

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. 19, N° M, 2022***  
***“Conductas de***  
***Riesgo para la***  
***Salud”***

***CDID “Centro de***  
***Documentación,***  
***Investigación***  
***y Difusión de***  
***Psicología***  
***Científica”***  
***Asuncion-Paraguay***



**Eureka**

**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 [normacopparipy@gmail.com](mailto:normacopparipy@gmail.com).

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 autoras/res 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 autoras/res 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 [normacopparipy@gmail.com](mailto:normacopparipy@gmail.com).

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, Vol. 19, N° M, 2022**  
**“Conductas de Riesgo para la Salud”**

**Editora General**

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

**Comité Científico Dictaminador**

Dra. Alicia Álvarez Aguirre, Universidad de Guanajuato (Coordinadora)  
 Dra. Lucero Fuentes Ocampo, Dra. María Mercedes Moreno González, MCE. Mayra del Carmen Ortega Jiménez, Dra. Marcela Ortega Jiménez, MCE. Pablo Medina Quevedo, Dra. Luxana Reynaga Ornelas, MCE. Alicia Sarahy Martín del Campo Navarro, MCE. Claudia Alejandra Cervantes Lara, Universidad de Guanajuato  
 Dra. María Antonieta Mendoza Ayala, MCE. Mercedes Sanchez Perales, Dra. Verónica Margarita Hernández Rodríguez, Dra. María del Carmen Castruita Sánchez, MSP. Miriam Barrón Ugalde, Universidad Autónoma de Querétaro  
 Dra. Luvia del Carmen Castillo Arcos, Universidad Autónoma del Carmen  
 Dra. Martha Ofelia Valle Solís, Universidad Autónoma de Nayarit  
 MCE. Jonathan Josué Vázquez Pérez, Dr. Mario del Ángel González, Universidad de Guadalajara  
 Dr. José Luis Higuera Sainz, Dr. José Alfredo Pimente Jaimes, Dr. Geu Salome Mendoza Catalán, Dr. Arodi Tizóc Márquez, Universidad Autónoma de Baja California  
 Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar, Dra. Vanesa Jiménez Arroyo, MCE. Brenda Martínez Ávila,  
 Dra. María de Jesús Ruiz Reséndiz, ME Azucena Lizalde Hernández, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo  
 MCE. Lisseth Rodríguez Cruz, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
 Dra. Yolanda Bañuelos Barrera, Dra. Patricia Bañuelos Barrera, Dra. Isabel Beristain García, Universidad Juárez del Estado de Durango  
 Dra. Xolyanetzin Montero Pardo, Jessica Guadalupe Ahumada Cortez, Mario Enrique Gámez Medina, Universidad Autónoma de Sinaloa  
 Dra. Perla María Trejo Ortíz, Universidad Autónoma de Zacatecas  
 Dr. Anibal Espinosa Aguilar, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana  
 Dr. Jesús Alejandro Guerra Ordoñez, Universidad Autónoma de Tamaulipas  
 Dra. Nora Angélica Armendáriz García, Universidad Autónoma de Nuevo León  
 Dra. Natalia Ramírez Girón, Universidad de las Américas Puebla  
 Dra. Claudia Orozco Gómez, MSN. Clarisa Luna Ferrales, Universidad Autónoma de Chihuahua  
 Dra. Leticia Cortaza Ramírez, Universidad Veracruzana  
 Dra. Eva Kerena Hernández Martínez, Dra. Alejandra Leija Mendoza, Dra. Luz Elena Rodríguez Mejía,  
 Dra. Yolanda Ivonne Trujillo León, Universidad Autónoma de Coahuila  
 Dr. Erick Alberto Landeros Olvera, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
 Dr. José Luis Mendoza García, Universidad de la Salud del Estado de Puebla  
 Dra. Antonieta de Jesús Banda Pérez, Universidad Autónoma de San Luis Potosí  
 Dra. Lucila Acevedo Figueroa, Universidad Autónoma de Guerrero  
 Dra. Sandra Lidia Peralta Peña, Dra. María Rubí Vargas, Universidad de Sonora

**Correctora de Estilo APA Español/Ingles**

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

**Responsable Web Máster**

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 [normacopparipy@gmail.com](mailto:normacopparipy@gmail.com).

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*

### Editorial

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

### Prologo

Dra. Alicia Álvarez-Aguirre.....pp.10-11

### Artículos Originales:

**Intervención APÓYAME para la autogestión y control glucémico de las personas con Diabetes tipo 2. Autores:** Juan Alberto López- González, Alicia Álvarez Aguirre, José Luis Higuera Sainz, Blanca Escobar-Castellanos, Jacqueline Alejandra Encinas Bojórquez, Yaneth Guadalupe Acosta Valencia. Universidad de Sonora, Departamento de Enfermería; Centro Médico Dr. Ignacio Chávez; Universidad de Guanajuato; Universidad Autónoma de Baja California, México.....pp.12-38

**Estilo de vida y nivel de riesgo para diabetes en adultos de Morelia, Michoacán, México. Autores:** Ma. de Jesús Ruiz-Reséndiz, Vanesa Jiménez-Arroyo, Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala, Alicia Álvarez-Aguirre, Silvia Paniagua-Ramírez. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería, Michoacán, México.....pp.39-52

**Adherencia terapéutica de personas con diabetes en una Comunidad pesquera: estudio cuantitativo. Autores:** Grever María Ávila Sansores, Patricia Isolina del Socorro Gómez Aguilar, Julia Alejandra Candila Celis, Guadalupe García-Escalante, Nina Valadez-González y Gerardo Ruvalcaba Palacios. Universidad de Guanajuato, Campus Irapuato Salamanca, División Ciencias de la Vida, Departamento de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Yucatán, Centro de Investigación Regional Dr. Hideyo Noguchi, México..... pp.53-71

**Prevalencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad vascular periférica en Guanajuatenses. Autores:** Ma. Teresa Pratz Andrade. Departamento de Enfermería y Obstetricia, División de Ciencias Naturales y Exactas del Campus Guanajuato De la Universidad de Guanajuato, México.....pp.72-82

**Consumo de alcohol y tabaco, autoeficacia e indicadores de riesgo académico en universitarios mexicanos. Autores:** Alma Gloria Vallejo-Casarín, María Elena Rivera-Heredia, Aranza Gabriela Rodríguez Hernández y Ashley Yoav Saldaña Gutiérrez. Universidad Veracruzana (México) Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.....pp.83-101



**Caracterización del Consumo de Tabaco y Estrés Percibido en Jóvenes Universitarios. Autores:** Lucero Fuentes Ocampo, Atzyri Marleny Galván-Soto, Edgar David Cárdenas Chávez, Ma. Gloria Vega Argote, Erik Díaz Cervantes, Juan Yovani Telumbre Terrero. Universidad de Guanajuato, Centro Interdisciplinario del Noreste. México.....pp.102-116

**Apoyo social y comportamiento de sexo seguro en adolescentes. Autores:** Sahra Noemi Hernández Reséndiz Lucero Fuentes-Ocampo, Claudia Marcela Cantú-Sánchez, Lucía Caudillo-Ortega, Alfredo Lara-Morales y Jorge Emmanuel Mejía-Benavides. Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato, México.....pp.117-130

**Actitud y barreras percibidas para la conducta anticonceptiva. Autores:** María Luisa Flores-Arias, María del Carmen Santes-Bastian, Lucía Caudillo-Ortega, Gloria Maricela Guerra-Rodríguez, Sandra Paloma Esparza-Dávila y María Teresa Pratz-Andrade. Universidad de Guanajuato, Universidad Veracruzana, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Universidad de Monterrey. México.....pp.131-143

**Compulsividad sexual en adultos jóvenes. Autores:** Miguel Ángel Alcántar Gasca, José Manuel Herrera Paredes, Ma. Teresa Pratz Andrade, Elizabeth Guzmán Ortiz y Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz. Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, Departamento de Enfermería y Obstetricia; Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería, México.....pp.144-155

**Dinámica Familiar relacionada a conducta sexual de riesgo para VIH en universitarios de la salud en Morelia, México. Autores:** Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar, Dra. Ma. Lilia A. Alcantar Zavala, Dra. Vanesa Jiménez Arroyo, ME. Guadalupe Ortiz Mendoza, Dra. Ma. Elena Rivera Heredia, Dra. Alicia Álvarez Aguirre. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Secretaría de Salud de Michoacán, Universidad de Guanajuato, México.....pp.156-170

**Contraposición de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Autores:** Vanesa Jiménez Arroyo, Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz, Mayra Itzel Huerta Baltazar, Brenda Martínez Ávila. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.....pp.171-190

**Riesgo académico, síntomas depresivos y recursos psicológicos en estudiantes universitarios: un análisis de género. Autores:** María Elena Rivera-Heredia, Ma. Del Rocío Figueroa-Varela, Claudia López-Becerra, María Magdalena Lozano-Zúñiga. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad Autónoma de Nayarit y Universidad Pedagógica Nacional, Campus Ajusco, México. ....pp.191-208

**Riesgo de genotoxicidad oral: diferencias entre conocimiento y práctica en el contacto con citostáticos por enfermería. Autores:** Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala, Mayra Itzel Huerta-Baltazar, Ma. de Jesús Ruiz-Recéndiz y Lizbeth Barajas de la Vega. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería. Morelia, Michoacán. México<sup>2</sup> Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología, México. ....pp.209-226



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

**Conductas de riesgo en universitarios: una revisión sistemática. Autores:** María Magdalena Lozano-Zúñiga. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.....pp.227-241

**Modelo para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal. Autores:** Clara Teresita Morales Álvarez, Norma Elva Sáenz Soto, Juan Carlos Barrera de León, María Luisa Fores Arias, Universidad Autónoma de Nuevo León, Instituto Mexicano del Seguro Social, Universidad de Guanajuato, México.....pp.242-264

**Experiencia Vivida Durante el Aprendizaje en Línea: La Salud Mental del Estudiante. Autores:** María de Jesús Pérez Vázquez, Ma. Gloria Calixto-Olalde, Alma Delia Frayre de la O y Lucrecia Monserrat López Lizárraga. Universidad Autónoma de Sinaloa y Universidad de Guanajuato, México.....pp.265-282

**Efectos del tabaco y alcohol en Personas Diagnosticadas con Lupus Eritematoso Sistémico: una Revisión Sistemática. Autores:** Francisco Javier Corrales Sánchez, Annel González Vázquez, Arodi Tizoc Márquez. Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Enfermería, Campus Mexicali, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, México.....pp.283-295

**Intervenciones de enfermería para el control de peso corporal en adultos: revisión sistemática. Autores:** Yaneth Guadalupe Acosta Valencia, María Mercedes Moreno González, Alicia Álvarez Aguirre, Juan Alberto López González, Geu Salomé Mendoza Catalán y José Luis Higuera Sainz. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías (DCSI) del Campus Celaya-Salvatierra (CCS) de la Universidad de Guanajuato (UG). Celaya, Guanajuato, Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California, México.....pp.296-313

**Experiencia de cuidado en el adulto mayor: Narrativa de cuidado de enfermería. Autores:** Pablo Aguilar Villagómez, Elizabeth Guzmán-Ortíz, Yadira Mejía-Mejía, María Mercedes Moreno-González, José Manuel Herrera-Paredes. Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma de Chihuahua, México.....pp.314-327

**Motivos del Consumo de Drogas en la Población Homosexual. Autores:** Leticia Casique Casique, Margarita Bautista Vázquez, Brenda Mayela Jacobo Hernández, Jéscica Pilar Mendoza Morín, María de Jesús Martínez Cañada y Karen Jaqueline Orozco Paramo. Universidad de Guanajuato, México.....pp.328-338

**Política Editorial.....pp. 339-343**



## *INDEX*

### Editorial

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

### Foreword

Dra. Alicia Álvarez-Aguirre.....pp.10-11

### Original Papers

**SUPPORT ME** intervention for self-management and glycemic control of people with type 2 diabetes. **Researchers:** Juan Alberto López- González, Alicia Álvarez Aguirre, José Luis Higuera Sainz, Blanca Escobar Castellanos, Jacqueline Alejandra Encinas Bojórquez, Yaneth Guadalupe Acosta Valencia. Universidad de Sonora, Departamento de Enfermería; Centro Médico Dr. Ignacio Chávez; Universidad de Guanajuato; Universidad Autónoma de Baja California, México.....pp.12-38

**Lifestyle and risk level for diabetes in adults from Morelia, Michoacán, Mexico.** **Researchers:** Ma. de Jesús Ruiz-Reséndiz, Vanesa Jiménez-Arroyo, Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala, Alicia Álvarez-Aguirre, Silvia Paniagua-Ramírez. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería, Michoacán, México.....pp.39-52

**Therapeutic adherence of people with diabetes in a fishing community: a quantitative study.** **Researchers:** Grever María Ávila Sansores, Patricia Isolina del Socorro Gómez Aguilar, Julia Alejandra Candila Celis, Guadalupe García-Escalante, Nina Valadez-González y Gerardo Ruvalcaba Palacios. Universidad de Guanajuato, Campus Irapuato Salamanca, División Ciencias de la Vida, Departamento de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Yucatán, Centro de Investigación Regional Dr. Hideyo Noguchi, México..... pp.53-71

**Prevalence and risk factors associated with peripheral vascular disease in Guanajuato residents.** **Researcher:** Ma. Teresa Pratz Andrade. Departamento de Enfermería y Obstetricia, División de Ciencias Naturales y Exactas del Campus Guanajuato De la Universidad de Guanajuato, México.....pp.72-82

**Alcohol and tobacco consumption, self-efficacy, and indicators of academic risk in Mexican university students.** **Researchers:** Alma Gloria Vallejo-Casarín, María Elena Rivera-Heredia, Aranza Gabriela Rodríguez Hernández y Ashley Yoav Saldaña Gutiérrez. Universidad Veracruzana, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.....pp.83-101



**Characterization of Tobacco Consumption and Perceived Stress in Young University Students. Researchers:** Lucero Fuentes Ocampo, Atzyri Marleny Galván-Soto, Edgar David Cárdenas Chávez, Ma. Gloria Vega Argote, Erik Díaz Cervantes, Juan Yovani Telumbre Terrero. Universidad de Guanajuato, Centro Interdisciplinario del Noreste. México.....pp.102-116

**Social support and safe sex behavior in adolescents. Researchers** Sahra Noemi Hernández Reséndiz, Lucero Fuentes-Ocampo, Claudia Marcela Cantú-Sánchez, Lucía Caudillo-Ortega, Alfredo Lara-Morales y Jorge Emmanuel Mejía-Benavides. Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato, México.....pp.117-130

**Attitude and perceived barriers to contraceptive behavior. Researchers:** María Luisa Flores-Arias, María del Carmen Santes-Bastian, Lucia Caudillo-Ortega, Gloria Maricela Guerra-Rodríguez, Sandra Paloma Esparza-Dávila y María Teresa Pratz-Andrade. Universidad de Guanajuato, Universidad Veracruzana, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Universidad de Monterrey. México.....pp.131-143

**Sexual compulsivity in young adults. Researchers:** Miguel Ángel Alcántar Gasca, José Manuel Herrera Paredes, Ma. Teresa Pratz Andrade, Elizabeth Guzmán Ortiz y Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz. Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, Departamento de Enfermería y Obstetricia; Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería, México.....pp.144-155

**Family dynamics factor associated with sexual risk behavior for HIV in students of the health in Morelia, Mexico. Researchers:** Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar, Dra. Ma. Lilia A. Alcantar Zavala, Dra. Vanesa Jiménez Arroyo, ME. Guadalupe Ortiz Mendoza, Dra. Ma. Elena Rivera Heredia, Dra. Alicia Álvarez Aguirre. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Secretaría de Salud de Michoacán, Universidad de Guanajuato, México.....pp.156-170

**Counterposition of risky eating behaviors in adolescents. Researchers:** Vanesa Jiménez Arroyo, Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz, Mayra Itzel Huerta Baltazar, Brenda Martínez Ávila. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.....pp.171-190

**Academic risk, depressive symptoms and psychological resources in university students: a gender analysis. Researchers:** María Elena Rivera-Heredia, Ma. Del Rocío Figueroa-Varela, Claudia López-Becerra, María Magdalena Lozano-Zúñiga. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad Autónoma de Nayarit y Universidad Pedagógica Nacional, Campus Ajusco, México.....pp.191-208

