sexuales en los términos que ellos establecen, se constituye en una evidencia del poder que ostentan no sólo dentro de la relación, sino en el ejercicio de una masculinidad que se “demuestra” en medida que se puede cumplir con las exigencias del orden patriarcal, y una de estas exigencias es el ejercicio de una vida sexual activa y la idea de poder embarazar, aunque ello no lleve implícita necesariamente el ejercicio de la paternidad (Jesús, 2011).

El poder de reproducirse representa un hito de desarrollo desde el imaginario de la masculinidad y el inicio de la vida sexual un rito de transición entre el niño y el hombre, en tal sentido, el embarazar se puede configurar como un deseo explícito o un pensamiento ambiguo, se contempla como algo deseable desde el estereotipo de lo que es “ser hombre”, aunque se tenga información sobre lo impertinente que puede ser la crianza en esta etapa de vida.

## REFERENCIAS

- Bard Wigdor, Gabriela. (2016). Aferrarse o soltar privilegios de género: sobre masculinidades hegemónicas y disidentes. *Península*, 11(2), 101-  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-57662016000200101](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-57662016000200101)
- Bonino, L. (1995). Desvelando los micromachismos en la vida conyugal. En J. Corsi (Eds.), *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención* (pp. 191-208). Buenos Aires: Paidós.
- Botero LD, Castrillón LC. (2005). La experiencia de la paternidad en adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 3(46): 89-101.
- Caldwell JC, Caldwell P. (1977). The role of marital sexual abstinence in determining fertility: a study of the Yoruba in Nigeria. *Population studies*, 31(2): 193-217.
- Comello, Natalia, Gual, Sofía. (2018). “Micromachismos: una experiencia transmedia. Proyecto de documental interactivo transmedia. Trabajo Final para optar al grado académico de Licenciado en Comunicación Social, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba (inédita). Disponible en: <http://hdl.handle.net/11086/6830>
- Defez C. Delincuencia juvenil. Instituto Universitario General Gutiérrez Mellado. (2006). Investigación sobre la paz, la seguridad y la defensa.. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2017/02/doctrina44835.pdf>
- Facio A. (1999). Feminismo, Género y Patriarcado. Biblioteca jurídica virtual del Instituto de Investigaciones jurídicas de la UNAM. <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/revista-ensenianza-derecho/article/viewFile/33861/30820>
- Ferrer P+erez, Victoria A., & Bosch Fiol. Esperanza & Navarro Guzmán, Capilla & Ramis Palmer, M. Carmen, & Garcia Buades, M. Esther (2008). Los micromachismos o microviolencias en la relación de pareja: Una aproximación empírica. *Anales de psicología*, 24(2), 341-352. [fecha de Consulta 22 de Febrero de 2021] ISSN:0212-9728. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589018>.
- Foucault, Michael. (2008). Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones. Selección de Miguel Morey. Alianza Editorial Madrid.
- Galarza Fernández, R Cobo Bedía, M Esquembre Cerdá (2016). “Medios y violencia simbólica contra las mujeres”. *Revista Latina de Comunicación Social*, 71, pp. 818 a 832. <http://www.revistalatinacs.org/071/paper/1122/42es.html>

- Jesús D, Cabello ML. (2011). Paternidad Adolescente y Transición a la Adultez: Una Mirada Cualitativa en un contexto marginal social. Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, 6(11): 1-27.
- Mercer RT. (1995). Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present. New York: Springer.
- Mayor BV (2013). Trabajo de fin de Grado. Facultad de Ciencias de la Educación . Universidad de Sevilla.
- Morillo C. (2010). Mujeres invisibles, mujeres estereotipadas. [https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/32878/1/Pages%20from%20lamujerenelespejomediatico\\_1-4.pdf?sequence=1](https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/32878/1/Pages%20from%20lamujerenelespejomediatico_1-4.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (2013). Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas” [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)
- Organización Panamericana de Salud – Organización Mundial de la Salud. (2018). <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer#:~:text=Las%20estimaciones%20mundiales%20publicadas%20por,violencia%20infligida%20por%20la%20pareja> .
- Palomar C. (2005). Maternidad: historia y cultura. Revista de estudios de género. La Ventana., 22: 35-68.
- Rodríguez G. (2006). Aproximaciones al embarazo en la adolescencia en Guanajuato: Un abordaje integral. 1a ed. México: Instituto de la Mujer Guanajuatense. Gobierno del estado de Guanajuato.



## Soledad en el adulto mayor: Análisis de concepto

### Loneliness in the older adult: Concept analysis

Yolanda Ivonne Trujillo-León<sup>1</sup>, Leticia Casique-Casique<sup>2</sup>,  
Alejandro Morales-Jinez<sup>3</sup>, Alicia Álvarez-Aguirre<sup>4</sup>  
Universidad de Guanajuato y Universidad Autónoma de Coahuila, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>5</sup>

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 01/06/2021

### Resumen

**Introducción:** La soledad es una condición que en alguna etapa de la vida los individuos tienen contacto con ella, en el adulto mayor esta vivencia de soledad no es gratificante, se hace necesario profundizar en este tema en la sociedad actual por las repercusiones negativas que puede ocasionar a este grupo etario. **Objetivo:** Explorar el concepto de soledad en los adultos mayores partiendo del análisis de bibliografía científica disponible para establecer sus atributos esenciales. **Método:** Análisis de concepto descrito por Walker y Avant. **Resultados:** La soledad en el adulto mayor se presenta habitualmente de forma involuntaria, causa sentimientos de aflicción, pues es una condición no gratificante, que puede afectar el área emocional, repercutir en la salud, bienestar y calidad de vida del adulto mayor. **Conclusiones:** Los resultados clarifican el significado del concepto “soledad en el adulto mayor” para desarrollar e implementar estrategias de intervención que orienten el cuidado de enfermería.