**Risk of oral genotoxicity: differences between knowledge and practice in contact with cytostatics by nursing Researchers:** Maria Lilia Alicia Alcántar-Zavala, Mayra Itzel Huerta-Baltazar, Ma. de Jesús Ruiz-Recéndiz y Lizbeth Barajas de la Vega. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería. Morelia, Michoacán, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología, México.....pp.209-226



### Theoretical Articles and Case Study

**Risk behaviors in university students: a systematic review. Researcher:** María Magdalena Lozano-Zúñiga. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México.....pp.227-241

**Model for the use of contraceptives in perinatal adolescents. Researchers:** Clara Teresita Morales Álvarez, Norma Elva Sáenz Soto, Juan Carlos Barrera de León, María Luisa Fores Arias. Universidad Autónoma de Nuevo León, Instituto Mexicano del Seguro Social, Universidad de Guanajuato, México.....pp.242-264

**Lived Experience During Online Learning: The Student's Mental Health. Researchers:** María de Jesús Pérez Vázquez, Ma. Gloria Calixto-Olalde, Alma Delia Frayre de la O y Lucrecia Monserrat López Lizárraga. Universidad Autónoma de Sinaloa y Universidad de Guanajuato, México.....pp.265-282

**Effects of tobacco and alcohol in People Diagnosed with Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review. Researchers:** Francisco Javier Corrales Sánchez, Annel González Vázquez, Arodi Tizoc Márquez. Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Enfermería, Campus Mexicali, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, México.....pp.283-295

**Nursing interventions for body weight control in adults: systematic review. Researchers:** Yaneth Guadalupe Acosta Valencia, María Mercedes Moreno González, Alicia Álvarez Aguirre, Juan Alberto López González, Geu Salomé Mendoza Catalán y José Luis Higuera Sainz. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías (DCSI) del Campus Celaya-Salvatierra (CCS) de la Universidad de Guanajuato (UG). Celaya, Guanajuato, Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California, México.....pp. 296-313

**Experience of care in the elderly: Narrative of nursing care. Researchers:** Pablo Aguilar Villagómez, Elizabeth Guzmán-Ortíz, Yadira Mejía-Mejía, María Mercedes Moreno-González, José Manuel Herrera-Paredes. Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma de Chihuahua, México.....pp.314-327

**Motives for Drug Use in the Homosexual Population. Researchers:** Leticia Casique Casique, Margarita Bautista Vázquez, Brenda Mayela Jacobo Hernández, Jéssica Pilar Mendoza Morín, María de Jesús Martínez Cañada y Karen Jaqueline Orozco Paramo. Universidad de Guanajuato, México. ....pp.328-338

**Editorial Policy**..... pp.339-343



## Editorial

Como ya es costumbre en la Revista EUREKA, por estas fechas estamos presentando una nueva versión Monográfica, el Vol.19, N° *M*, 2022 “**Conductas de Riesgo para la Salud**”. Lo hacemos con mucha satisfacción por que siempre estamos creciendo en nuestra tarea de difundir ciencia con calidad latinoamericana, y compromiso con la salud ambiental sustentable de todos los seres vivos y sintientes de nuestra aldea global.

Seguimos transitando, aunque ya más adaptados, por las consecuencias dejadas por la pandemia de COVID 19, viviendo un momento crítico dentro de una sindemia en salud mental que afecta a todos los países. Las pérdidas de más de 4 millones de vidas a escala mundial, el crecimiento de contagios ante nuevas variantes que no cesa, la triple sindemia respiratoria en pleno crecimiento en ambos hemisferios, el desgaste de nuestros profesionales de blanco, frente a campañas de vacunación aun insuficientes, para lograr la ansiada inmunidad de rebaño, caracterizan un panorama aleccionador para la humanidad. La salud medioambiental, la física, la mental, y la salud sostenible/sustentable, nos interesan en especial, sobre todo, después de evidencias contundentes, que demuestran una causalidad humanoperante, una interdependencia e interrelación entre los estilos de vida de consumo y hábitos de depredación propias de nuestra especie HOMO SAPIENS.

En ese contexto, el número monográfico, que como editora de la Revista EUREKA me honro en presentar, no puede ser más oportuno y consonante con dichas consecuencias evitables, la responsabilidad social de tomar conciencia y proactividad para cambiar nuestros comportamientos nada saludables se llama HOY, no tenemos opción B.



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 sexta edición monográfica que se publica. Son actores: Universidad de Guanajuato, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad de Sonora, Universidad Autónoma de Baja California, Universidad Veracruzana, Universidad Autónoma de Nayarit, Universidad Pedagógica Nacional, Universidad Autónoma de Chihuahua, Universidad Autónoma de Sinaloa, Universidad Autónoma de Nuevo León, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Centro Médico Dr. Ignacio Chávez), Secretaría de Salud de Michoacán, Universidad Autónoma de Yucatán y Centro de Investigación Regional Dr. Hideyo Noguchi.

El Monográfico presenta 20 artículos de integrantes de los grupos de investigación de las universidades con el objetivo de difundir la generación de conocimiento en materia de conductas de riesgo para la salud, y contribuir en el desarrollo y fortalecimiento de los grupos de investigación en permanente consolidación. 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. Muy especialmente, a la Dra. 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 presido.

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

EDITORA

EureKa



## Prologo “Conductas de Riesgo para la Salud”

Las conductas de riesgo para la salud son comportamientos que atentan contra la integridad de salud de las personas, ya sea de forma inmediata o tardía. El consumo de sustancias psicoactivas, tabaco y alcohol en exceso, así como, dietas nocivas y relaciones sexuales sin protección son un ejemplo de estas. Por tanto, el presente número monográfico de Eureka Revista Científica de Psicología trata sobre conductas de riesgo para la salud.

Las conductas de riesgo para la salud aumentan significativamente a nivel mundial y son una amenaza que no solo pone en peligro la salud individual y la esperanza de vida, sino que, también afecta a la sociedad, limitan el potencial de las familias y debilitan el progreso sanitario y económico de los países en desarrollo, lo que justifican su intervención. En este sentido, un rasgo común de los comportamientos de riesgo es la desconexión entre el placer y las consecuencias que conllevan, además, de que rara vez ocurren de forma aislada, donde, la presión por pares, las redes y las normas sociales a menudo juegan un papel importante en las opciones para iniciar, continuar o abandonar estos comportamientos.

Por lo que, los profesionales de la salud pueden y deben ser agentes de prevención, y, así disminuir las consecuencias negativas. Si se modifica el curso de estas conductas al fomentar condiciones que promuevan mejores elecciones en materia de salud, se beneficiara la salud individual, familiar y social. Sin olvidar, que las conductas de riesgo tienen muchas características y son multifacéticas. En este contexto, los profesionales de la salud han sumado esfuerzos en la investigación de las conductas de riesgo para la salud, en distintas poblaciones y áreas de cuidado. Dentro de las cuales se encuentran modelos de cuidado, revisiones sistemáticas, intervenciones, estudios de género, así como, narrativas, entre otros.



Por ello, es necesario continuar con el estudio del fenómeno bajo la perspectiva holística para la detección de posibles conductas de riesgo presentes en las personas. Por tanto, generar evidencia científica relacionada con la problemática provee un marco referencial que propicia la implementación de estrategias innovadoras y exitosas.

El número monográfico sobre conductas de riesgo para la salud incluye 20 artículos, de autoría de profesionales de la salud. El propósito de este número monográfico es la difusión del conocimiento producto de la generación de estudios bajo diversos diseños metodológicos que estudian las conductas de riesgo. Además, este esfuerzo realizado por investigadores ha favorecido el desarrollo de los grupos de investigación. En este número participaron la Universidad de Guanajuato, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad de Sonora, Universidad Autónoma de Baja California, Universidad Veracruzana, Universidad Autónoma de Nayarit, Universidad Pedagógica Nacional, Universidad Autónoma de Chihuahua, Universidad Autónoma de Sinaloa, Universidad Autónoma de Nuevo León, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de Salud de Michoacán, Universidad Autónoma de Yucatán, Centro de Investigación Regional Dr. Hideyo Noguchi. Los resultados de estas investigaciones son un referente de los avances y desafíos de los profesionales de la salud en estudios del fenómeno de las conductas de riesgo 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.

Dra. Alicia Álvarez Aguirre  
Profesora Departamento de Enfermería Clínica  
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías  
Campus Celaya Salvatierra  
Universidad de Guanajuato

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar  
Profesora Investigadora Facultad de Enfermería  
Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo



## Intervención APÓYAME para la autogestión y control glucémico de las personas con Diabetes tipo 2

SUPPORT ME intervention for self-management and glycemic control of people with type 2 diabetes

Juan Alberto López- González <sup>1</sup>, Alicia Álvarez Aguirre <sup>2</sup>, José Luis Higuera Sainz <sup>3</sup>, Blanca Escobar-Castellanos <sup>4</sup>, Jacqueline Alejandra Encinas Bojórquez, <sup>5</sup> Yaneth Guadalupe Acosta Valencia <sup>6</sup>  
Universidad de Sonora, Departamento de Enfermería;  
Centro Médico Dr. Ignacio Chávez; Universidad de Guanajuato;  
Universidad Autónoma de Baja California

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 01/06/2022

Aceptado:19/11/2022

### Resumen

**Introducción:** Las personas que padecen diabetes tipo 2 deben realizar una autogestión y control glucémico de manera continua, y para lograrlo requieren de un apoyo por parte de la familia y del equipo de salud. **Objetivo:** Evaluar el efecto de la intervención APÓYAME para la autogestión y control glucémico en las personas con diabetes tipo 2. **Metodología:** Estudio cuasi experimental, con aleatorización simple de 25 personas a un grupo control e intervención, reclutados de una institución pública del noroeste de México.

<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), <https://orcid.org/0000-0001-5751-6137>

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

<sup>3</sup> Doctor, Profesor Investigador, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, Baja California, México. [higueraj99@uabc.edu.mx](mailto:higueraj99@uabc.edu.mx), <https://orcid.org/0000-0003-1824-8963>

<sup>4</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, Hospital Dr. Fernando Ocaranza ISSSTE, Hermosillo, Sonora, México. [blanca.escobar@unison.mx](mailto:blanca.escobar@unison.mx), <http://orcid.org/0000-0001-9239-0461>

<sup>5</sup> Enfermera Especialista, Profesora de asignatura, Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, Hospital Infantil del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora, México. [jacqueline.encinas@unison.mx](mailto:jacqueline.encinas@unison.mx), <https://orcid.org/0000-0003-1303-080X>

<sup>6</sup>Estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería. Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra. Celaya, Guanajuato, México. [Yg.acostavalencia@ugto.mx](mailto:Yg.acostavalencia@ugto.mx).

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

Los individuos incluidos en el grupo intervención recibieron el programa “APÓYAME” que incluye seis sesiones educativas, tres visitas domiciliarias, y la inclusión de un familiar. Se usaron instrumentos para medir el conocimiento de la diabetes, la autogestión, y el apoyo social. **Resultados:** Excepto la edad, el tiempo de diagnóstico, el tiempo de haber recibido educación y el género, no se observaron diferencias significativas entre los grupos. El conocimiento de la enfermedad, la autogestión y el apoyo social mejoraron de forma significativa en el grupo intervención. El efecto obtenido con el tratamiento tuvo una diferencia significativa y un alto efecto. En la HbA1C  $t(12) = 2.443$ ,  $p = .031$ ,  $d = 0.677$ ; en el conocimiento  $t(12) = -5.582$ ,  $p < 0.01$ ,  $d = 1.548$ ; la autogestión  $t(12) = -4.973$ ,  $p < 0.01$ ,  $d = 0.1.379$ ; y el apoyo social  $t(12) = -2.673$ ,  $p = 0.020$ ,  $d = 0.741$ . **Conclusiones:** La intervención APÓYAME contribuyó a mejorar el conocimiento de la enfermedad, la autogestión y el apoyo social en las personas con diabetes tipo 2 y produjo un alto efecto en la disminución de la HbA1C.

*Palabras clave:* Cuidado de Enfermería, Diabetes Mellitus Tipo 2, Autogestión, Control Glucémico.

## Abstract

**Introduction:** People with type 2 diabetes must perform continuous self-management and glycemic control, and to achieve this they require support from the family and the health team. **Objective:** To evaluate the effect of the SUPPORT ME intervention for self-management and glycemic control in people with type 2 diabetes. **Methodology:** Quasi-experimental study, with simple randomization of 25 people to a control and intervention group, recruited from a public institution in the northwest of Mexico. The individuals included in the intervention group received the "SUPPORT ME" program that includes six educational sessions, three home visits, and the inclusion of a family member. Instruments were used to measure diabetes knowledge, self-management, and social support. **Results:** Except for age, time of diagnosis, time of having received education and gender, no significant differences were observed between the groups. Knowledge of the disease, self-management and social support improved significantly in the intervention group. The effect obtained with the treatment had a significant difference and a high effect. In HbA1C  $t(12) = 2.443$ ,  $p = .031$ ,  $d = 0.677$ ; in knowledge  $t(12) = -5.582$ ,  $p < 0.01$ ,  $d = 1.548$ ; self-management  $t(12) = -4.973$ ,  $p < 0.01$ ,  $d = 0.1.379$ ; and social support  $t(12) = -2.673$ ,  $p = 0.020$ ,  $d = 0.741$ . **Conclusions:** The SUPPORT ME intervention contributed to improving knowledge of the disease, self-management and social support in people with type 2 diabetes and produced a high effect on the reduction of HbA1C.

*Key words:* Nursing Care, Diabetes Mellitus Type 2, Self-Management, Glycemic Control.

La diabetes tipo 2 es un trastorno metabólico crónico, considerada como un problema de salud pública, que afecta el bienestar de la persona y la relación con sus seres queridos. (Al-Dwaikat et al., 2021; Wichit et al., 2017; Young et al., 2020). La Internacional Diabetes Federation estima que para el 2045 habrá un incremento del 16% y el mayor aumento será en población de países en vías de desarrollo. México en el 2021 ocupó el séptimo lugar como país con mayor número de adultos de 20 a 79 años (14.1 millones), además, se estima que alrededor de 6.7 millones de mexicanos padecen de esta enfermedad y aún no han sido diagnosticados (International Diabetes Federation, 2021).

A nivel mundial se han llevado a cabo diversas intervenciones para mejorar el cumplimiento del control de la diabetes, sin embargo, una barrera importante para una atención óptima es un sistema de prestación que a menudo está fragmentado. La American Diabetes Association propone un modelo de atención estandarizado para garantizar la calidad de la atención en diabetes, donde hace hincapié en el apoyo a la autogestión y un enfoque de participación multidisciplinaria para mejorar el bienestar de estas personas (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2022a).

El control glucémico (CG) es uno de los principales objetivos del tratamiento de las personas que padecen diabetes (Tabasi et al., 2014). Para lograr un óptimo CG y mejores resultados de bienestar, existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, dentro de los no farmacológicos se encuentran la autogestión, la cual hace referencia a aquellas acciones que la persona realiza para lograr una alimentación saludable, incremento de la actividad física, un monitoreo de glucemia (en sangre o capilar), manejo de emociones y adherencia al tratamiento farmacológico (Hu et al., 2013; Wallace et al., 2019). Se reconoce ampliamente que la autogestión como un predictor útil para lograr el CG (Wichit et al., 2017).

Así mismo, para lograr una autogestión de manera eficaz, la literatura reporta que existen tres elementos indispensables para lograrlo: a) el afrontamiento, b) la autoeficacia y c) apoyo social. También factores como el número de medicamentos, el nivel educativo, el conocimiento de la enfermedad, el tiempo de padecerla y las creencias en salud, entre otros (Albai et al., 2017; Ashur et al., 2016; Smith-Miller et al., 2016; Yang et al., 2016). El Apoyo Social (AS) se refiere a la percepción de ayuda en relación con situaciones estresantes del contexto.

En la última década, ha despertado gran interés evaluar el efecto mediador que tiene el AS sobre las personas con diabetes tipo 2. En los estudios realizados por L. Yang et al., (2021) y Arda Sürücü et al., (2018), encontraron una relación positiva y significativa entre el AS y las actividades de autogestión. En el estudio llevado a cabo por Al-Dwaikat et al., (2021) se encontró que el AS influye en resultados psicológicos, la autoeficacia y la autogestión. Con ello se infiere que el AS es de gran importancia para la autogestión de la diabetes.