*Palabras clave:* Soledad; Enfermería; Anciano

### Abstract

**Introduction:** Loneliness is a condition that individuals have contact with at some stage of life, in the older adult this experience of loneliness is not rewarding, it is necessary to delve into this issue in today's society due to the negative repercussions that it can cause this age group.

<sup>1</sup> Estudiante de Doctorado, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, [yi.trujilloleon@ugto.mx](mailto:yi.trujilloleon@ugto.mx)

<sup>2</sup> Doctora. Profesora Investigadora, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Departamento de Enfermería y Obstetricia, [l.casique@ugto.mx](mailto:l.casique@ugto.mx)

<sup>3</sup> Doctor, Profesor Investigador, Universidad Autónoma de Coahuila, [alejandromorales@uadec.edu.mx](mailto:alejandromorales@uadec.edu.mx)

<sup>4</sup> Profesora, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Departamento de Enfermería Clínica, [alicia.alvarez@ugto.mx](mailto:alicia.alvarez@ugto.mx)

<sup>5</sup>Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

**Objective:** To explore the concept of loneliness in older adults based on the analysis of the scientific literature available to establish its essential attributes. **Method:** Concept analysis described by Walker and Avant. **Results:** Loneliness in the older adult usually occurs involuntarily, causes feelings of distress, as it is an unrewarding condition, which can affect the emotional area, affect the health, well-being and quality of life of the older adult. **Conclusions:** The results clarify the meaning of the concept "loneliness in the older adult" to develop and implement intervention strategies that guide nursing care.

*Keywords:* Loneliness; Nursing; Elderly

La soledad es un constructo multidimensional que resulta de las carencias afectivas reales o percibidas, el cual afecta a la salud física y psicológica, así como el funcionamiento social de las personas (González y Lima, 2017). La condición de soledad se presenta gracias a un proceso cognitivo de cada individuo, según su realidad e historia y esta relacionada con la fragilidad y vulnerabilidad (Yanguas et al., 2018).

Es común confundir aislamiento con soledad, sin embargo, existe diferencia: el aislamiento es una percepción real de separación y soledad es la percepción desagradable de falta de apoyo social (Rocha et al., 2019). En otras palabras, el estar solo no es lo mismo que sentirse solo, para diferenciar entre aislamiento y soledad hay que comprender que: el estar solo está asociado a la ausencia física y el sentirse solo es la percepción que se genera a pesar de estar acompañado (Cerquera et al., 2013; Gené et al., 2016).

Hay autores que mencionan que la soledad esta dada por factores intrínsecos como la personalidad y la pérdida de la autonomía así mismo factores extrínsecos como escasas redes sociales y déficit en estándares afectivos por mencionar alguno de ellos (Rocha et al., 2019). De igual manera refieren que existen diversas formas de clasificar la soledad en base a las dimensiones social y emocional, por lo tanto, estas pueden ser: voluntaria o impuesta, y objetiva o subjetiva (Ausín et al., 2017; García-Valdecasas 2018).

El tipo de soledad que tiene un mayor impacto en el ser humano es la emocional, la cual se vincula con innumerables temas, entre ellos los asociados al área afectiva, como pasar por alguna pérdida de: un ser querido, un trabajo, una pareja, la salud, así como depender emocional y económicamente de alguien (García-Valdecasas 2018).

La soledad es a veces tan necesaria y a veces tan temida: depende de la etapa de la vida en que se está viviendo, es un sentimiento antiguo que poco se ha analizado y mucho menos se le ha dado la importancia requerida por las repercusiones que puede tener: emocionales, a la salud y al bienestar de los individuos, cuando esta se siente como desagradable (Cardona et al., 2013).

Es importante mencionar que para los adultos mayores (AM) es un sentimiento no gratificante como lo es para quienes viven otra etapa del ciclo vital. Sin embargo, en este grupo etario cada día aumenta más el número de personas que están solas o se sienten solas, algunos estudios han informado una prevalencia de soledad en adultos mayores de más del 45%, la mayor relevancia está en como se perciben ya que tiene relación con la depresión, diversos problemas de salud y el suicidio (Quintero et al., 2018).

La soledad tiene repercusiones en el individuo pues el sentimiento de soledad en el anciano despierta sentimiento de derrota, como resultado disminuye su movilidad, descuida su atención personal y su salud, abandonando tratamientos e impactando en la atención médica ya que incrementa la asistencia a consultas médicas, la morbilidad y la mortalidad en los adultos mayores (Bekhet, 2008). Debido a que el anciano lo vive de una manera única y que la mayor parte de los adultos mayores presenta efectos negativos, para poder apoyarlos se requiere ver ese concepto de manera amplia para poder actuar basados en el conocimiento del fenómeno, para sentar una base y proponer intervenciones que guíen la práctica del cuidado de este grupo etario.

## **Importancia del análisis**

Actualmente hay alrededor de 901 millones de personas de 60 años y más en todo el mundo, lo cual representa el 12 por ciento de la población global, en 2030 esta cifra habrá aumentado a 1,400 millones, lo que representará el 16.5 por ciento, y en 2050 ascenderá a 2,100 millones; es decir el 21.5 por ciento de la población global, las personas de más de 60 años son actualmente más numerosas que los niños menores de cinco años; en 2050 serán más numerosas que los niños de menos de 15 años. Estos cambios demográficos son más veloces en el mundo en vías de desarrollo, el cual en 2050 será el lugar de residencia de ocho de cada 10 personas de 60 años y más, lo que es preocupante para nuestro país (Helpage International, 2015).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015), en México había 10,9 millones de habitantes mayores de 60 años, lo que representa más del 9.3% de la población total, datos que se deben tomar en cuenta pues son de interés para la salud pública.

El sentimiento de soledad es considerado como problema de salud pública ya que se relaciona con niveles bajos de bienestar y la disminución de la calidad de vida en los individuos que la perciben como no gratificante, ocasionándoles repercusiones emocionales y sociales, causa problemas como la depresión, el suicidio o, incluso, la muerte, este sentimiento depende del contexto, personalidad e historia de la persona (Quintero et al., 2015; Cardona et al., 2011). Por lo tanto, es un tema necesario de profundizar en la sociedad actual por las consecuencias negativas que puede traer al individuo.

El análisis del concepto puede servir de base para generar estrategias a nivel primario y políticas para minimizar la soledad y si ya esta presente, generar intervenciones para el cambio de percepción de soledad.

## **OBJETIVO**

Explorar el concepto de soledad en los adultos mayores partiendo del análisis de bibliografía científica disponible para establecer sus atributos esenciales.

## MÉTODO

La metodología utilizada para este análisis es la propuesta por Walker y Avant, quienes afirman que el análisis de conceptos es una vía para el desarrollo de la teoría, que proporciona una oportunidad para explicar y describir fenómenos de interés para la práctica. Así mismo es considerada una estrategia a través de la cual se examinan las características que definen el concepto y los atributos que permiten decidir qué fenómeno es buen ejemplo de este y cuál no. Así, el análisis de concepto es un ejercicio lingüístico para determinar sus atributos, y aunque es un proceso riguroso y preciso, el producto final siempre será tentativo (Walker y Avant, 2011).

Este Método incluye ocho etapas:

1. La selección del concepto.
2. Los conceptos o propósitos del análisis.
3. La selección de los usos del concepto.
4. La identificación de las características o atributos.
5. La identificación del caso modelo.
6. La identificación de otros casos.
7. La identificación de antecedentes y consecuencias.
8. La definición de indicadores empíricos.

La búsqueda de la literatura científica se realizó en diferentes bases de datos: Pubmed, Google académico, Scielo, MEDLINE, MedicLatina, Dynamed y ELSEVIER, combinando las palabras clave: soledad, enfermería y anciano/adulto mayor, mediante operadores booleanos “and” y “or”.

Se incluyeron artículos en idioma español, inglés y portugués, asimismo la búsqueda fue limitada del año 2016 al 2020 con la finalidad de obtener las publicaciones más recientes. Los artículos se imprimieron y se realizaron notas al calce de las hojas y en un diario para el análisis de la información obtenida.

## RESULTADOS

### Identificación de los usos del concepto

Según el diccionario real de la academia española, Soledad Del lat. *solītas, -ātis. Es una carencia voluntaria o involuntaria de compañía, es un lugar desierto o tierra no habitada, pesar y melancolía que se sienten, por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo. Otras definiciones encontradas fueron: Circunstancia de estar solo, sentimiento de tristeza y melancolía por la ausencia de una persona, animal o cosa, lugar solitario* (Diccionario de la real academia española, 2020).

Para diferentes autores, los conceptos de soledad varían: se describe como sentimiento de desagrado o de duda, un desencuentro entre lo deseado y lo vivido, la falta de intercambio con el otro, la falta de relaciones estrechas donde afloran otras sensaciones como tristeza, miedo, ansiedad, temor, nostalgia. La soledad puede ser una opción si se quiere reflexionar sobre sí, o una imposición que en la vejez se hace más difícil de sobrellevar (Cerquera et al., 2013).

La soledad que perciben los individuos puede ser objetiva, cuando se vive solo, o subjetiva, cuando se siente solo. La soledad subjetiva es para los adultos mayores la verdadera soledad, siendo un sentimiento interno y doloroso donde se puede carecer de compañía o no (Cardona et al., 2013).

La soledad, se presenta cuando no existe una relación significativa. Se distinguen dos tipos de soledad: la soledad emocional, que ocasiona un sentimiento de vacío, abandono y desolación por la ausencia de una pareja romántica o de relaciones interpersonales y la soledad social, en donde se considera tener falta de amigos, hermanos, vecinos, etc. (Ventura y Caycho, 2017).

En ese mismo sentido, según el estudio de Rubio y Aleixandre en el 2001 en el que se pedía que se definiera la soledad, esta fue descrita como: ausencia de personas; angustia; sufrimiento; insatisfacción; no tener a quien acudir; y miedo. A partir de esta caracterización de la soledad se puede extraer que, en general la soledad es un sentimiento negativo y poco deseable.

En lo últimos años, se ha llevado a cabo un estudio centrado en el fenómeno de la soledad desde una perspectiva subjetiva. Esta investigación, la cual ha contado con una muestra poblacional de 1,206 personas, encontró que uno de cada diez personas se ha sentido solo “con mucha frecuencia” y uno de cada tres reconoce haberla sentido “a veces”. La aparición de la soledad se da con mayor frecuencia entre las personas que viven solas por obligación (el 53% tiene más de 65 años); concretamente un 82.3% de las personas en esta situación reconocen haber sentido soledad en algún momento, y de éstas un 48% manifiesta tener una sensación continua de soledad (Díez y Morenos, 2015).