Se han desarrollado diversos estudios a nivel internacional sobre intervenciones educativas para generar una autogestión efectiva en las personas con diabetes tipo 2, en dichos tratamientos se ha involucrado un miembro de la familia y se han obtenido resultados positivos. En estos se ha encontrado un incremento del AS, el grado de bienestar, las acciones de autogestión, el manejo de las emociones; así mismo, la reducción de los marcadores biomédicos como la HbA1C y la glucosa en sangre (García et al., 2014; Hu et al., 2013; Spencer-Bonilla et al., 2017; Tabasi et al., 2014; Wichit et al., 2017). Por tal motivo despertó el interés en desarrollar una intervención educativa para la autogestión y control glucémico en las personas con diabetes tipo 2 (PDT2) inscritas en una institución pública al noroeste de México.

## **Hipótesis**

El grupo de PDT2 que recibe la intervención APÓYAME presentará mejor conocimiento en diabetes, autogestión, apoyo social y control glucémico, en comparación con las personas del grupo comparación que recibe la intervención establecida por la institución pública del noroeste de México.

## **Objetivo General**

Evaluar el efecto de la intervención APÓYAME para la autogestión y control glucémico en PDT2 de una institución pública del noroeste de México.

## **Objetivos específicos**

- Describir las características socio demográficas y de antropometría presentes entre los participantes del grupo, control e intervención.
- Determinar la diferencia del conocimiento en diabetes, la autogestión y el apoyo social presente entre los participantes del grupo, control e intervención en las etapas pre y postest
- Determinar el efecto del conocimiento en diabetes, la autogestión y el apoyo social en el control glucémico de los participantes del grupo intervención en la etapa postest.

## **Método**

### **Diseño**

Estudio de enfoque cuantitativo, con diseño cuasi experimental de tipo clásico (Gray & Grove, 2021). El estudio se llevó en cuatro tiempos. En el primer tiempo se llevó a cabo la aleatorización de n=131 participantes para completar el grupo, intervención y control, de acuerdo con los criterios de selección (más adelante se mencionan los criterios).

En segundo tiempo que abarca la semana 0 a la 8 se realizó la medición de las variables a ambos grupos participantes, se entregó el material de trabajo al grupo intervención, el cual consistía en un cuaderno informativo y de trabajo, reloj contador de paso y calorías, glucómetro Instant de Roche y la dotación de tiras reactivas; al grupo control solamente se entregó un glucómetro con tiras reactivas.

El tercer tiempo que involucra la semana 9 a la 14, se implementó al grupo intervención el tratamiento APÓYAME y al grupo control recibió la atención institucional de rutina. Por último, en la semana 15 a la 18 se midió una vez más las variables de estudio a ambos grupos (Figura 1).

**Tabla 1**

*Diseño de intervención pre y postest con aleatorización de la intervención APÓYAME.*

|                                   | Grupo/Tiempo               | Tiempo     |                     |              |
|-----------------------------------|----------------------------|------------|---------------------|--------------|
|                                   |                            | Semana 0-8 | Semana 9-14         | Semana 15-18 |
| Aleatorización de grupos<br>n=131 | Grupo Intervención<br>n=16 | M1         | Tx<br>APÓYAME       | M2           |
|                                   | Grupo Control<br>n=9       | M1         | Tx<br>Institucional | M2           |

Nota: Durante este periodo en que se llevó, de manera mensual se hacía entrega de tiras reactivas a ambos grupos. M1= Medición de variables de estudio primer tiempo. Tx= Tratamiento. M2= Medición de variables de estudio segundo tiempo.

### Participantes

La población estuvo conformada por N=2,241 con padecimiento de diabetes tipo 2 que pertenece a una institución de salud pública de una ciudad del noroeste de México. El cálculo de la muestra se llevó a través del programa Epidat 4.1 con los siguientes criterios a) Comparación de proporciones independientes, b) Proporción esperada de éxito de 70% y un 10 % de fracaso, c) una razón entre tamaños muestrales de 1, d) un nivel de confianza de 95% y una potencia de 80%.

Se obtuvo un tamaño de muestras de  $n=10$  individuos para cada grupo, se le sumó un 20% por estimación de pérdidas, el cual se incrementó a 24 personas para el estudio. De acuerdo con las características (estudio de viabilidad), se tomó la decisión de incrementar en el grupo intervención aumentar a 16 personas para prevenir pérdidas y esto no influya en los análisis estadísticos (García-García et al., 2013; Noordzij et al., 2011; Polit & Beck, 2017).

La selección de los participantes fue de manear aleatoria simple y para lograrlo se llevó en dos etapas. La primera etapa consistió en la selección de participantes que asistieran a la consulta externa y de especialidad de la institución participante, al ingreso se les informaba sobre el estudio y solicitaba si deseaban participar; a cada uno de los que aceptaba participar se les aplicaba tres instrumentos:

a) Capacidad de afrontamiento, b) Autoeficacia y c) Conocimiento de la diabetes, se logró reunir en esta etapa  $n=223$ ; de los cuales solo  $n=131$  reunían los criterios de inclusión para poder entrar en el estudio (más adelante se lista los criterios de inclusión).

La segunda etapa consistió en la selección aleatoria simple de la muestra participante, para esto el personal de trabajo social colaboró, ellos se encargaban de hablarle a los participantes ( $n=131$ ) que cumplían los criterios. La asignación aleatoria se realizó con ayuda del software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), a través de selección de casos y la muestra aleatoria de casos, permitiendo asignar de manera aleatoria a los participantes en el grupo, intervención y control (se llamaba a los elegidos hasta que se logró conformar ambos grupos). Los criterios de inclusión que se siguieron fue 1) Adultos en un rango de edad de 30 a 65 años, con diagnóstico de DT2, 2) al menos un año de padecer la enfermedad, 3) disponibilidad de un familiar con mayoría de edad.

### **Instrumentos**

Para la recolección de datos fue a través de cuatro instrumentos. El primero fue una cédula de datos socio demográficos, la cual estaba integrada por dos dimensiones; la sección de datos demográficos, que incluía edad, género, escolaridad, nivel socioeconómico, tratamiento, etc., la segunda sección de medición antropométrica, que abarca peso, talla, Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de la cintura, tensión arterial y glicemia capilar. El segundo instrumento fue la Escala de apoyo social en la enfermedad crónica (SSCI, por sus siglas en inglés), diseñado para valorar la percepción del apoyo social de las personas con diabetes tipo 2; integrada por 38 ítems que miden cinco dimensiones: interacción personal (ítems 1-10), guía/información/ instrucción (ítems 11-17 y 30-36), retroalimentación (ítems 18-21,37 y 38), ayuda tangible (ítems 22-24), e interacción social (ítems 25-29), con escala de respuesta tipo Likert con puntuación 1-6, en la que 1 corresponde a insatisfecho y 6 muy satisfecho, la puntuación final obtenida es de 228 y la interpretación del resultado es a mayor puntaje mayor será el apoyo social, en el estudio llevado a cabo por Barrera Ortiz et al., (2013) obtuvo una confiabilidad de 0.95, mismo que se ha utilizado en población mexicana, en el estudio realizado por Alarcón-Mora et al., (2017) el cual obtuvo una confiabilidad de 0.96.

El tercer instrumento fue el Sumario de las actividades de autocuidado de la diabetes (SDSCA) por sus siglas en inglés, este valora las actividades de autocuidado realizadas por las personas con diabetes tipo 2 en los últimos 7 días, está conformado por 12 ítems, los primeros 11 ítems en la escala de respuesta con referencia al número de días de la semana que realiza la actividad (0 a 7 días) y el ítem 12, con respuesta dicotómica, mide la alimentación, la actividad física, la medicación, el autoanálisis de la glucosa capilar y el consumo de tabaco; la forma de evaluar el autocuidado es a partir de la puntuación obtenida, a mayor puntuación será mayor autocuidado de la persona. Este último cuenta con validación en población mexicana con una confiabilidad de 0.63 (Toobert et al., 2000).

El cuarto y último instrumento utilizado en el estudio fue el cuestionario sobre conocimientos de la diabetes (DKQ-24) por sus siglas en inglés, que mide el conocimiento después de una intervención educativa sobre diabetes y es adecuado para personas con diabetes tipo 1 y tipo 2. Conformado por 15 ítems y dividido en tres secciones; la primera sección compuesta por 12 ítems referentes a temas comunes que deben conocer las personas con diabetes tipo 2, en el caso de los ítems 5,7,8 y 10, su opción de respuesta es múltiple (si no se responde las opciones correspondientes se toma como errónea), el ítem 9 si la persona contesta a, b, c (se le asigna el puntaje de 0.3).

La segunda sección está conformada por dos ítems que se les aplican a las personas con tratamiento oral o con insulina. La tercera está conformada por un solo ítem que solo debe ser contestada por personas con diabetes tipo 1(en este estudio se suprime este ítem debido a que es población con diabetes tipo 2). El cuestionario ha tenido una confiabilidad de 0.73 (García et al., 2001), este instrumento adaptado culturalmente en población mexicana.

### **Tratamiento /intervención**

El programa APÓYAME para la autogestión y control glucémico para la persona con diabetes, se diseñó con base a la teoría del aprendizaje significativo (Aliakbari et al., 2015; Sousa et al., 2015), la teoría de rango medio de Apoyo social (Smith & Liehr, 2018), los estándares de educación de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) por sus siglas en inglés (American Diabetes Association, 2018) y Asociación del Cuidado de la Diabetes y Especialistas en Educación (ADCE) por sus siglas en inglés (Association of Diabetes Care & Education Specialists, 2022).

Los participantes (persona con diabetes y familiar significativo) aprendieron y practicaron habilidades para la autogestión de la diabetes. Lograron identificar los principales beneficios del apoyo de la familia para el desarrollo de acciones para controlar la diabetes.

Reconocieron los diferentes tipos de diabetes, principales complicaciones y tratamientos. Utilizaron los conocimientos básicos sobre nutrición para el desarrollo del plato del buen comer y diseño de menús que apoyaran su alimentación saludable. Así mismo, desarrollaron un plan de actividad física semanal y también practicaron terapias de relajación que ayudaran a controlar su estrés. Por último, realizaron la devolución toma de glicemia que contribuyó a la toma de decisiones con el resultado.

El programa consistió en seis sesiones educativas impartidas por un grupo multidisciplinario (trabajo social, médicos, psicólogos, fisioterapeuta, nutrióloga y enfermería) de la propia institución participante. Las sesiones se proporcionaron de manera grupal en díadas (individuo y miembro de la familia) y el facilitador de la sesión educativa. Las primeras dos sesiones fueron de carácter teórico de una hora, en donde el facilitador hacía una conferencia magistral, partiendo de la lluvia de ideas en relación con el tema a tratar. Las cuatro posteriores estaban diseñadas como taller de dos horas (la primera de carácter teórico y la segunda en donde se hacía devolución de lo aprendido). Para ambas estrategias de enseñanza, previamente, al participante se le había entregado un cuaderno de trabajo, en donde venía la información y actividades de cada sesión.

El cuaderno de trabajo contaba con una sección destinada a brindar información y otra de actividades relacionada con los temas. También se llevaron a cabo tres visitas domiciliarias posteriores a la etapa pretest, primera en la entrega de material, segunda posterior a intervención y tercera antes de finalizar el programa (en ellas se daba retroalimentación de dudas que tuvieran las personas en relación con el programa y su contenido). El grupo de control recibió la atención de rutina proporcionada por la institución participante.

### **Análisis**

Se utilizó estadística descriptiva para describir las características de la muestra que se presentaron por grupos (intervención y comparación). Los datos recolectados de tipo nominal y ordinal, se usó la frecuencia y porcentajes (género, estado civil, nivel escolar, etc.).

En aquellos datos de tipo métrico se usó la media, desviación estándar, máximo y mínimos (edad, tiempo de diagnóstico, índice de masa corporal, glicemia capilar, glucosa en sangre y Hemoglobina glicosilada, etc.). Para resumir las características de los pacientes se empleó la prueba de Chi- Cuadrado y t de Student respectivamente.

Se utilizó la prueba Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de los datos, obteniéndose en su mayoría la normalidad de las variables continuas. Con ello se decidió usar estadística paramétrica y se complementaron con el análisis de re-muestreo de Bootstrap para la comprobación de la hipótesis. Para poder analizar la correlación de variables (apoyo social, autogestión, conocimiento, glucosa en sangre, glicemia capilar y hemoglobina glicosilada) se usó la prueba de Correlación de Pearson (variables continuas) y Spearman (variables categóricas), para determinar la asociación en el grupo intervención posterior a la intervención y poder llevar a cabo la predicción de factores del control glucémico y la autogestión por medio de la regresión lineal múltiple; se usó la prueba de T- Student pareada, para comprobar la hipótesis y se empleó los principios de Cohen's d para medir el efecto de la intervención. La significancia estadística se fijó  $p < 0.05$  (bilateral). Todos los análisis se realizaron con el software SPSS, versión 25 (Grove & Cipher, 2017; Kim & Mallory, 2014).

### **Consideraciones éticas**

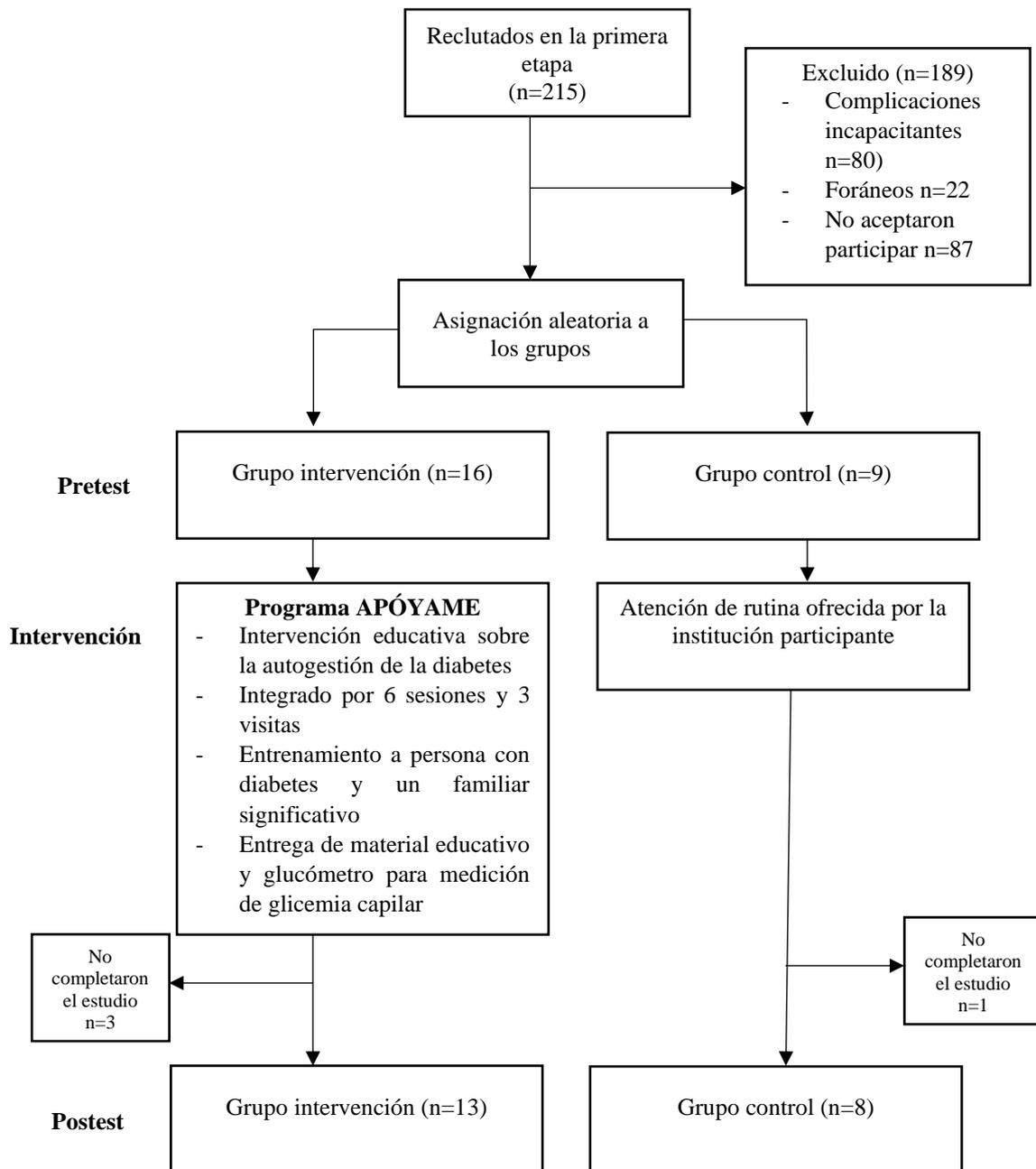
El presente estudio se apejó a los estándares y criterios éticos de la declaración del reporte de Belmont, las pautas éticas internacionales para la investigación biomédicas en seres humanos y a lo dispuesto en el reglamento de la Ley general de salud en materia de Investigación para la salud de México. Fue sometido a evaluación, al comité ético y de investigación de la institución participante y quedó con registro ENSEÑANZA-HICH-519-18; así mismo, se sometió a valoración por dos instituciones de educación superior (DCSI-CI 2019022-2/ USO313005683). Al término del estudio, el grupo control recibió el tratamiento del programa APÓYAME.