### **Conceptos relacionados**

La soledad se encuentra ligada a diversos conceptos o denominaciones como son: angustia, miedo, insatisfacción, sufrimiento, ausencia de personas y no tener a quien acudir.

Sin embargo, la connotación que tiene la soledad es en sentido negativo como se puede observar a continuación:

Cardona et al. (2010) definen a la soledad como:

Angustia. - Afición, congoja, ansiedad,

Miedo. - Angustia por un daño real o imaginario

Insatisfacción. - No sentirse satisfecho

Sufrimiento. - Padecimiento, dolor, pena

Ausencia de personas. - Falta o privación de personas

No tener a quien acudir. Que no tiene quien lo ampare, socorra.

Derivada de la revisión de literatura, se puede determinar que los atributos del concepto son los siguientes: 1) Es individualizada, 2) es una percepción, 3) depende de un contexto. 4) es modificable y 5) tiene consecuencias.

De acuerdo con Torres et al. (2010) indica que “La palabra soledad procede del latín solitas y hace referencia a la carencia de compañía, que puede ser deliberada (cuando la persona determina estar sola) o natural (cuando el individuo se encuentra solo por múltiples circunstancias de la vida)”.

La soledad se describe como un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando carece de compañía para llevar a cabo aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales (Acosta et al., 2017).

La soledad se caracteriza por ser un estado emocional en el que la persona experimenta un poderoso sentimiento de vacío y de aislamiento. Algunos autores como Palma y Escarabajal (2021) concluyen que el sentimiento de soledad tiene un origen en su mayoría de tipo emocional, debido a que si una persona mayor se interrelaciona con un número importante de personas no es significativo, si no percibe el apoyo afectivo o anímico suficiente. Como se observa, la soledad se ha estudiado desde diferentes enfoques, y a partir de estos han surgido diversas definiciones del término, haciendo que este se convierta en un concepto complejo que agrupa elementos de orden psicológico y social.

La soledad se asume como una condición de malestar a nivel emocional, producto de un sentimiento de incomprensión y rechazo de parte de los otros, de la falta de compañía para la realización de actividades o el logro de intimidad emocional. Así, la soledad es una sensación de carencia del afecto deseado, que produce sufrimiento, desolación, insatisfacción y angustia, nunca es una situación buscada (Garza et al., 2020; Rodríguez Martín, 2009).

### **Dimensiones de la soledad**

La soledad familiar se refiere al vínculo que se tiene con la familia que desde la niñez debe brindar seguridad, para construir su identidad y convertirse en una fuente de apoyo en el transcurso de los años en la actualidad.

La soledad conyugal o existencial se refiere a la relación que se tiene con una pareja afectiva, con la que experimenta compañía, afecto y se siente importante.

La soledad social se refiere al contacto que se tiene con otras personas con las que se socializa y se establece vínculos importantes (Cardona et al., 2010; Marilaf et al., 2017).

Asimismo, hay que distinguir entre la soledad subjetiva y la soledad objetiva. Esta última hace referencia a la falta de compañía, la cual puede ser voluntaria o impuesta. Cuando el estar solo es una experiencia buscada puede convertirse en algo positivo, en una experiencia enriquecedora y de crecimiento personal. Sin embargo, cuando estar solo aparece como consecuencia de la ausencia involuntaria, se puede traducir a algo negativo (Ong et al., 2016).

La soledad en el adulto mayor es involuntaria generalmente y este sentimiento le aflige, pues para él no es una condición gratificante, sino como un sentimiento doloroso y temido, lo cual le puede afectar en el aspecto emocional, la salud, repercutiendo en el bienestar y la calidad de vida (Cardona et al., 2011)

### **Consecuencias del concepto de soledad en los adultos mayores**

La soledad se genera por múltiples causas en los AM como son la ausencia o baja relación familiar, el no realizar actividades que le eran gratas por deterioros físicos y perceptivos, por los cambios propios del envejecimiento, entre otros. El resultado de las causas antes mencionadas son la limitación de la comunicación con personas de su misma generación y con los mas jóvenes, asimismo, cuando la soledad se percibe como dañina desarrolla sentimientos de tristeza, infelicidad y depresión, impactando de forma negativa en el bienestar (Abbas, 2020; Chaparro et al., 2016).

La soledad tiene efectos perjudiciales en la salud de la persona mayor, ya que limita la actividad física y afecta la nutrición saludable, dando como desenlace el deterioro de la salud física, haciendo propenso al adulto mayor a enfermedades cardiovasculares así como afecciones en la salud mental propiciando el desarrollo de depresión, ansiedad y deterioro a nivel cognitivo (Crewson, 2016).

La soledad esta asociada a practicas menos saludables como son el menor cumplimiento o abandono del tratamiento farmacológico y no farmacológico, alteraciones del ciclo normal del sueño, asimismo, se ha relacionado con el incremento en la demanda de consultas médicas y la medicación crónica (Rocha et al., 2019; Crewson 2016). De igual manera se vincula con un mayor riesgo de mortalidad temprana como resultado de las conductas poco salubres, las cuales se pueden presentar a corto, mediano o largo plazo (Caviedes Langle, 2016; McHurg Power, 2018).