## Resultados

**Caracterización de la población:** Un total de 215 de personas (Fig. 2) expresaron su voluntad de participar en el estudio y se evaluó su elegibilidad de acuerdo con criterios establecidos, 80 personas presentaban complicaciones incapacitantes, 22 eran foráneas y 87 no aceptaron participar en el estudio.

**Figura 2**

*Diagrama de flujo de las personas que participaron en el estudio*



De las 26 personas restantes se llevó a cabo la aleatorización simple de los grupos, con 16 en el de intervención y 9 en el de control. En la etapa posttest hubo un abandono del 16% de los participantes, las causas fueron por hospitalización (grupo intervención n=3) y no aceptó seguir participando en el estudio (grupo control n=1). Ninguno de los participantes informó de alguna complicación o daño relacionado con la intervención durante el programa APÓYAME. Al inicio, excepto la edad, el tiempo de diagnóstico, el tiempo de haber recibido educación y el género, no se observaron (Tabla 2). diferencias significativas entre los grupos.

**Tabla 2**

*Características de las personas con diabetes tipo 2 asignadas al azar a grupo control e intervención.*

| Característica                                       | GC n=9       | GI n=16     | p*    |
|--|--------------|-------------|-------|
| Edad (años), media (DE)                              | 55 (3.67)    | 54 (9.66)   | <.001 |
| Tiempo de diagnóstico (años), media (DE)             | 13.77 (3.67) | 9.62 (4.42) | <.001 |
| Tiempo de haber recibido educación(años), media (DE) | 3.5 (3.18)   | 1.57 (1.17) | <.001 |
| Género f (%)   |              |             | .028  |
| <i>Masculino</i>                                     | 2 (77.8)     | 5 (31.3)    |       |
| <i>Femenino</i>                                      | 7 (22.2)     | 11 (68.8)   |       |
| Estado civil f (%)                                   |              |             | .882  |
| <i>Soltero</i>                                       | 1 (11.1)     | 2 (12.5)    |       |
| <i>Casado</i>  | 6 (66.7)     | 13 (81.3)   |       |
| <i>Viudo</i>   | 2 (22.2)     | -           |       |
| <i>Unión libre</i>                                   | -            | 1 (6.3)     |       |
| Nivel escolar f (%)                                  |              |             | .185  |
| <i>Primaria</i>                                      | 1 (11.11)    | 2 (12.5)    |       |
| <i>Secundaria</i>                                    | 3 (33.3)     | 4 (25.0)    |       |
| <i>Preparatoria</i>                                  | 1 (11.11)    | 5 (31.3)    |       |
| <i>Licenciatura</i>                                  | 1 (11.11)    | 3 (18.8)    |       |
| <i>Posgrado</i>                                      | 1 (11.11)    | -           |       |
| <i>Otros</i>   | 2 (22.2)     | 2 (22.2)    |       |
| Ocupación f (%)                                      |              |             | .737  |
| <i>Empleado</i>                                      | 5 (55.6)     | 9 (56.3)    |       |
| <i>Ama de casa</i>                                   | 2 (22.2)     | 3 (18.8)    |       |
| <i>Jubilado</i>                                      | 2 (22.2)     | 2 (12.5)    |       |
| <i>Pensionado</i>                                    | -            | 2 (12.5)    |       |
| Ingreso económico f (%)                              |              |             | .273  |
| <i>500-1000 pesos</i>                                | -            | 4 (25.0)    |       |
| <i>1001-2000 pesos</i>                               | 2 (22.2)     | 1 (6.3)     |       |
| <i>2001- 3000 pesos</i>                              | 2 (22.2)     | 5 (31.3)    |       |
| <i>Más de 3000 pesos</i>                             | 5 (55.6)     | 6 (37.5)    |       |
| Tratamiento actual f (%)                             |              |             | .543  |
| <i>Medicamento oral</i>                              | 2 (22.2)     | 5 (31.3)    |       |
| <i>Insulina</i>                                      | -            | 1 (6.3)     |       |
| <i>Ambos</i>   | 7 (77.8)     | 10 (62.5)   |       |
| Recibió educación f (%)                              |              |             | .317  |
| <i>Si</i>  | 6 (66.7)     | 4 (25.0)    |       |
| <i>No</i>  | 3 (33.3)     | 12 (75.0)   |       |

Fuente: cédula de datos sociodemográficos. Nota: GC=grupo control, GI =grupo intervención. DE= desviación estándar, f= frecuencia, % = porcentaje \*Las variables cualitativas y cuantitativas se compararon entre el grupo control e intervención usando estadísticos paramétricos y no paramétricos según el caso ( $\chi^2$  o t). La significación estadística se determinó si el valor de p <0,05.

Las personas que fueron asignadas al grupo intervención presentan menor edad (M= 54, DE=9.66,  $p<.001$ ), menor tiempo de padecer la enfermedad (M= 9.62, DE=4.42,  $p=.000$ ) y menor tiempo de haber recibido una educación (M= 1.5, DE=1.17,  $p<.001$ ) en relación con la diabetes, en comparación con el grupo control del estudio.

Respecto al género de los participantes en el grupo intervención, en su mayoría son del género femenino (11 [68.8%],  $p=0.028$ ), se encuentran activas laboralmente (9 [56.3%],  $p=0.737$ ) o son amas de casa (3 [18.8%],  $p=0.737$ ), y llevan un tratamiento mixto (insulina y medicamentos vía oral). Esto en comparación con el grupo control.

### ***Características de variables biológicas las personas participantes***

El grupo que recibió el tratamiento del programa APÓYAME presentó una disminución en la HbA1C (M=7.63, DE= 1.58), la glucosa en sangre (M=131.85, DE=38.53), la glicemia capilar (M=162.46, DE= 39.68) y el IMC (M=34.41, DE=3.86) posterior a recibir dicha intervención. En comparación con el grupo control, solo se presentó una disminución en la TAS (M=73.75, DE= 9.16) de la glicemia capilar (M=170.75, DE= 64.55) y la HbA1C (M=8.26, DE= 1.99) (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Comparación de variables biológicas entre grupos en etapa pre y postest.*

| Características | Grupo control   |                | Grupo intervención |                |
|-----------------|-----------------|----------------|--------------------|----------------|
|                 | Pretest (n=9)   | Postest (n=8)  | Pretest (n=16)     | Postest (n=13) |
|                 | M(DE)           | M(DE)          | M(DE)              | M(DE)          |
| Peso            | 85.88 (18.66)   | 91.20 (13.75)  | 92.68 (20.74)      | 94.28 (22.24)  |
| CC              | 102.11 (14.53)  | 105.75 (12.71) | 111.50 (14.02)     | 112.53 (12.32) |
| IMC             | 31.41 (5.15)    | 32.66 (4.89)   | 34.79 (4.40)       | 34.41 (3.86)   |
| TAS             | 120 (12.24)     | 131.25 (11.26) | 120.31 (11.61)     | 122.31 (10.12) |
| TAD             | 74.44 (8.81)    | 73.75 (9.16)   | 73.75 (8.85)       | 75 (7.07)      |
| GC              | 217.89 (114.95) | 170.75 (64.55) | 208.38 (101.34)    | 162.46 (39.68) |
| GS              | 186.33 (89.69)  | 194 (92.80)    | 173.75 (71.01)     | 131.85 (38.53) |
| HbA1C           | 8.66 (2.01)     | 8.26 (1.99)    | 8.52 (1.89)        | 7.63 (1.58)    |

Fuente: cédula de datos de antropometría **Nota:** M= media, DE= desviación estándar, CC= circunferencia en cintura, IMC= índice de masa corporal, TAS= tensión arterial sistólica, TAD= tensión arterial diastólica, GC= glucosa capilar, GS= glucosa en sangre, HbA1C = hemoglobina glucosilada

### Conocimiento en diabetes, la autogestión y el apoyo social.

En relación con las variables de estudio, se observa un incremento en el puntaje en los participantes del grupo intervención, en el conocimiento sobre la diabetes (M= 21,38, DE=3.42), la autogestión (M=50.92, DE= 19.23) y el apoyo social (M=211.46, DE=12.12). Esto posterior a recibir el programa APÓYAME. En comparación con el grupo control, que no muestra un incremento del puntaje en lo que respecta al apoyo social (M= 144.13, DE=44.66) (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Comparación de variables de estudio entre los participantes en etapa pre y postest.*

| Variables                       | Grupo control          |                       | Grupo intervención     |                        |
|---------------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
|                                 | Pretest (n=9)<br>M(DE) | Postest(n=8)<br>M(DE) | Pretest(n=16)<br>M(DE) | Postest(n=13)<br>M(DE) |
| <b>Conocimiento en diabetes</b> | 14.68 (3.35)           | 17.68 (5.64)          | 14.55 (4.20)           | 21.38 (3.42)           |
| <b>Autogestión</b>              | 32 (9.86)              | 36.25 (14.28)         | 36.50 (12.75)          | 50.92 (19.23)          |
| <i>Alimentación</i>             | 13.78 (6.61)           | 15.38 (9.56)          | 18.37 (6.73)           | 20.23 (5.23)           |
| <i>Actividad física</i>         | 4.22 (5.11)            | 6.13 (5.86)           | 3.87 (4.16)            | 5.85 (4.84)            |
| <i>Monitoreo de la glucosa</i>  | 2 (4.69)               | 3.88 (5.08)           | 2.62 (3.73)            | 11.23 (3.94)           |
| <i>Cuidado de los pies</i>      | 5.77 (2.27)            | 4.13 (2.94)           | 4.81 (2.97)            | 6.69 (0.63)            |
| <i>Medicación</i>               | 6.22 (2.33)            | 6.75 (0.70)           | 6.81 (0.54)            | 6.92 (0.27)            |
| <b>Apoyo social</b>             | 154.44 (64.01)         | 144.13 (44.66)        | 192.8 (28.35)          | 211.46 (12.12)         |
| <i>Interacción personal</i>     | 47 (17.33)             | 38.88 (16.17)         | 50.31 (9.14)           | 55.38 (3.86)           |
| <i>Información</i>              | 54.55 (24.75)          | 47.00 (13.79)         | 73.62 (11.43)          | 79.54 (3.59)           |
| <i>Retroalimentación</i>        | 21.11 (12.00)          | 19.88 (5.89)          | 28.75 (6.07)           | 32.69 (2.81)           |
| <i>Ayuda tangible</i>           | 10.77 (5.67)           | 11.13 (3.39)          | 14 (4.83)              | 15.77 (2.89)           |
| <i>Interacción social</i>       | 21 (10.82)             | 27.25 (25.19)         | 26.12 (6.52)           | 28.08 (2.32)           |

Fuente: cédula de datos de antropometría

Nota: M= media, DE= desviación estándar, CC= circunferencia en cintura, IMC= índice de masa corporal, TAS= tensión arterial sistólica, TAD= tensión arterial diastólica, GC= glucosa capilar, GS= glucosa en sangre, H1AC= hemoglobina glucosilada

### *Factores predictores del conocimiento, la autogestión y el control glucémico*

Se calculó el modelo de regresión línea múltiple con método de entrada para predecir el efecto del conocimiento en diabetes, la autogestión de la enfermedad y el apoyo social sobre la HbA1C y la glucosa en sangre.

Los factores que contribuyeron a la disminución de la HbA1C, de acuerdo con la ecuación de la regresión, fue estadísticamente significativa la glucemia capilar  $F=9.96$ ,  $p=.005$ ,  $B=.021$  y las acciones de la medicación  $F=5.497$ ,  $p=.030$ ,  $B=-1.712$ . El valor de  $R^2$  fue de .344 y .224, lo que indica que el 34% y 22% del cambio de la HbA1C se debe a la glucemia capilar y las acciones llevadas por la medicación respectivamente.

En el modelo para determinar los factores que contribuyeron al cambio de la glucosa en sangre, la ecuación de la regresión fue estadísticamente significativa de las acciones de la medicación  $F=6.442$ ,  $p=.020$ ,  $B=-73.406$  y las acciones de la alimentación  $F=7.443$ ,  $p=.013$ ,  $B=-5.023$ , dando un valor de  $R^2$  de .253 y .244, indicando esto que el 25% y 24% del cambio de la glucosa se debe a las acciones de medicación y alimentación respectivamente.

**Tabla 5**

*Modelo de regresión del efecto de las variables de estudio en el control glucémico*

| <b>HbA1C</b>                       |                  |                      |          |           |          |
|------------------------------------|------------------|----------------------|----------|-----------|----------|
| <b>Variables predictoras</b>       | <b>F (1, 19)</b> | <b>R<sup>2</sup></b> | <b>B</b> | <b>SE</b> | <b>p</b> |
| <b>Modelo 1</b>                    |                  |                      |          |           |          |
| Glucemia capilar                   | 9.966            | .344                 | .021     | .007      | .005     |
| Acciones de medicación             | 5.497            | .224                 | -1.712   | .730      | .030     |
| <b>Glucosa en sangre</b>           |                  |                      |          |           |          |
| <b>Modelo 1</b>                    |                  |                      |          |           |          |
| Acciones de medicación             | 6.442            | .253                 | -73.406  | 28.922    | .020     |
| Acciones de alimentación           | 7.443            | .244                 | -5.023   | -.534     | .013     |
| <b>Conocimiento de la diabetes</b> |                  |                      |          |           |          |
| <b>Modelo 1</b>                    |                  |                      |          |           |          |
| Apoyo social                       | 11.87            | .385                 | .066     | .019      | .003     |
| Interacción personal               | 14.44            | .432                 | .236     | .657      | .001     |
| Información                        | 7.228            | .276                 | .133     | .525      | .015     |
| <b>Autogestión</b>                 |                  |                      |          |           |          |
| <b>Modelo 1</b>                    |                  |                      |          |           |          |
| Apoyo social                       | 7.082            | .272                 | .163     | .521      | .015     |
| Interacción personal               | 17.077           | .446                 | .727     | .176      | .001     |
| Información                        | 9.183            | .326                 | .426     | .141      | .007     |
| Ayuda tangible                     | 7.170            | .274                 | 1.889    | .705      | .015     |

Fuente: instrumentos de valoración del conocimiento, la autogestión y el apoyo social. Nota: Hb1AC= hemoglobina glucosilada,  $R^2$ = coeficiente de determinación al cuadrado,  $F$ =distribución de  $F$ ,  $\beta$  = beta,  $SE$ = error estandarizado,  $p$ =probabilidad,  $B-1$ = beta menos uno.

Referente a los factores que contribuyeron al conocimiento y a la autogestión de la diabetes, la ecuación de regresión fue estadísticamente significativo del apoyo social  $F=11.87$ ,  $p=.003$ ,  $B=.066$  y  $F=7.082$ ,  $p=.015$ ,  $B=.066$ . El valor de  $R^2$  fue de  $.385$  y  $.272$ , indicando esto que un 38% del cambio en el conocimiento y el incremento de las acciones de autogestión, el 27% se debió al apoyo social recibido por la familia de los participantes (Tabla 5).

### Prueba de hipótesis

En Tabla 6 muestra los resultados de salud de las personas que participaron en el estudio.