### **Referentes empíricos**

Para medir las diferencias individuales de la soledad se han utilizado cuestionarios, entre las escalas multidimensionales que miden la soledad emocional y social, la mayoría desarrolladas en los años ochenta, están la Escala de Soledad de UCLA de Russell, Peplau, y Cutrona, 1980; Russell, 1996, la Differential Loneliness Escala de Smchidt & Sermat, (1983). La Loneliness Rating Scale de Scalise, Ginter & Gerstein, (1984), la Escala de Soledad de De Jong y Gierveld Kamphuis, (1985), la Emotional-Social Loneliness Inventory (ESLI) de Vincenzi & Grabosky (1987), la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA) de DiTommaso y Spinner, (1993). A nivel iberoamericano se han diseñado dos escalas para medir la soledad, el Inventario Multifacético de Soledad de Montero y López Lena (1999) en México y la Escala de Soledad Este de Rubio y Aleixandre (1999) en España. Se han realizado traducciones y adaptaciones al español de la Escala de Soledad de la UCLA y de la SELSA (Cardona et al., 2015; González-Celis, 2009).

## CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

De acuerdo a la revisión de la literatura efectuada, se puede definir a la soledad en el adulto mayor como un sentimiento de carácter objetivo (falta de contacto con otras personas) o subjetivo (sentimiento de soledad aún y cuando se tiene compañía de otras personas) que tiene un impacto negativo en el bienestar físico, emocional y social, el cual es consecuencia de la percepción a nivel individual que se tiene del entorno y va cambiando a través del tiempo así como las circunstancias, por lo tanto, se puede afirmar que esta influenciado por diversos factores internos (personalidad, recursos, emociones, etc.) y externos (familia, estado de salud, situación económica, cultura, entre otros) del ambiente donde se desarrolla la persona mayor.

Es importante resaltar los atributos de la soledad en el adulto mayor derivados de la revisión: 1) Se caracteriza por ser un sentimiento individual, ya que cada persona mayor como ser único lo vive de manera diferente, 2) Es una percepción, es decir, es un proceso activo en el cual el adulto mayor construye a través de datos adquiridos a través de sus sentidos y mediante la consciencia, un esquema acerca del sentimiento de soledad, 3) Está influenciado con el contexto donde se desenvuelve, dicho de otra forma, el sentimiento de soledad que experimenta una persona está relacionado con el entorno social y como lo percibe, 4) Es una sensación que se puede modificar por medio de la aplicación de estrategias o intervenciones fundamentadas y probadas científicamente y 5) Tiene consecuencias negativas que afectan el estado físico, mental y social de la persona mayor, lo cual se puede reflejar en el daño al bienestar y la calidad de vida.

Finalmente, se tiene que entender a la soledad no sólo desde el punto de vista negativo, ya que puede tener efectos positivos cuando una persona la considera como un momento de reflexión e inspiración, aún cuando fuese impuesta. Sin embargo, la literatura muestra que en el AM, la soledad es una situación no satisfactoria, desagradable y de la que no se puede escapar, por lo tanto, la percibe como un conflicto.

Es importante comprender a la soledad como una condición asociada a la salud, ya que esto permitirá que el personal de enfermería desarrolle e implemente intervenciones de cuidado oportunas, asimismo, permitirá valorar y detectar las diferentes herramientas de afrontamiento con la finalidad de conducir a la aceptación de la vivencia de soledad del adulto mayor.

## REFERENCIAS

- Abbas, N., Abrar ul Haq, M., Ashing, U. y Ubaid, S. (2020) Loneliness Among Elderly Widows and Its effect on Social And Mental Well-being. *Global Social Welfare*, 7, 215-229. <https://doi.org/10.1007/s40609-020-00173-5>
- Acosta, C., Tánori, J., García, R., Echeverría, S., Vales, J. y Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 179-188. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>
- Ausín, B., Muñoz, M., y Castellanos, M. (2017). Loneliness, Sociodemographic and mental health variables in Spanish adults over 65 years old. *The Spanish Journal of Psychology*, 20(46), 1-7. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.48>
- Bekhet, A.K., Zauszniewski, J.A. y Nakia, W.E. (2008). Loneliness: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 43(4), 207-213. [10.1111/j.1744-6198.2008.00114.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00114.x)
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E. y Quintero, A. (2010). Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3), 416-427. <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v28n3/v28n3a12.pdf>
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E. y Quintero, A. (2011). Afrontamiento de la soledad en población adulta. *Revista Medicina U.P.B.*, 30(2), 150-162. <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159022496006.pdf>
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E. y Quintero, A. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Revista Medicina U.P.B.*, 32(1), 9-19. <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159029099002.pdf>

- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E. y Quintero, A. (2015). Variables asociadas con el sentimiento de soledad en adultos que asisten a programas de la tercera edad del municipio de Medellín. *Revista Medicina U.P.B.*, 34(2), 102-114. <https://doi.org/10.18566/medupb.v34n2.a03>
- Caviedes, E. (2016). Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores del hospital nivel 1 Carlos Alcántara Buterfield. *Revista Científica Alas Peruanas*, 3(1), 1-12. <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/1333>
- Cerquera, A., Cala, M. y Galvis, M. (2013). Validación de constructo de la escala ESTE-R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(1), 45-53. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67926246007.pdf>
- Chaparro, L., Carreño, S. y Arias, M. (2019). Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista Cuidarte*, 10(2), 1-11. <https://doi.org/10.15649/cidarte.v10i2.633>
- Crewdson, J. (2016). The Effect of Loneliness in the Elderly Population: A Review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, 1-8. [10.4137/HACCE.S35890](https://doi.org/10.4137/HACCE.S35890)
- Diccionario de la real academia española. (2020, 25 de enero). *Soledad*. <https://dle.rae.es/soledad?m=form>
- Díez, J. y Morenos, M. (2015). *La soledad en España*. Fundación ONCE y fundación AXA. <https://www.fundacionseres.org/Lists/Informes/Attachments/995/151127%20La%20Soledad%20en%20España.pdf>
- García-Valdecasas J. (2018). Una nueva epidemia asola la sociedad occidental: la soledad. *Razón y Fé*, 277(1431), 51-62. <https://fund-encuentro.org/index.php/razonyfe/article/view/9089/8527>
- Garza, R., González, J., Rubio, L. y Dumitrache, C. (2020). Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 106-116. <https://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.6>
- Gené, J., Ruiz, M., Obiols, N., Olvera, L. y Lagarda, E. (2016). Aislamiento social y soledad ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *Atención Primaria*, 48(9), 604-609. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03008>