**Tabla 6**

*Comparación entre grupos con resultados de salud pre y postest.*

| Variable                 | Grupo intervención |                   |       |      |             | Grupo control      |                   |       |      |              |
|--------------------------|--------------------|-------------------|-------|------|-------------|--------------------|-------------------|-------|------|--------------|
|                          | Pretest<br>M(DE)   | Posttest<br>M(DE) | t     | p    | d           | Pretest<br>M(DE)   | Posttest<br>M(DE) | t     | p    | d            |
| HbA1C                    | 8.33<br>(1.98)     | 7.64<br>(1.58)    | 2.44  | 0.03 | <b>0.67</b> | 8.59<br>(2.14)     | 8.27<br>(1.99)    | 0.74  | 0.48 | -            |
| Glucosa en sangre        | 168.76<br>(74.23)  | 131.77<br>(38.53) | 2.03  | 0.06 | -           | 188.37<br>(96.66)  | 194<br>(92.80)    | -0.19 | 0.84 | -            |
| Glucosa capilar          | 201.38<br>(26.25)  | 162.46<br>(11)    | 1.99  | 0.07 | -           | 230.88<br>(115.61) | 170.75<br>(64.55) | 1.55  | 0.16 | -            |
| Conocimiento de diabetes | 15.20<br>(4.17)    | 21.38<br>(3.42)   | -5.58 | 0.00 | <b>1.54</b> | 14.65<br>(3.58)    | 17.68<br>(5.64)   | -3.20 | 0.01 | <b>-0.64</b> |
| Augestión                | 39.31<br>(12.44)   | 50.92<br>(10.23)  | -4.97 | 0.00 | <b>1.37</b> | 29.75<br>(7.68)    | 36.25<br>(14.28)  | -1.17 | 0.13 | -            |
| Alimentación             | 19.92<br>(6.40)    | 20.23<br>(5.23)   | -0.21 | 0.83 | -           | 12.50<br>(5.75)    | 15.38<br>(9.56)   | -1.58 | 0.15 | -            |
| Actividad física         | 4.77<br>(4.12)     | 5.85<br>(4.84)    | -0.77 | 0.45 | -           | 4.75<br>(5.20)     | 6.13<br>(5.86)    | -1.28 | 0.23 | -            |
| Monitoreo de glucosa     | 2.69<br>(3.96)     | 11.23<br>(3.94)   | -5.58 | 0.00 | <b>1.54</b> | 0.50<br>(1.41)     | 3.88<br>(5.08)    | -1.89 | 0.10 | -            |
| Cuidado de los pies      | 5.15<br>(2.88)     | 6.69<br>(0.63)    | -1.99 | 0.07 | -           | 5.88<br>(2.41)     | 4.13<br>(2.94)    | 1.64  | 0.14 | -            |
| Medicación               | 6.77<br>(0.59)     | 6.92<br>(0.27)    | -1.47 | 0.16 | -           | 6.13<br>(2.47)     | 6.75<br>(0.70)    | -0.66 | 0.52 | -            |
| Apoyo social             | 197.23<br>(24.61)  | 211.46<br>(12.14) | -2.67 | 0.02 | <b>0.74</b> | 145.38<br>(61.95)  | 144.13<br>(44.66) | 0.06  | 0.94 | -            |
| Interacción personal     | 49.54<br>(9.68)    | 55.38<br>(3.86)   | -2.50 | 0.02 | <b>0.69</b> | 45.38<br>(17.67)   | 38.88<br>(16.17)  | 1.35  | 0.21 | -            |
| Información              | 76.62<br>(6.95)    | 79.54<br>(3.59)   | -1.59 | 0.13 | -           | 50.88<br>(23.69)   | 47<br>(13.79)     | 0.72  | 0.49 | -            |
| Retroalimentación        | 29.92<br>(4.23)    | 32.69<br>(2.81)   | -2.29 | 0.04 | <b>0.63</b> | 19.25<br>(11.36)   | 19.88<br>(5.89)   | -0.18 | 0.85 | -            |
| Ayuda tangible           | 13.92<br>(4.90)    | 15.77<br>(2.89)   | -1.35 | 0.20 | -           | 10<br>(5.52)       | 11.13<br>(3.39)   | -0.54 | 0.60 | -            |
| Interacción social       | 27.23<br>(3.56)    | 28.08<br>(2.32)   | -0.81 | 0.43 | -           | 19.88<br>(10.99)   | 27.25<br>(25.19)  | -0.72 | 0.49 | -            |

Fuente: instrumentos de valoración del conocimiento, la autogestión y el apoyo social. Nota: M= Media, DE= desviación estándar HbA1C = hemoglobina glucosilada, t=t de Student, p=significancia, d=valor de cohen,r=tamaño de efecto.

Las personas a las que se les proporcionó el programa APÓYAME tuvieron una diferencia significativa en la HbA1C  $t(12) = 2.44, p = .031, d = 0.67$ ; en relación con el conocimiento sobre diabetes  $t(12) = -5.58, p < 0.01, d = 1.54$ ; la autogestión de la enfermedad  $t(12) = -4.97, p < 0.01, d = 1.37$ ; y el apoyo social recibido  $t(12) = -2.67, p = 0.02, d = 0.74$ . Como se observa hubo una diferencia significativa y con un alto efecto en las variables de resultado, esto atribuido al programa de acuerdo con Cohen, (1988).

## Discusión

El propósito del estudio fue evaluar el efecto del programa APÓYAME, cuya finalidad es desarrollar habilidades para la autogestión y control glucémico en las personas con diabetes tipo 2 y sus familiares. La intervención propuesta se basó en la literatura científica y de acuerdo con la metodología propuesta por Gitlin & Czaja, (2016).

Se ha logrado identificar a la autogestión y al AS (ayuda familiar) como elementos indispensables para llevar a cabo las acciones para control glucémico de las personas con diabetes (Hu et al., 2014; Young et al., 2020). Para la persona que padece diabetes, esto representa una experiencia física y psicológica negativa de manera continua, que día a día tendrá que hacer frente para poder lograr un control del padecimiento. Para ello tendrá que llevar a cabo una toma de decisiones de forma permanente en su vida, para poder afrontar este padecimiento (Thi et al., 2021; Young et al., 2020), por tal motivo, requiere de un soporte que le ayude a lograr esto y la familia es la fuente principal para lograrlo.

El AS es un elemento mediador en los síntomas depresivos, en las actividades de autogestión y en la adherencia al tratamiento médico de las personas que padecen diabetes (Foss et al., 2016; C.-J. Kim et al., 2015), tener relaciones familiares positivas empodera a la persona y facilita la adaptación a eventos estresantes, pero también se ha logrado identificar que los miembros de la familia pueden contribuir a sabotear la autogestión y contribuir incrementar el deterioro del bienestar de la persona con diabetes (Arda Sürücü et al., 2018; Liu et al., 2013).

Las características sociales y culturales tienen un papel importante en las personas latinas que padecen diabetes, como es el caso de México. En este contexto, “la familia es lo primero”, por lo tanto, centrarse e involucrar a los miembros de la familia en la gestión de la enfermedad de algún miembro que padezca diabetes es de suma importancia (Hu et al., 2013).

A pesar del bajo conocimiento, baja autogestión, bajo apoyo social y un descontrol glucémico en esta muestra participante en el noroeste del país, la intervención mejoró los conocimientos y habilidades de los participantes en el control de la diabetes y dio lugar a mejores relaciones familiares. Los resultados de este estudio sugieren que un programa educativo multidisciplinario beneficia a las personas con diabetes y los miembros de la familia.

El programa APÓYAME tuvo un efecto alto y se reportaron cambios significativos en el conocimiento, la autogestión, apoyo social y en el control glucémico. Sugiriendo que se debe involucrar a un miembro de la familia para logro de las acciones para el manejo y control de la diabetes. Diversos estudios han reportado gran eficacia al tomar en cuenta a un familiar en intervenciones educativas para lograr cambios en los estilos de vida de las personas (Hu et al., 2013; Spencer-Bonilla et al., 2017; Wichit et al., 2017). La entrega de material como cuaderno de información y actividades, accesorio de cuenta pasos, glucómetro y tiras reactivas mensuales, las sesiones de modalidad taller, pudo contribuir a este resultado.

La autogestión es una herramienta clave para que las personas con diabetes logren un bienestar a corto y largo plazo (Hu et al., 2013), para poder lograrlo de manera óptima se debe llevar en un entorno social de apoyo (Levy et al., 2019). Estos resultados aportan a esta línea, debido a que, aquellas personas que presentaron mayores cambios en el conocimiento de la diabetes y las acciones de autocuidado fueron las que reportaron mayor apoyo social.

Estudios aportan similares resultados que permiten hacer inferencias como que las personas que reciben un apoyo social son aquellas que logran mejor control glucémico y se apegan más a las acciones de autocuidado, y aquellas que no reciben un apoyo, son las que presentan más datos de ansiedad, depresión, desgaste funcional y descontrol glucémico (Al-Dwaikat et al., 2021; Arda Sürücü et al., 2018; Levy et al., 2019; Obo et al., 2021; Thi et al., 2021; Young et al., 2020).

La evaluación del control glucémico en una persona con diabetes es de suma importancia y se logra con un monitoreo de la glucosa en sangre, glicemia capilar y HbA1C, siendo esta última la más utilizada en los estudios científicos para poder determinar si existe un control glucémico óptimo en la persona con diabetes, mientras que la glicemia capilar es útil para guiar decisiones diarias derivadas de las acciones de autogestión de la enfermedad (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2022c, 2022b).

El tratamiento APÓYAME contribuyó a una reducción de .69% de la HbA1C en las personas participantes, lo que se interpreta como una contribución para reducir complicaciones (una reducción del 1 % en el A1C se asocia con una disminución del 35 % en el riesgo de complicaciones) (Srimanunthiphol et al., 2000). Con ello se infiere que el programa está contribuyendo a la reducción del riesgo de complicación 24. 15 %, lo que concuerda con la reportada por Hu et al., 2013; Spencer-Bonilla et al., 2017; Wichit et al., 2017, aportando evidencia sólida que el tratamiento del programa permite contribuir a un mejor pronóstico para el paciente.

### ***Limitaciones***

Como este estudio se centró en medir el conocimiento, las acciones de autogestión, el apoyo social (familiar) y el control glucémico, posterior haber recibido el programa APÓYAME, en etapas pre y postest.

No se llevó a cabo la medición de seguimiento, de acuerdo con los estudios consultados, a los 3, 6 y 12 meses. Esto debido a que, en este estudio, se pretendía evaluar el tamaño del efecto del programa en este grupo de personas, con el propósito de ir generando la validez interna (dosis, frecuencia, forma de entrega y el contexto) del mismo.

En relación con las características de la muestra, se debe tomar en cuenta los factores como el tiempo de diagnóstico, la ocupación y el tratamiento actual; que pueden influir en el resultado obtenido. El tamaño de la muestra es adecuado para estudios de viabilidad. A pesar de los abandonos, se obtuvo resultados significativos. Se recomienda llevar a cabo estudios con población que cuente con un tiempo de diagnóstico y de recibir la educación, con características más homogéneas; también ir incrementando el número de personas participantes.

El cambio obtenido en las características biológicas como la glicemia capilar, glucosa en sangre y HbA1C; es el esperado para el tipo de estudio educativo. No se obtuvo diferencias significativas en el peso, circunferencia de cintura y tensión arterial, esto podría deberse que para lograr cambios significativos es dando seguimiento de las personas. En relación con el programa APÓYAME, se entregó un espacio de la consulta externa, el cual se encuentra en el centro de la ciudad donde se llevó el estudio. A pesar de los resultados obtenidos y efecto que logro dicho tratamiento. En próximos estudios, se sectorizará la población (norte, centro y sur) y se llevará estudios de viabilidad en cada sector. Esto debido a que la asistencia de los participantes a los talleres fue de un 90% en general y uno de los motivos era de estar retirado de sus hogares.

## **Conclusiones**

Los resultados obtenidos sobre el programa APÓYAME, en el cual se involucra a la persona con diabetes y un familiar significativo, entregado por un equipo multidisciplinario, contribuyó al aumento del conocimiento de la diabetes, la autogestión, el apoyo social y el control glucémico.

El involucrar a la familia, que permita contribuir a la autogestión y control glucémico, ha representado un nuevo enfoque que permita asegurar mejorar el bienestar de las personas con este padecimiento a corto y largo plazo. Así mismo, ayudará a la reducción de la demanda de los servicios de salud de segundo nivel.

Con estos resultados pueden ayudar a iniciar cambios en la atención prestada, en el que se involucre y capacite al familiar de la persona con diabetes. La información debe involucrar sobre sus funciones efectivas y estrategias para mejorar las relaciones de ayuda, también los mecanismos para afrontar situaciones difíciles.

Se sugiere llevar a cabo más estudios para contribuir la validez interna en el que se haga entrega por el equipo multidisciplinario de este tratamiento, propósito de un ensayo clínico aleatorizado a gran escala; también se sugiere llevar a cabo estudios pilotos en donde se valide el efecto si lo entregan profesionales de enfermería, recordemos que el profesional de enfermería dentro de su campo de acción involucra la educación, con miras a nuevos modelos de cuidado, todo esto con el propósito de lograr la creación de una política de salud basada en la evidencia científica y las características de la población de personas mexicanas con diabetes.

## Referencias

- Alarcón-Mora, C., Hernández-Barrera, L., Argüelles-Nava, V., & Campos-Uscanga, Y. (2017). Social support and its association with diet self-care in patients with diabetes. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 23(1), 111–121. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.08>
- Albai, A., Sima, A., Papava, I., Roman, D., Andor, B., & Gafencu, M. (2017). Association between coping mechanisms and adherence to diabetes-related self-care activities: a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence, Volume 11*, 1235–1241. <https://doi.org/10.2147/PPA.S140146>

- Al-Dwaikat, T. N., Rababah, J. A., Al-Hammouri, M. M., & Chlebowy, D. O. (2021). Social Support, Self-Efficacy, and Psychological Wellbeing of Adults with Type 2 Diabetes. *Western Journal of Nursing Research*, 43(4), 288–297. <https://doi.org/10.1177/0193945920921101>
- Aliakbari, F., Parvin, N., Heidari, M., & Haghani, F. (2015). Learning theories application in nursing education. *Journal of Education and Health Promotion*, 4(2).
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2022a). 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: *Standards of Medical Care in Diabetes—2022*. *Diabetes Care*, 45(Supplement\_1), S8–S16. <https://doi.org/10.2337/dc22-S001>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2022b). 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement\_1), S83–S96. <https://doi.org/10.2337/dc22-S006>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2022c). 7. Diabetes Technology: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement\_1), S97–S112. <https://doi.org/10.2337/dc22-S007>
- Arda Sürücü, H., Büyükkaya Besen, D., & 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>
- Ashur, S. T., Shah, S. A., Bosseri, S., Fah, T. S., & Shamsuddin, K. (2016). Glycaemic control status among type 2 diabetic patients and the role of their diabetes coping behaviours: a clinic-based study in Tripoli, Libya. *Libyan Journal of Medicine*, 11(1), 31086. <https://doi.org/10.3402/ljm.v11.31086>
- Association of Diabetes Care & Education Specialists. (2022). *ADCES Diabetes Research*. <https://www.diabeteseducator.org/research/aade-research-results>.

- Barrera Ortiz, L., Campos de Aldana, M. S., Carreño, S. P., Carrillo, G. M., Chaparro Díaz, L., Jaimes, M. L., Ortiz Rodríguez, S. P., Piratoba Hernández, B. N., Rosales Jiménez, R., Sánchez Herrera, B., & Ortiz Nievas, V. T. (2013). Validez de constructo y confiabilidad en Colombia del instrumento Soporte Social en la Enfermedad Crónica. *Revista Cultura Del Cuidado*, 10(2), 8–19.  
<http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/bitstream/handle/123456789/158/CulturaCuidadoVol10No2Dic-13.pdf?sequence=1#page=9>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Foss, C., Knutsen, I., Kennedy, A., Todorova, E., Wensing, M., Lionis, C., Portillo, M. C., Serrano-Gil, M., Koetsenruijter, J., Mujika, A., & Rogers, A. (2016). Connectivity, contest and the ties of self-management support for type 2 diabetes: a meta-synthesis of qualitative literature. *Health and Social Care in the Community*, 24(6), 672–686. <https://doi.org/10.1111/hsc.12272>
- García, A. A., Brown, S. A., Horner, S. D., Zuñiga, J., & Arheart, K. L. (2014). Home-based diabetes symptom self-management education for Mexican Americans with type 2 diabetes. *Health Education Research*, 30(3), 484–496. <https://doi.org/10.1093/her/cyv018>
- García, A. A., Villagomez, E. T., Brown, S. A., Kouzekanani, K., & Hanis, C. L. (2001). The Starr County Diabetes Education Study Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. *Diabetes Care*, 24(1), 16–21. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.1.16>
- García-García, J. A., Reding-Bernal, A., & López-Alvarenga, J. C. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN MÉDICA*, 2(8), 217–224.
- Gitlin, L. N., & Czaja, S. J. (2016). Behavioral intervention research: Designing, evaluating, and implementing. In *Behavioral intervention research: Designing, evaluating, and implementing*.