- González, A.L.M (2009). *Evaluación en Psicogerontología*. Manual Moderno.
- González, A. y Lima L. (2017). Autoeficiencia, percepción de salud y soledad sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento*, 5(15), 3-18. <https://doi.org/10.22201/enes1.20078064e.2017.15.62571>
- Helpage International. (2015). *Índice global de envejecimiento, Age Watch 2015*. <http://www.helpage.org/silo/files/gawi-2015-resumen-ejecutivo-.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Encuesta intercensal 2015*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic\\_2015\\_preseleccionacion.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_preseleccionacion.pdf)
- McHugh, J., Kee, F., Dolezal, L. y Lawlor, B. (2018). Conceptualizing Loneliness in Health Research: Philosophical and Psychological Ways Forward. *Journal of theoretical and Philosophical Psychology*, 38(4), 219-234. <http://dx.doi.org/10.1037/teo0000099>
- Marilaf, M., San Martín, M., Delgado, R. y Vivanco, L. (2017). Empatía, soledad desgaste y satisfacción personal de enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliaria en Chile. *Enfermería Clínica*, 27(6), 379-386. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.007>
- Ong, A., Uchino, B. y Wethington, E. (2016). Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 62, 443-449. [10.1159/000441651](https://doi.org/10.1159/000441651)
- Palma, E. y Escarabajal, M.D. (2021). Efectos en la soledad en la salud de los adultos mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v32n1/1134-928X-geroko-32-01-22.pdf>
- Quintero, A., Henao, M., Villamil, M. y León, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*, 35, 90-100. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2316>
- Quintero, A., Villamil, M., Henao, M. y León, J. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(2), 49-57. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n2a07>
- Rocha, C., Oliveira, G., Couto, L. y Santos, P. (2019). Impact on loneliness in the elderly in health care: a cross sectional study in a urban region of Portugal. *Family Medicine & Primary Care Review*, 21(2), 138-143. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2019.84550>

- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166  
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v20n4/comunicacion2.pdf>
- Torres, A., Beltrán, J., Saldívar, H., Lin, D., Barrientos, C. y Monje, D. (2012). La soledad ¿un mal de nuestro tiempo?. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3(1), 1-25.  
<https://doi.org/10.25009/remsys.2012.1.93>
- Ventura, J. y Caycho, T. (2017). Validez y fiabilidad de la escala de soledad de Jong Gierveld en jóvenes y adultos peruanos. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(1), 1-18. <https://doi.org/10.5872/psciencia/9.1.41>
- Walker, L.O. y Avant, K.C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing*. Pearson
- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo, S., Roig, S. y Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan Revista de Servicios Sociales*, 61-75. <https://doi.org/10-5569/1134-7147.66.05>



---

## REVISTA EUREKA-CDID

### POLÍTICA EDITORIAL

### INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

---

Los siguientes lineamientos son especialmente importantes para someter artículos a publicación. El estilo de los manuscritos debe adherirse estrictamente al estilo estándar del Manual de Publicación de la Asociación Psicológica Americana, APA (7ma Edición, 2020).(<http://apastyle.apa.org/>)

#### Los investigadores deben seguir los siguientes pasos:

1. Envíe su artículo por correo electrónico a: [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) y a [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com). En el mail escriba una carta de presentación donde especifique los siguientes datos del autor: el nombre, la afiliación, la dirección electrónica, el domicilio y el número telefónico con quien se mantendrá la correspondencia. El manuscrito debe estar en formato de **WORD** y debe enviarse como un solo archivo adjunto a la carta de presentación.
2. Firme el Contrato de Originalidad y Autorización para Publicación (Anexo 3) y envíelo adjunto al artículo vía correo electrónico a: [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) y a [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com).
3. Escriba el manuscrito a espacio doble (incluyendo los resúmenes, referencias, títulos de las tablas y leyendas de las figuras), tamaño 12, fuente Times New Roman. Ponga en cursivas el texto que debe aparecer así. El manuscrito no debe exceder el número de páginas según la modalidad presentada, incluyendo tablas y figuras y referencias. Las tablas y figuras no deben exceder de 5 cada una, y su formato debe permitir modificaciones.
4. Primera página: debe incluir el título como se muestra en el ejemplo anexado, debe continuar el encabezado del título con el resumen, luego el abstract y las palabras claves. Páginas subsiguientes: el texto, incluyendo una introducción (no rotulada como tal), seguida por antecedentes o estado del conocimiento, problema, hipótesis, objetivos, método, resultados, discusión y las referencias.
5. Estilos para citas en el texto y listado de referencias:
  1. No usar notas o citas al pie de página. Ejemplos para citar en el texto:
    - Citas narrativas: González (2019)
    - Citas entre paréntesis: un autor (González, 2019); dos autores (Cáceres & Benítez, 2015); tres autores o más (Corvalán et al., 2020).
  2. Las referencias deben ir en orden alfabético, verifique que todas las citadas en el texto estén nombradas, al final, en las mismas, y en el siguiente estilo:
    - **Artículo de Revista:** Grady, J., Her, M., Moreno, G., Perez, C., & Yelinek, J. (2019). Emociones en los libros de cuentos: una comparación de libros de cuentos que representan grupos étnicos y raciales en los Estados Unidos. *Psychology of Popular Media Culture*, 8(3), 207–217. <https://doi.org/10.1037/ppm0000185>



- **Libro:**

Sapolsky, R. M. (2017). *Behave the biology of humans at our best and worst*. Penguin Books.