- Gray, J. R., & Grove, S. K. (2021). *Burns & Grove's The practice of Nursing Research Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (9th ed.). ELSEVIER.
- Grove, S. K., & Ciper, D. J. (2017). *Statistic for nursing reserach A Workbook for Evidence-Based Practice* (2nd ed.). Elsevier.
- Hu, J., Wallace, D. C., & McCoy, T. P. (2013). A family-based diabetes intervention for Hispanic adults and their family members. *The Diabetes Educator*, 40(1), 48–59.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas 2021*. International Diabetes Federation.
- Kim, C.-J., Schlenk, E. A., Kim, D. J., Kim, M., Erlen, J. A., & 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*. <https://doi.org/10.1111/jan.12682>
- Kim, M., & Mallory, C. (2014). *Statistic for Evidence- Based Practice in Nursing*. JONES & BARTLETT LEARNING.
- Levy, M., Deschênes, S. S., Burns, R. J., Elgandy, R., & Schmitz, N. (2019). Trajectories of social support in adults with type 2 diabetes: Associations with depressive symptoms and functional disability. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(3), 480–487. <https://doi.org/10.1002/gps.5042>
- Liu, Y., Maier, M., Hao, Y., Chen, Y., Qin, Y., & Huo, R. (2013). Factors related to quality of life for patients with type 2 diabetes with or without depressive symptoms - results from a community-based study in China. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1–2), 80–88. <https://doi.org/10.1111/jocn.12010>
- Noordzij, M., Dekker, F. W., Zoccali, C., & Jager, K. J. (2011). Sample Size Calculations. *Nephron Clinical Practice*, 118(4), c319–c323. <https://doi.org/10.1159/000322830>
- Obo, H., Kugbey, N., & Atefoe, E. (2021). Social support, depression, anxiety, and quality of life among persons living with type 2 diabetes: a path analysis. *South African Journal of Psychology*, 51(4), 575–586. <https://doi.org/10.1177/0081246320984285>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2018). *Middle Range Theory for Nursing* (4th ed.). Springer Publishing company.
- Smith-Miller, C. A., Berry, D. C., DeWalt, D., & Miller, C. T. (2016). Type 2 Diabetes Self-management Among Spanish-Speaking Hispanic Immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health, 18*(6), 1392–1403.  
<https://doi.org/10.1007/s10903-015-0271-4>
- Sousa, A. T. O. de, Formiga, N. S., Oliveira, S. H. dos S., Costa, M. M. L., & Soares, M. J. G. O. (2015). A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem, 68*(4), 713–722. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680420i>
- Spencer-Bonilla, G., Ponce, O. J., Rodriguez-Gutierrez, R., Alvarez-Villalobos, N., Erwin, P. J., Larrea-Mantilla, L., Rogers, A., & Montori, V. M. (2017). A systematic review and meta-analysis of trials of social network interventions in type 2 diabetes. *BMJ Open, 7*(8), e016506.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016506>
- Srimanunthiphol, J., Beddow, R., & Arakaki, R. (2000). A review of the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) and a discussion of the implications for patient care. *Hawaii Medical Journal, 59*(7).
- Tabasi, H. K., Madarshahian, F., Nikoo, M. K., Hassanabadi, M., & Mahmoudirad, G. (2014). Impact of family support improvement behaviors on anti diabetic medication adherence and cognition in type 2 diabetic patients. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders, 13*(1), 1–6.  
<https://doi.org/10.1186/s40200-014-0113-2>
- Thi, D. K., Xuan, B. N., le Duc, C., Gammeltoft, T., Søndergaard, J., Meyrowitsch, D. W., Bygbjerg, I. C., & Nielsen, J. (2021). Unmet needs for social support and diabetes-related distress among people living with type 2 diabetes in Thai Binh, Vietnam: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 21*(1), 1532. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11562-6>

- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-Care. *Diabetes Care Journal*.  
<https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>
- Wallace, D. D., Gonzalez Rodriguez, H., Walker, E., Dethlefs, H., Dowd, R. A., Filipi, L., & Barrington, C. (2019). Types and sources of social support among adults living with type 2 diabetes in rural communities in the Dominican Republic. *Global Public Health*, 14(1), 135–146.  
<https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1444782>
- Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P., & Johnson, M. (2017). Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*.  
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.11.013>
- Yang, F., Pang, J. S., & Cheng, W. J. Y. (2016). Self-Care Adherence and Psychological Functioning of Older Patients with Type 2 Diabetes: Effects of Persuasion, Social Pressure, and Self-Efficacy. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23(4), 389–401.  
<https://doi.org/10.1007/s10880-016-9470-y>
- Yang, L., Li, K., Liang, Y., Zhao, Q., Cui, D., & Zhu, X. (2021). Mediating role diet self-efficacy plays in the relationship between social support and diet self-management for patients with type 2 diabetes. *Archives of Public Health*, 79(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00533-3>
- Young, C. F., Shubrook, J. H., Valencerina, E., Wong, S., Henry Lo, S. N., & Dugan, J. A. (2020). Associations Between Social Support and Diabetes-Related Distress in People With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Osteopathic Medicine*, 120(11), 721–731. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2020.145>



## Estilo de vida y nivel de riesgo para diabetes en adultos de Morelia, Michoacán, México

### Lifestyle and risk level for diabetes in adults from Morelia, Michoacán, Mexico

Ma. de Jesús Ruiz-Recéndiz<sup>1</sup>, Vanesa Jiménez-Arroyo<sup>2</sup>, Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala<sup>3</sup>, Alicia Álvarez-Aguirre<sup>4</sup>, Silvia Paniagua-Ramírez<sup>5</sup>  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo,  
Facultad de Enfermería, Michoacán, México.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 15/06/2022

Aceptado: 15/12/2022

### Resumen

**Introducción.** Los estilos de vida no saludables como malos hábitos alimentarios, inactividad física, tabaquismo, sobrepeso y obesidad son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades como la diabetes tipo 2. **Objetivo.** Evaluar la relación del estilo de vida con el nivel de riesgo para diabetes en adultos de Morelia, Michoacán, México. **Metodología.** Estudio cuantitativo con diseño no experimental, correlacional y transversal. Participaron 251 personas seleccionadas con muestreo a conveniencia. Instrumentos: escala FINDRISC y Escala del Estilo de Vida ( $\alpha=0.86$ ) más cédula de datos generales. Se respetó el derecho a la privacidad y la retractación de los participantes. **Resultados.** La media de edad fue de 28.24 años ( $DE=12.52$ ); 66.1% de los participantes pertenecen al género femenino; 66.1% son estudiantes con escolaridad de licenciatura y 86.8% pertenecen a la zona urbana de Morelia. Se encontró que 65.7% de los sujetos presentó estilo de vida no saludable en la escala total y saludable en las dimensiones.

Correspondencia remitir a: Ma. de Jesús Ruiz-Recéndiz, Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Michoacán de Ocampo, México. [madejesus.ruiz@umich.mx](mailto:madejesus.ruiz@umich.mx)

<sup>1</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Michoacán de San Nicolás de Hidalgo, Michoacán de Ocampo, México, [madejesus.ruiz@umich.mx](mailto:madejesus.ruiz@umich.mx)

<sup>2</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Michoacán de San Nicolás de Hidalgo, Michoacán de Ocampo, México, [vanesa.jimenez@umich.mx](mailto:vanesa.jimenez@umich.mx)

<sup>3</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Michoacán de San Nicolás de Hidalgo, Michoacán de Ocampo, México, [lilia.alcantar@umich.mx](mailto:lilia.alcantar@umich.mx)

<sup>4</sup> Doctora, Profesora Investigadora, 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> Maestra, Profesora de asignatura, Universidad Michoacán de San Nicolás de Hidalgo, Michoacán de Ocampo, México, [silvia.paniagua@umich.mx](mailto:silvia.paniagua@umich.mx)

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

Hubo riesgo ligeramente elevado para desarrollar diabetes en 40.6%. Se observa relación negativa débil ( $r=-.263$ ,  $p<0.01$ ) entre riesgo para diabetes y la dimensión actividad y ejercicio. **Conclusiones.** Más de la mitad de los participantes presentaron estilo de vida no saludable y cuatro de cada 10 riesgo ligeramente elevado para diabetes, aunque no hubo relación estadísticamente significativa entre las dos variables.

*Palabras clave:* Estilo de Vida, Factores de Riesgo, Diabetes Mellitus Tipo 2.

## Abstract

**Introduction.** Unhealthy lifestyles such as poor eating habits, physical inactivity, smoking, and overweight and obesity are important risk factors for the development of diseases such as type 2 diabetes. **Goal.** Evaluate the relationship of lifestyle with the level of risk for diabetes in adults from Morelia, Michoacán, Mexico. **Methodology.** Quantitative study with a non-experimental, correlational, and cross-sectional design. 251 people were selected with convenience sampling to participate. Instruments: FINDRISC scale and Lifestyle Scale ( $\alpha=0.86$ ) and a general data card. The right to privacy and retraction of the participants was respected. **Results.** The mean age was 28.24 years ( $DE=12.52$ ); 66.1% of the participants belong to the female gender; 66.1% are students with a bachelor's degree and 86.8% belong to the urban area of Morelia. It was found that 65.7% of the subjects presented an unhealthy lifestyle in the total scale and healthy dimensions. There was a slightly elevated risk of developing diabetes in 40.6%. A weak negative relationship ( $r=-.263$ ,  $p<0.01$ ) is observed between risk for diabetes and the activity and exercise dimension. **Conclusions.** More than half of the participants had an unhealthy lifestyle and four out of 10 slightly elevated risk for diabetes, although there was no statistically significant relationship between the two variables.

*Key words:* Lifestyle, Risk Factors, Type 2 Diabetes Mellitus

La diabetes tipo 2 es una condición crónica con una alta prevalencia en el mundo y en México, que año tras año provoca múltiples complicaciones micro y macro vasculares en las personas, cobra un número cada vez mayor de defunciones y genera altos costos para los sistemas de salud por el aumento de pacientes que requieren atención. (Arredondo et al, 2018; Federación Internacional de Diabetes, 2019; Shamah-Levy et al, 2020). Adicionalmente, desde 2020 la enfermedad COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2 mostró que en México la presencia de comorbilidades como la diabetes incrementa el riesgo para desarrollar la infección, provoca una mayor gravedad y genera un aumento en la mortalidad de esta enfermedad. (Secretaría de Salud, 2022, Salinas-Aguirre et al, 2022; Lim et al, 2020).

## **Estado del Conocimiento**

Dentro de las enfermedades no transmisibles, la diabetes se ha convertido ya en una emergencia mundial, cuya prevalencia se ha duplicado de 1980 a 2014, pasando de 4.7% a 8.5% (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Para México el escenario es igualmente catastrófico, debido a que a nivel mundial es uno de los 10 países con mayor número de personas que padecen esta enfermedad, con una prevalencia de 14.4% además de que se ha convertido en el motivo más frecuente de incapacidad y una de las cinco enfermedades que tiene mayor carga económica para el país. (Shamah-Levy et al, 2020).

El Estado de Michoacán de Ocampo no es ajeno a esta problemática, con una prevalencia general de 9.9%, 7.8% en hombres y 11.8% en mujeres, con incremento de la prevalencia en las personas conforme aumenta su edad. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

Ante este panorama, los organismos internacionales y nacionales han propuesto diversas políticas, estrategias y prácticas que permitan disminuir los factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2, entre ellos los estilos de vida que incluyen el nivel de actividad física, los hábitos alimentarios, el estrés y otros aspectos emocionales. (OMS, 2016). En la República Mexicana, el Gobierno Federal implementó el Programa de Acción Específico de Enfermedades Cardiometabólicas PAE ECM con el objetivo de asegurar acciones de prevención de manera oportuna en enfermedades como la diabetes a través del fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y, entre otras medidas, la actualización del Cuestionario de Factores de Riesgo. (Secretaría de Salud, 2020).

## **Problema**

Existen factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 que no pueden ser modificables como factores genéticos o metabólicos; pero también se identifican factores modificables como el perímetro de cintura aumentado, el tabaquismo activo y el sobrepeso y la obesidad, que se encuentran directamente relacionados con el régimen alimentario y la actividad física. (OMS, 2016).

En este contexto, las personas que presentan varios de los factores de riesgo mencionados requieren la modificación de estilos de vida poco saludables, lo que permitiría detener la aparición de la enfermedad en grupos aparentemente sanos. Autores como Figueroa-Suárez et al (2014) definen al estilo de vida como “el conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se tiene algún grado de control voluntario”, mientras que la OMS (1986 como se citó en Figueroa-Suárez et al, 2014) lo define como un “patrón de conducta que ha sido elegido de las alternativas disponibles para la gente de acuerdo con su capacidad de albedrío y circunstancias socioeconómicas”.

Para evitar la aparición de la diabetes, las profesionales de enfermería utilizan el tamizaje que permite la identificación oportuna de los individuos de alto riesgo o de las personas que todavía se encuentran en tempranas etapas de la enfermedad y en el que la adopción de estilos de vida saludables puede ser aún la opción preferida (OMS, 2020).

Debido a todo lo anterior es que se formula la siguiente interrogante. ¿Cuál es la relación del estilo de vida con el nivel de riesgo para diabetes en adultos de Morelia, Michoacán, México?

## **Objetivo**

El objetivo de este estudio fue evaluar la relación del estilo de vida con el nivel de riesgo para diabetes en adultos de Morelia, Michoacán, México.

## **Método**

### **Diseño**

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo con diseño correlacional, transversal y no experimental (Grove y Gray, 2019, p. 456).

### **Participantes**

La muestra de este estudio fue no probabilística de 251 adultos seleccionados con un muestreo por conveniencia, residentes de la ciudad de Morelia, Michoacán, México.

## **Instrumentos**

Se utilizó una Cédula de Datos Generales conformada por las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad y ocupación) y somatométricas (peso, talla, índice de masa corporal [IMC] y perímetro abdominal).

También se empleó la escala de medición FINDRISC elaborada por Lindström y Tuomilehto (2003 como se citó en Secretaría de Salud, 2018, pp. 30 – 31) que valora el riesgo individual para desarrollar diabetes tipo 2 en los próximos 10 años. La escala consta de ocho ítems (edad, IMC, perímetro de la cintura abdominal, práctica de actividad física diaria, dieta compuesta por vegetales y frutas, tratamiento antihipertensivo, niveles altos de glucosa en sangre y antecedentes familiares de diabetes). Los autores asignan diferentes puntuaciones a los ítems, con opciones de respuesta de cero (0) a cinco (5); la puntuación total es de 0 a 26 puntos y se clasifica en riesgo bajo (0 – 6), ligeramente elevado (7 – 11), moderado (12 – 14), alto (15 – 20) y muy alto (21 – 26). El estilo de vida se midió con la Escala del Estilo de Vida que está constituida por 25 ítems y emplea cuatro opciones de respuesta (1=nunca, 2=a veces, 3=frecuentemente, 4=siempre); el ítem 25 debe ser recodificado porque la escala de respuesta está invertida.

La escala se organiza en seis dimensiones: alimentación (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6), actividad y ejercicio (ítems 7, 8), manejo del estrés (ítems 9, 10, 11, 12), apoyo interpersonal (ítems 13, 14, 15, 16), autorrealización (ítems 17, 18, 19) y responsabilidad en salud (20, 21, 22, 23, 24, 25). (Aparicio y Delgado, 2011, pp. 144 – 145). En este estudio se obtuvo una consistencia interna muy buena, con  $\alpha=0.86$ . Los autores plantean que cuanto mayor es el puntaje es mejor el estilo de vida y se consideran dos categorías, 75 a 100 puntos es estilo de vida saludable y 25 a 74 puntos es estilo de vida no saludable.

## **Procedimiento**

El estudio consideró lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud con respeto a la confidencialidad, el anonimato y el derecho a la retractación de los participantes, quienes firmaron la hoja de consentimiento informado (Cámara de Diputados, 2014).

El estudio contó con la aprobación de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de una institución de educación superior y se consideró sin riesgo para los participantes. Se realizó la estandarización de cinco estudiantes de octavo semestre de licenciatura en enfermería para el manejo de los instrumentos, quienes acudieron a las principales plazas de la ciudad a realizar la colecta de datos a través de un formulario de Google.

### **Análisis estadístico**

Los datos fueron procesados en el programa Excel y posteriormente trasladados al programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Mac v.25. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos mediante el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach. Se empleó estadística descriptiva, con frecuencias y proporciones para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas.

Para analizar la relación entre las variables se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman dado que no se cumplió el supuesto en la normalidad de la distribución de los datos. Se consideró  $p < .05$  para determinar la significancia estadística de los resultados.

### **Resultados**

Los resultados de los datos sociodemográficos muestran que 63.3% corresponden al género femenino, 66.1% son estudiantes, 82.1% con nivel de escolaridad licenciatura, 86.8% pertenecen a la zona urbana de Morelia y con media de 28.24 años ( $DE=12.52$ ).

Al analizar el riesgo para desarrollar diabetes, se encontró que 40.6% presentaron riesgo ligeramente elevado (Tabla 1).

**Tabla 1***Riesgo para diabetes en adultos de Morelia (n=251)*

| Nivel de riesgo     | <i>f</i> | %           |
|---------------------|----------|-------------|
| Bajo                | 79       | 31.5        |
| Ligeramente elevado | 102      | <b>40.6</b> |
| Moerado             | 38       | 15.1        |
| Alto                | 28       | 11.2        |
| Muy alto            | 4        | 1.6         |
| Total               | 251      | 100.0       |

Nota: *f*=frecuencia, %=porcentaje

Respecto al estilo de vida, se identificó que fue no saludable en la escala (65.7%), aunque saludable en todas las dimensiones (Tabla 2).

**Tabla 2***Estilo de vida en adultos de Morelia (n=251)*

| Estilo de vida           | <i>f</i> | %           |
|--------------------------|----------|-------------|
| Escala total             |          |             |
| No saludable             | 165      | <b>65.7</b> |
| Saludable                | 86       | 34.3        |
| Dimensiones              |          |             |
| Alimentación             |          |             |
| No saludable             | 81       | 32.3        |
| Saludable                | 170      | <b>67.7</b> |
| Actividad y ejercicio    |          |             |
| No saludable             | 122      | 48.6        |
| Saludable                | 129      | <b>51.4</b> |
| Manejo del estrés        |          |             |
| No saludable             | 123      | 49.0        |
| Saludable                | 128      | <b>51.0</b> |
| Apoyo interpersonal      |          |             |
| No saludable             | 64       | 25.5        |
| Saludable                | 187      | <b>74.5</b> |
| Autorrealización         |          |             |
| No saludable             | 79       | 31.5        |
| Saludable                | 172      | <b>68.5</b> |
| Responsabilidad en salud |          |             |
| No saludable             | 69       | 27.5        |
| Saludable                | 182      | <b>72.5</b> |

Nota: *f*=frecuencia, %=porcentaje

Al analizar la relación entre el riesgo para la diabetes y el estilo de vida sólo se encontró relación estadísticamente significativa, negativa y débil entre riesgo para diabetes y la dimensión Actividad y ejercicio ( $r=-.263$ ,  $p<0.01$ ), es decir, a menor la actividad y ejercicio de los participantes, es mayor riesgo para desarrollar diabetes tipo 2.

**Tabla 3**

*Correlación entre riesgo de diabetes y estilo de vida en adultos*

|                             | 1       | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      |
|-----------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. Riesgo de diabetes       |         |        |        |        |        |        |        |
| 2. Estilo de vida           | -.089   |        |        |        |        |        |        |
| 3. Alimentación             | -.083   | .630** |        |        |        |        |        |
| 4. Actividad y ejercicio    | -.263** | .527** | .355** |        |        |        |        |
| 5. Manejo del estrés        | -.040   | .724** | .338** | .333** |        |        |        |
| 6. Apoyo interpersonal      | -.006   | .722** | .267** | .136*  | .500** |        |        |
| 7. Autorrealización         | -.053   | .688** | .196** | .213** | .442** | .566** |        |
| 8. Responsabilidad en salud | .009    | .762** | .341** | .295** | .388** | .463** | .440** |

Nota: \*\* $p<0.0$ , \*  $p<0.05$  (bilateral)

## Discusión

En el presente estudio seis de cada 10 participantes pertenecen al género femenino, lo que es congruente con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), ya que más de la mitad de la población en México son mujeres. Este resultado es de resaltar, porque la prevalencia de diabetes es mayor en mujeres que en hombres, tanto en el país como en el Estado de Michoacán. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

En cuanto a la edad, los participantes de este estudio se ubicaron en la segunda década de la vida y esta es una variable a considerar, ya que el riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 se incrementa conforme aumenta la edad, como lo reportaron Eredia & Gallegos (2022).

Respecto al estilo de vida, seis de cada 10 participantes reportaron estilo de vida no saludable, resultados similares encontrados en profesionales de la salud en quienes se identificaron estilos de vida no saludables con presencia de alto riesgo cardiometabólico para los siguientes 10 años (Figueredo et al, 2018). Por el contrario, otros estudios reportan estilos de vida promotores de salud, manifestado por conductas saludables de crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés. (Jara y Riquelme, 2018).

A ese respecto, conviene resaltar que los estilos de vida no son un concepto aislado, sino que se incluyen dentro de la promoción de la salud, al formar parte de un proceso que le permite a la persona fortalecer sus conocimientos, aptitudes y actitudes y de esa manera participar corresponsablemente en el cuidado de su salud para optar por estilos de vida saludables. (Secretaría de Salud, 2020).

Aunque en la escala total el estudio de vida fue no saludable, en las dimensiones el estilo de vida fue saludable. Los mayores porcentajes de estilo de vida saludable se observaron, en orden decreciente, en las dimensiones apoyo interpersonal, responsabilidad en salud, autorrealización y alimentación; los menores porcentajes se aprecian en actividad y ejercicio y manejo del estrés. Por su parte, Carranza et al (2019) encontró que una intervención que promovía los estilos de vida saludables fue efectiva en las dimensiones actividad y ejercicio y manejo del estrés, semejante a este estudio, aunque no hubo un cambio de manera práctica en los participantes.

En cuanto al riesgo para desarrollar diabetes, cuatro de cada diez participantes presentaron riesgo ligeramente elevado para desarrollar diabetes en los próximos diez años. Este resultado es semejante al reportado por Ortega et al (2019) quien encontró que tres de cada sujeto tienen riesgo bajo y los principales factores de riesgo identificados fueron el índice de masa corporal  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup>, perímetro abdominal  $\geq 80$  cm para mujeres, uso de drogas antihipertensivas y los antecedentes familiares de diabetes mellitus. Otros estudios referentes a este tema muestran riesgo moderado en nueve de cada 10 participantes, con alteración en la prueba de tolerancia a la glucosa y sin actividad física (Vicente et al, 2015); por su parte, Bohórquez et al (2020) identificó una proporción importante de estudiantes universitarios de Barranquilla, Colombia con riesgo alto para el desarrollo de la diabetes, aunque con una asociación a factores que en su mayoría son modificables.

En ese sentido, autores como Fernández y Díaz (como se citó en Vicente et al, 2015) señalan que la identificación de personas con alto riesgo para desarrollar diabetes a través de instrumentos específicos como FINDRISC podrían contribuir a la verdadera prevención primaria, dado que esta herramienta de tamizaje ha demostrado porcentajes adecuados de sensibilidad y especificidad, especialmente en personas con múltiples factores de riesgo (Secretaría de Salud, 2018). A este respecto, conviene resaltar que en México la Secretaría de Salud recientemente actualizó el Cuestionario de Factores de Riesgo para detectar diabetes en población de 20 años y más, que incluye cuatro de los elementos de la escala FINDRISC (IMC, cintura, edad y antecedentes familiares de diabetes) y considera la obtención de menos de 10 puntos como bajo riesgo. (Secretaría de Salud, 2015)

Finalmente, se encontró una relación entre riesgo para diabetes y la dimensión de estilo de vida Actividad y ejercicio, considerando que menor la actividad y ejercicio de los participantes, es mayor riesgo para desarrollar diabetes tipo 2, lo que coincide con el estudio de Carranza et al (2019), que mostró ser efectivo en mejorar actividad y ejercicio y manejo del estrés más la responsabilidad en salud.

Estos datos confirman lo señalado por la OMS (2020) respecto a la contribución de la actividad física en la prevención de enfermedades no transmisibles como la diabetes, porque limitar el tiempo dedicado a actividades sedentarias es benéfico para la salud.

## **Conclusiones, sugerencias y limitaciones**

En general, las personas participantes tienen un estilo de vida no saludable y un riesgo ligeramente elevado para desarrollar diabetes tipo 2 en los siguientes 10 años, aunque no se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio, excepto en la dimensión de actividad física, lo que corrobora la importancia de promover el estilo de vida saludable con aumento de acciones específicas que incluyan la realización de actividad física de manera regular y adecuada por espacio de 150 minutos diarios, tal como lo recomienda la OMS (2020).

Una limitación importante de este estudio radica en que la selección de los participantes se realizó mediante una muestra no probabilística, por lo que se sugiere emplear un muestreo aleatorio simple en estudios posteriores. Adicionalmente, en futuros estudios convendría incluir la medición de la hemoglobina glucosilada en los participantes, cuyo resultado refleja el nivel de glucosa en los últimos 90 días y es un indicador del control glucémico y un criterio diagnóstico para la diabetes. (American Diabetes Association, 2022). Finalmente, se sugiere realizar intervenciones específicas para promover estilos de vida saludables desde la integralidad del ser humano.

## **Referencias**

- American Diabetes Association. (2022). Glycemic targets: standards of medical care in Diabetes - 2022. *Diabetes Care*, 45(Suppl), S83–S96. <https://doi.org/10.2337/dc22-S006>
- Aparicio, P.L., & Delgado, R. (2011). Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Urbanización Casuarinas, Nuevo Chimbote, 2011. *In Crescendo*, 2(1), 131-146. <https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/219>

- Arredondo, A., Orozco, E., Alcalde-Rabanal, J., Navarro, J., & Azar, A. (2018). Retos sobre la carga epidemiológica y económica para diabetes e hipertensión en México. *Rev Saude Publica*, 52(23), 1-12. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000293>
- Bohórquez, C.E, Barreto, M., Muvdi, Y.P., Rodríguez, A., Badillo, M.A., Martínez, W.A., & Mendoza, X. (2020). Factores modificables y riesgo de diabetes mellitus tipo 2. *Cienc. Enferm*, 26(14), 1 – 11. <http://doi.org/10.29393/CE26-7FMCB70007>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Carranza, R.F., Caycho-Rodríguez, T., Salinas, S.A., Ramírez, M., Campos, C., Chuquista, K., & Pérez, J. (2019). Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de universitarios peruanos. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(49), e2859. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2859>
- Figueredo, M.A., Cudas, M., Chamorro, L.I., Achucarro, D.D., Martínez, V.G. (2018). Estilos de vida y riesgo cardiovascular y cardiometabólico en profesionales de salud del Hospital Regional de Encarnación. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.*, 5(1), 12-24. [http://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05\(01\)12-024](http://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05(01)12-024)
- Figueroa-Suárez, M.E., Cruz-Toledo, J.E., Ortiz-Aguirre, A.R., Lagunes-Espinosa, A.L., Jiménez-Luna, J. y Rodríguez-Moctezuma, J.R. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gaceta Médica de México*, 150, 29-34. [https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n1/GMM\\_150\\_2014\\_1\\_029-034.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n1/GMM_150_2014_1_029-034.pdf)
- Federación Internacional de Diabetes. (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)
- Grove, S.K. y Grey, J.R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.

- Heredia, M. & Gallegos, E.C. (2022). Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y sus determinantes. *Enfermería Global*, 21(1), 179-202. <https://doi.org/10.6018/eglobal.482971>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Resultados de Michoacán*. <https://salud.michoacan.gob.mx/wp-content/uploads/2019/12/Encuesta-Nacional-de-Salud-y-Nutrición-ENSANUT-resultados-2018-Michoacán.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Estadísticas a propósito del día mundial de la población datos nacionales*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_POBLAC21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_POBLAC21.pdf)
- Jara, V. & Riquelme, N. (2018). Estilo de vida promotor de salud y factores de riesgo en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 2(8), 7-16. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/276/health-promoting-lifestyle-and-risk-factors-in-university-students/#>
- Lim, S., Bae, J.H., Kwon, H.S., & Nauck, M.A. (2021). COVID-19 and diabetes mellitus: from pathophysiology to clinical management. *Nature Reviews Endocrinology*, 17, 11-30. <https://doi.org/10.1038/s41574-020-00435-4>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe Mundial sobre la Diabetes*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=69201D757BAD97B0BC3CFCCF3C1B39A1?sequence=1>
- Ortega, H.F., Tenelema, M.C, Naranjo. G.J., & Villacrés, J.E. (2019). Riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 en el personal de salud del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Guaranda-Ecuador. *Revista Eugenio Espejo*, 13(2), 42-52. <https://doi.org/10.37135/ee.004.07.05>
- Rico, R., Juárez, A., Sánchez, M., & Muñoz, L.R. (2018). Nivel de Conocimientos, Estilos de Vida y Control Glicémico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Ene*, 12(1), 757- 785. <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v12n1/1988-348X-ene-12-01-757.pdf>

- Salinas-Aguirre, J.E., Sánchez-García, C., Rodríguez-Sánchez, R., Rodríguez-Muñoz, L., Díaz-Castaño, A., & Bernal-Gómez, R. (2022). Clinical characteristics and comorbidities associated with mortality in patients with COVID-19 in Coahuila (Mexico). *Revista Clínica Española*, 222, 288-292. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.12.006>
- Secretaría de Salud. (2022). *Informe integral de COVID-19 en México. Número 06-2022. 4 de mayo de 2022.* [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/06/Info-06-22-Int\\_COVID-19\\_4mayo\\_7jun22.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/06/Info-06-22-Int_COVID-19_4mayo_7jun22.pdf)
- Secretaría de Salud. (2020). *Programa de Acción Específico de Enfermedades Cardiometabólicas 2020 – 2024.* [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706944/PAE\\_CME\\_cF.pdf?fbclid=IwAR0eIMDq\\_oiC5P0aBQj-a9VBYJumpZ4kIoEXu42r5ZdcNTNH2mm9W2gE1v0](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706944/PAE_CME_cF.pdf?fbclid=IwAR0eIMDq_oiC5P0aBQj-a9VBYJumpZ4kIoEXu42r5ZdcNTNH2mm9W2gE1v0)
- Secretaría de Salud. (2018). *Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica.* <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
- Secretaría de Salud. (2015). *Cuestionario de Factores de Riesgo.* <https://www.gob.mx/salud/documentos/cuestionario-de-factores-de-riesgo>
- Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J.A. y Rivera-Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales.* [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)
- Vicente, B., Vicente, E., Altuna, A., & Costa, M. (2015). Identificación de individuos con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. *Revista Finlay*, 5(3), 148-160. <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/274>



## Adherencia terapéutica de personas con diabetes en una Comunidad pesquera: estudio cuantitativo

Therapeutic adherence of people with diabetes in a fishing community: a quantitative study.

Grever María Ávila Sansores<sup>1</sup>, Patricia Isolina del Socorro Gómez Aguilar<sup>2</sup>,  
Julia Alejandra Candila Celis<sup>3</sup>, Guadalupe García-Escalante<sup>4</sup>,  
Nina Valadez-González<sup>5</sup> y Gerardo Ruvalcaba Palacios.<sup>6</sup>

Universidad de Guanajuato, Campus Irapuato Salamanca, División Ciencias de la Vida,  
Departamento de Enfermería y Obstetricia, México.

Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Enfermería

Universidad Autónoma de Yucatán,

Centro de Investigación Regional Dr. Hideyo Noguchi, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 22/06/2022

Aceptado: 19/11/2022

### Resumen

**Introducción:** Debido a que la adherencia terapéutica puede estar influenciada de manera multicausal, es de importancia conocer cómo se presenta en poblaciones minoritarias para poder generar intervenciones más eficaces a futuro. **Objetivo:** Determinar la relación entre la adherencia terapéutica (AT) y la hemoglobina glicosilada (Hb<sub>A1c</sub>) en personas con diabetes tipo 2 de una comunidad pesquera. **Material y métodos:** no experimental, transversal, correlacional; se aplicó la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus 2 (EATDM) III,  $\alpha=0.88$ , con 7 dimensiones; 73 participantes. Para datos categóricos frecuencias y porcentajes, para datos numéricos medidas de tendencia central y dispersión; para la comprobación de la hipótesis  $r$  de Pearson.