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000> (para libros en formato digital)

- **Capítulo de un Libro Editado:** Dillard, J. P. (2020). Currents in the study of persuasion. In M. B. Oliver, A. A. Raney, & J. Bryant (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (4th ed., pp. 115–129). Routledge.

- **Artículo publicado en Internet:** Ouellette, J. (2019, Noviembre 15). Los físicos capturan las primeras imágenes de nudos cuánticos que se desenredan en superfluido. *Ars Technica*. <https://arstechnica.com/science/2019/11/study-you-can-tie-a-quantum-knot-in-a-superfluid-but-it-will-soon-untie-itself/>

- **Tesis no publicada:** Harris, L. (2014). *Instructional leadership perceptions and practices of elementary school leaders* [Tesis doctoral no publicada]. University of Virginia.

- **Tesis publicada en la web:** Kabir, J. M. (2016). *Factors influencing customer satisfaction at a fast food hamburger chain: The relationship between customer satisfaction and customer loyalty* (Publication No. 10169573) [Tesis doctoral, Wilmington University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.

Los formatos adicionales de las referencias al final del texto se pueden consultar en: <http://apastyle.apa.org/>

Finalmente, antes de enviar su artículo a arbitraje, vuelva a asegurarse de que su manuscrito se adhiere en todas sus secciones a los criterios de la Revista y al estilo de publicación de la APA (7ma Edición, 2020).

## INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE CADA SECCIÓN

**Resúmenes (español e inglés):** El resumen debe contener una descripción breve de los aspectos claves de la revisión de literatura, problema, hipótesis, método (diseño, muestra, tamaño de la muestra), resultados e implicancias (¿por qué es importante?, aplicación de los resultados). El resumen en inglés debe escribirse en un perfecto inglés y no debe exceder de 250 palabras. No utilice abreviaciones y evite incluir citas, excepto para enfatizar un punto importante.

El resumen en español debe coincidir exactamente con la versión en inglés y no exceder 250 palabras. Se recomienda que los autores de habla hispana consulten con una persona bilingüe y preferiblemente con una persona cuyo idioma natal sea el inglés para redactar su resumen. *Palabras Clave:* Liste un máximo de cinco palabras clave, en orden descendente de importancia.



**Introducción:** En la introducción (que no debe rotularse como tal), se debe identificar el problema de investigación, reseñar la literatura de investigación directamente pertinente al estudio, y presentar hipótesis y objetivos.

**Método:** La descripción del método debe permitir que el lector repita el estudio. El método debe estar subdividido únicamente en las siguientes cuatro secciones:

Diseño: Esta sección debe describir organizada y ordenadamente el diseño aplicado.

Participantes (en el caso de humanos) o Sujetos (en el caso de animales): En esta sección se deben describir las características relevantes de los participantes o sujetos.

Instrumentos y materiales: Debe incluir información sobre las pruebas o inventarios que utilizó (número de reactivos, escala, datos sobre su validez y fiabilidad, etc.) y/o información acerca del tipo de aparatos utilizados (marca, proveedor, etcétera).

Procedimiento: Esta sección debe describir organizada y ordenadamente el procedimiento que se siguió, paso a paso: instrucciones, procedimientos de manipulación de variables y de medición y aplicación instrumentos, etcétera.

**Resultados:** Esta sección debe describir coherente, organizada y objetivamente los efectos de las variables independientes sobre las dependientes, o las variables en correlación o cualitativas en descripción. Los resultados deben presentarse en el mismo orden en el que se plantearon los objetivos de investigación. Como complemento a lo descrito, se presentan las tablas y/o figuras con su respectivo título y numeración. Se aceptan como máximo no más de 5 en cada categoría, deben mantener tipo y tamaño de fuente y en formato modificable, conforme APA, 7ma, Edición, 2020.

**Discusión:** En este apartado destacar los aspectos más novedosos e importantes, así como la interpretación y análisis de las implicancias de los resultados. Relacionar y comparar los hechos observados con la hipótesis u objetivos, marco teórico y antecedentes referidos en la introducción, aclarando excepciones, contradicciones o modificaciones (sin hacer uso de terminología estadística). Señalar las aplicaciones prácticas o teóricas de los resultados encontrados. Finalmente, se deben de presentar además los factores no controlados que pueden afectar los resultados. Este rubro finaliza con la presentación de las conclusiones.

**Referencias:** Seguir orden alfabético, mantener el tipo de fuente y aplicar Normas APA, 7ma. Edición, 2020.

## EJEMPLO: del Título, Titulillo y Encabezado

---

Creencias irracionales - Indicadores depresivos

### “Relación entre Creencias Irracionales e Indicadores Depresivos en Estudiantes Universitarios”

#### Relationship between Depressive Indicators and Irrational Beliefs in College Students

**Investigadora Titular:** Norma Coppari<sup>[1]</sup>

**Investigadores Auxiliares:** Benítez, S.; Benítez, S.; Calvo, S.; Concolino, C.; Galeano, S.; Gamarra, R.; Garcete, L.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>[2]</sup>

---



## Resumen

La presente investigación de tipo descriptivo-correlacional tiene el objetivo de describir la relación entre las creencias irracionales e indicadores depresivos en estudiantes universitarios. La muestra está compuesta por 94 estudiantes del curso de admisión ( $n = 94$ ); seleccionada por muestreo intencional, no probabilístico, y participación voluntaria de una Universidad Privada de Asunción, Paraguay. Los instrumentos que se utilizaron son el "Inventario de Creencias Irracionales" de Ellis (1962) y el "Inventario de Depresión de Beck (1996)". Para el análisis y procesamiento de datos se aplicó técnicas de estadística descriptiva e inferencial. En el inventario de Beck no se encontraron diferencias significativas en relación con el sexo. En el inventario de Ellis, los medios estándares más altos se encontraron en el patrón 6. Las correlaciones más significativas con el inventario de Beck se encontraron, en orden descendente para el patrón 9, 2 y 7 en dirección positiva.

*Palabras clave:* creencias irracionales, indicadores depresivos, correlación, estudiantes

## Abstract

The following investigation has the objective to describe the relationship between irrational beliefs and depressive indicators on university students. The sample is composed with 94 Admission Course students ( $n=94$ ); selected through a non probabilistic sample of intentional sampling and voluntary participation from a Private University of Asuncion, Paraguay. The instruments that were used are the "Irrational Beliefs Inventory" from Ellis (1962) and "Depression Inventory from Beck (1996)", to stablish the relationship between both variables obtained with those instruments. For the analysis and data processing we applied descriptive and inferential statistics techniques. On Beck's Inventory there were not found significant differences in relation of sex. On Ellis inventory, the highest standard medias where found on pattern 6. The most significant correlations with Beck's Inventory were found, in descending order for the pattern 9, 2 and 7 in positive direction.

*Key words:* irrational beliefs, depressive indicators, correlation, students.

**Abstract o Resumen en inglés:** Debe contener el resumen en español, pero en traducción técnica al idioma ingles.



## LISTA DE CHEQUEO

<b>CRITERIO Los siguientes puntos debe tener el artículo:</b>	<input type="checkbox"/>
<b>1. Formato Word</b> - Espacio doble.	
<b>2. Fuente:</b> Times New Roman.	
<b>3. Tamaño de fuente:</b> 12.	
<b>4. No excede de 20 páginas</b> (incluyendo tablas y figuras).	
<b>5. Tablas y figuras:</b> no más de 5 en cada categoría. Mantener tipo y tamaño de fuente y en formato modificable.	
<b>6. Sangría en cada párrafo y espacio de un renglón entre cada párrafo.</b>	
<b>7. Primera Página:</b>	
-Título	
-Encabezado del Título	
-Resumen – temas en el siguiente orden, sin rotulación:	
*Introducción. Objetivos. Método.	
*Resultados. Análisis. Principales hallazgos.	
*Conclusiones	
-Abstract: máximo 250 palabras.	
-Palabras Claves: máximo 5 palabras, en orden descendente de importancia.	
<b>8. Páginas Subsiguientes: Texto</b>	
-Introducción (no rotulada).	
-Estado del Conocimiento (antecedentes).	
-Problema.	
-Hipótesis.	
-Objetivos.	
*Objetivo General.	
*Objetivos Específicos.	
-Método.	
• Diseño.	
• Instrumentos y materiales o Dispositivos.	
• Participantes.	
• Procedimiento.	
- Análisis y Discusión de Resultados.	
- Conclusiones, Sugerencias y Limitaciones.	
-Referencias Bibliográficas.	
<b>9. No tiene citas y/o notas al pie de página.</b>	

[1] Correspondencia puede ser remitida a [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) Dra. Norma Coppari (M.S., M.E.), Editora General de la Revista EUREKA-CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica” de Asunción-Paraguay

[2] Correspondencia puede ser remitida a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) Dra. Norma Coppari (M.S., M.E.), Editora General de la Revista EUREKA- CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica” de Asunción-Paraguay.

*INDICE*

**Prologo**

Dra. Alicia Álvarez Aguirre

**Editorial**

Dra. Norma B. Coppari.

**Artículos Originales:**

Bienestar espiritual relacionado con la calidad de vida en personas con Diabetes tipo 2.

Intervención de enfermería para el control metabólico en personas con Diabetes tipo 2:  
Resultados preliminares.

Apoyo familiar como predictor en la Autogestión de las personas con Diabetes tipo 2.

Intervención de enfermería para disminuir el sobrepeso/obesidad de mujeres en etapa  
preconcepcional: Resultados preliminares.

Barreras y Autoeficacia para la Actividad Física y Alimentación Saludable en Mujeres  
Embarazadas.

Consumo de alcohol en adolescentes: Un análisis de género.

Intervención en padres para favorecer la autoeficacia en comunicación sobre sexualidad:  
Resultados preliminares.

Calidad de vida laboral de trabajadores operarios de una empresa de manufactura.

**Artículos Teóricos y de Revisión**

Percepción de la Terapia Chi Kung en pacientes con Diabetes Tipo 2.

¿El principio del fin o el inicio de vivir? Valorando la vida después del VIH.

Experiencias de riesgo en consumidores de drogas.

La parte intrínseca del ser con consumo de alcohol, en un contexto hospitalario.

Rituales para cuidar al neonato según la cosmovisión de comunidades Nahuas.

Micro machismos: El poder de la sujeción enmascarado de amor romántico.

Soledad en el adulto mayor: Análisis de concepto.

**Política Editorial.**



CDID

Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica

**EUREKA Órgano Oficial de Comunicación Científica del CDID**