Correspondencia remitir a: Grever María Ávila Sansores, Profesora Investigadora de la Universidad de Guanajuato, Irapuato, México. Correo: [greavila@ugto.mx](mailto:greavila@ugto.mx)

<sup>1</sup> Doctorante en Ciencias de Enfermería, Profesora Investigadora, Guanajuato, México, correo: [greavila@ugto.mx](mailto:greavila@ugto.mx)

<sup>2</sup> Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesora Investigadora, Yucatán, México, correo:

[patricia.gomez@correo.uady.mx](mailto:patricia.gomez@correo.uady.mx)

<sup>3</sup> Doctora en Educación, Profesora Investigadora, Yucatán, México, correo: [julia.candila@correo.uady.mx](mailto:julia.candila@correo.uady.mx)

<sup>4</sup> Doctora, Profesora Profesor Investigador, Yucatán, México, correo: [gescalan@correo.uady.mx](mailto:gescalan@correo.uady.mx)

<sup>5</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Yucatán, México, correo: [valadez@correo.uady.mx](mailto:valadez@correo.uady.mx)

<sup>6</sup> Doctor en Psicología, Profesor Investigador, Guanajuato, México, correo: [gruvalcap@ugto.mx](mailto:gruvalcap@ugto.mx)

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

**Resultados:** Total de 46 (63%) mujeres; promedio para edad (M)=57.21, Desviación Estándar (DT)=13.128; escolaridad primaria 48 personas (65.8%), HbA1c M=8.6%, DT=1.9; el índice más bajo fue la dimensión apoyo comunal, M=32.74, DT=15.55; no se encontró relación entre AT y la HbA1c; entre la dimensión control médico y edad una  $r=0.249$  ( $p=0.033$ ). **Conclusión:** Es de importancia investigar la adherencia y su relación con la HbA1c en minorías donde el contexto y variables psicosociales juegan un papel importante para la generación de intervenciones efectivas.

*Palabras clave:* Diabetes; IMC; Apoyo Comunal.

## Abstract

**Introduction:** Since therapeutic adherence can be influenced in a multicausal way, it is important to know how it occurs in minority populations in order to generate more effective interventions in the future. **Objective:** To determine the relationship between therapeutic adherence (TA) and glycated hemoglobin (HbA1c) in people with type 2 diabetes in a fishing community. **Material and methods:** non-experimental, cross-sectional, correlational; The Adherence to Treatment Scale in Diabetes Mellitus 2 (EATDM) III was applied,  $\alpha = 0.88$ , with 7 dimensions; 73 participants. For categorical data frequencies and percentages, for numerical data measures of central tendency and dispersion; for testing Pearson's  $r$  hypothesis. **Results:** Total of 46 (63%) women; mean for age (M) = 57.21, Standard Deviation (SD) = 13.128; primary schooling 48 people (65.8%), HbA1c M = 8.6, SD = 1.9; the lowest index was the communal support dimension, M = 32.74, SD = 15.55; No relationship was found between AT and HbA1c; between the medical control dimension and age a  $r = 0.249$  ( $p = 0.033$ ). **Conclusion:** It is important to investigate adherence and its relationship with HbA1c in minorities where the context and psychosocial variables play an important role in generating effective interventions

*Keywords:* Diabetes, BMI, Community Support.

Las Enfermedades no transmisibles (ENT) como las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas (ERC), cobran cada año la vida de 15 millones de hombres y mujeres entre los 30 y los 70 años, son la principal causa de muerte puesto que provocan el 70% de estas en todo el mundo; por lo tanto se plantea un importante desafío de salud pública especialmente en los países de ingresos bajos y medianos-bajos, en los que se registran tres cuartas partes de las muertes por dichas enfermedades. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La Federación Internacional de Diabetes (FID), en el Atlas 2019 reporta que 463 millones de adultos viven con diabetes, lo que representa uno de los desafíos sanitarios de mayor crecimiento del siglo XXI ya que los casos se han triplicado durante los últimos 20 años, hace una década (2010), la proyección mundial de casos de diabetes para 2025 era de 438 millones de personas, para 2015 esa predicción ya había sido superada en 25 millones (Federación Internacional de Diabetes, 2019).

Por otra parte, aunado a esta problemática epidemiológica, para poblaciones minoritarias surgen situaciones que pueden complicar más el panorama; el informe de la OMS en 2017 sobre ENT para el seguimiento de las medidas adoptadas por los países para establecer metas, aplicar políticas que permitan abordar los factores de riesgo comunes y modificables (tabaco, dietas malsanas, falta de actividad física y consumo nocivo de alcohol) y crear capacidades para reducir y tratar las ENT como la Diabetes, demuestra que los progresos registrados en todo el mundo han sido desiguales e insuficientes; en muchos países de la Región de las Américas los servicios asistenciales no responden cabalmente a las diferencias en las necesidades de salud de las personas y comunidades (Federación Internacional de la Diabetes, 2019).

Los grupos en situaciones vulnerables son los más afectados por este problema, por ejemplo, aplica a los grupos sociales que se ven sujetos al racismo estructural (especialmente los pueblos indígenas y de ascendencia africana), término con el que se describe la confluencia de instituciones, factores culturales, históricos e ideológicos y prácticas codificadas que generan y perpetúan la inequidad entre distintos grupos raciales y étnicos. En la Región de las Américas, el 30% de la población carece de acceso a la atención de salud por razones económicas y el 21% se abstiene de buscar atención debido a barreras geográficas. Se observa, asimismo, que mientras más lejos de las ciudades o zonas urbanas se encuentren las instituciones de salud, mayor es la escasez de personal competente y de insumos, cosa que empeora el acceso y agrava las inequidades (Pan American Health Organization, 2017).

Para Villalobos et al., (2019) el panorama para México no dista mucho de lo que se plantea anteriormente, pues con 8.6 millones (10.3%) de personas con Diabetes, que reportan principalmente como complicación la visión disminuida, que más de 60% de la población con diabetes tiene nivel escolar de primaria o menos, independientemente del nivel económico del hogar. La proporción de hogares con algún hablante de lengua indígena es mayor en el grupo con diagnóstico médico de diabetes del nivel económico bajo (35.2%) que en las personas en nivel medio-alto (4.6%).

Además, los autores señalan que la edad se asocia con menores posibilidades de realización de medidas de autocuidado; Igualmente, tener menor escolaridad, servicio público de salud y pertenecer a un hogar indígena o a un estrato económico bajo disminuyen la posibilidad de que la persona que vive con diabetes realice medidas de autocuidado (Secretaría de Salud, INSP & INEGI, 2018).

Con la finalidad de reducir los riesgos, en 1998 el United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), estableció que una terapia intensiva que reduzca la Hb<sub>A1c</sub> hasta un 7% disminuiría hasta en un 25% la probabilidad de retinopatía, nefropatía y probablemente la neuropatía; para alcanzar dicha meta, la FID, recomienda cambio en el estilo de vida y la adherencia a cada una de las dimensiones del tratamiento (dieta, ejercicio, medicación, cuidados de piel, pies); de la misma manera, la nueva Guía de la American Diabetes Association con las siglas ADA (2021), menciona la importancia en la gestión del estilo de vida de las personas que viven con diabetes, pues establece que las recomendaciones de educación y apoyo son fundamentales y facilitan el conocimiento, las habilidades de autocuidado óptimo de la diabetes e incorporan las necesidades, objetivos y experiencias de vida de las personas que lo padecen. Las normas que lo guían ayudan a identificar e implementar estrategias efectivas de autocontrol en cuatro momentos críticos, el momento del diagnóstico; anualmente para la evaluación de la educación, la nutrición y las necesidades emocionales; cuando surgen nuevos factores complicados como limitaciones físicas o factores emocionales; y cuando ocurren transiciones en el cuidado.

Sin embargo, el seguimiento de dichas recomendaciones resulta una tarea difícil, pues dicha problemática puede observarse a nivel mundial, como, por ejemplo, en países desarrollados las personas con enfermedades crónicas promedian sólo un 50% de adherencia terapéutica, y es aún mayor en países en vías de desarrollo debido a la limitación de recursos económicos y acceso a los servicios de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2004; Villalobos et al., 2019).

Por otra parte, se define como adherencia terapéutica: “El grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Su evaluación permite la planificación de tratamientos efectivos y eficientes; puede variar de acuerdo con el área o dimensión que se explore, pues, por ejemplo, para la actividad física la adherencia reportada por Bullard (2019) en una revisión sistemática fue de 77%. Otro estudio también mostró que el porcentaje de pacientes con adherencia a hipoglucemiante es del 95.7%, en tanto que para la dieta el 75.9% de los pacientes no se adhiere (Bonger, 2018) estos resultados son consistentes con lo que señala la OMS, donde se explica que los pacientes tienen mayor dificultad a la adherencia de comportamientos que implican un mayor consumo de tiempo (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Por otro lado, sobre adherencia a las recomendaciones de estilo de vida, un estudio realizado por Lim (2013), encontró que la adherencia a cinco o más recomendaciones, y principalmente a la dieta, mejora el índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura, perfil lipídico y hemoglobina glucosilada (HbA<sub>1c</sub>) de los pacientes.

Florez (2019) señala que para personas que han disminuido la HbA<sub>1c</sub> después de una terapia con insulina es más probable que implementen cambios en su estilo de vida, además que las personas que comenzaron un medicamento para la diabetes sin insulina habían logrado, en promedio, una disminución del 0.4% en HbA<sub>1c</sub>.

Por lo anteriormente planteado resulta relevante analizar el fenómeno de adherencia terapéutica desde una perspectiva multidimensional y su relación con la Hb<sub>A1c</sub>, en una comunidad pesquera poco estudiada ubicada en Yucatán, México. El objetivo fue determinar la relación entre la adherencia terapéutica y el control metabólico en personas con DM2 de una comunidad pesquera del estado de Yucatán, se planteó la hipótesis de que a mayor adherencia terapéutica menor HbA1c (hemoglobina glucosilada).

## Material y Métodos

Se trata de un estudio transversal, observacional, correlacional realizado en personas que viven con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) pertenecientes a la zona rural pesquera de Sisal, en Mérida, Yucatán, México en 2013; el objetivo fue determinar la relación entre la adherencia terapéutica y el control metabólico en personas con DM2 de una comunidad pesquera del estado de Yucatán. La colecta de la información se realizó en un período de 4 meses, se hizo un recorrido casa por casa en toda la comunidad dividida en cuatro sectores donde se detectaron un total de 111 personas que viven con esta patología, de los cuales 77 aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado, previamente se les proporcionó información sobre los objetivos del estudio, riesgos de la investigación y el derecho a retirarse de la misma cuando ellos así lo desearan. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico confirmado de DM2, tiempo de vivir en la comunidad de por lo menos 6 meses, sin afectación cognitiva evidente; sin embargo, durante el procesamiento de la información se eliminaron 4 sujetos debido a que no acudieron a la toma de laboratorios, por lo que finalmente el total fue de 73 sujetos participantes, lo que representó el 65.7% de la población blanco.

### *Adherencia terapéutica*

Para medir la variable adherencia terapéutica se aplicó la Escala de Adhesión al Tratamiento en DM2, versión III (EATDM-III) este cuestionario permite calcular un índice de adherencia terapéutica para cada dimensión y de manera global.

Por medio de la sumatoria de puntajes para cada ítem alcanzado entre el máximo de puntuación para la dimensión en cuestión por 100, de manera que la escala arroja un índice de 0 a 100 puntos para cada dimensión, o en su caso global, en donde a mayor puntaje, mayor adherencia terapéutica; en total esta sección está conformada por 55 ítems que conforman una escala tipo Likert que van desde 0 a 4 puntos y reflejan cualitativamente desde *Nunca lo hago* hasta *Siempre lo hago*. La escala está dividida en dos partes: i. Variables sociodemográficas; ii. Variables de estudio organizadas en siete dimensiones: Apoyo familiar, Organización y apoyo comunal, Ejercicio físico, Control médico, Higiene y autocuidado, Dieta y Valoración de la condición física.

#### *Control glucémico*

Para ello se realizó la determinación del porcentaje de Hb<sub>A1c</sub> (DCCT/NGSP), que se basa en el inmuno ensayo turbidimétrico de inhibición (TINIA) para sangre completa hemolizada y se realizó a partir de sangre completa en un analizador COBAS c111 y reactivos A1C-2 (ROCHE). Los valores normales de referencia fueron entre 4.80–6.0 % con límites de detección de 4.0 a 16.9 %. Para la presente investigación se consideró como adecuada la HbA1c menor de 7% de acuerdo con la Norma oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

#### *Medidas antropométricas*

El peso y la altura se midió en los sujetos de pie, usando ropa ligera y sin zapatos, el peso en kilogramos se midió con una precisión de 0.5 kg, usando una báscula SECA BELLA 840, y la altura se midió con una precisión de 0.5 cm utilizando un estadímetro ADE Mod. MZ10020. El Índice de masa corporal (IMC) medido por kg/m<sup>2</sup>, y se determinó adecuado <24.9, acorde a la Norma oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

## **Análisis de Datos**

Para el análisis de la información se utilizó el Statistical Package For Social Sciences (SPSS) Versión 17.0. La descripción de los datos sociodemográficos de los pacientes participantes en el estudio fue para variables ordinales a través de estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes y para variables numérica medidas de tendencia central y dispersión. Para clasificar la Hb<sub>A1c</sub> e IMC se utilizaron los criterios de la NOM-015-SSA. Para la prueba de hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

## **Procedimientos éticos**

Se respetaron los aspectos éticos establecidos en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México; se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación (Titulo II, Capítulo I, artículo 16), el estudio fue de riesgo mínimo por la realización de punción venosa (Titulo II, Capítulo I, artículo 17, apartado II). El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Nouguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán (*registro CIRB 2011 005*).

## **Resultados**

Se trata de 73 (100%) personas, 63% género femenino, estado civil predominantemente casados en el 69.9%; respecto a la escolaridad predominantemente con estudios básicos de primaria en un 65.8%; con una edad  $M=57.21$ ,  $DT=13.128$ ; para el IMC  $M=33.3$ ,  $DT=7.2$ , de los cuales 91.8% presentó un IMC  $>24.9$ , considerado como inadecuado; para la Hb<sub>A1c</sub> se obtuvo  $M=8.6$ ,  $DT=1.9$ , del cual 76.7 % presentó  $>7$ , lo que los clasifica como inadecuado, ver Tabla 1.

**Tabla 1**

*Datos descriptivos de variables principales de estudio en una comunidad pesquera de personas con Diabetes tipo 2.*

| Variables sociodemográficas | Clasificación                  | Distribución total |      |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------|------|
|                             |                                | f                  | %    |
| Género                      | Femenino                       | 46                 | 63   |
|                             | Masculino                      | 27                 | 37   |
| Estado civil                | Soltero                        | 9                  | 12.3 |
|                             | Casado                         | 51                 | 69.9 |
|                             | Viudo                          | 9                  | 12.3 |
|                             | Separado                       | 1                  | 1.4  |
| Escolaridad                 | Analfabeta (no lee ni escribe) | 9                  | 12.3 |
|                             | Primaria                       | 48                 | 65.8 |
|                             | Secundaria                     | 12                 | 16.4 |
|                             | Carrera técnica o comercial    | 3                  | 4.1  |
|                             | Profesional                    | 1                  | 1.4  |
| IMC*                        | Adecuado                       | 8.2                | 6    |
|                             | Inadecuado                     | 67                 | 91.8 |
| Hb <sub>A1c</sub> †         | Adecuado                       | 17                 | 23.3 |
|                             | Inadecuado                     | 56                 | 76.7 |

\* IMC adecuado para valores iguales o menores a 24, de acuerdo con la ADA. † HbA<sub>1c</sub> adecuado para valores iguales o menores a 6.9%, de acuerdo con la ADA.

Con la finalidad de verificar la confiabilidad del instrumento EATDMIII para la adherencia terapéutica se calculó el coeficiente de correlación de alfa de Cronbach y se obtuvo de manera global un  $\alpha=.88$ , por lo que se consideró adecuado.

Posteriormente, al realizar el cálculo de los promedios de adherencia para las sub-escalas se obtuvo el mayor puntaje para el Control Médico con M=70.55, DT=21.96, en tanto que el menor puntaje fue para el Apoyo Comunal con M=32.74, DT=15.55; el cálculo del índice general de adherencia fue de M=53.3, DT=11.3. ver Tabla 2.

**Tabla 2**

*Datos descriptivos de las sub-escalas de Adherencia Terapéutica en una comunidad pesquera de personas con Diabetes tipo 2.*

| Sub-escalas del EATDM III*     | $M^{\dagger}$ | $DT^{\ddagger}$ | Mín <sup>§</sup> | Máx <sup>  </sup> |
|--------------------------------|---------------|-----------------|------------------|-------------------|
| Apoyo familiar                 | 54.28         | 25.87           | 0                | 100               |
| Apoyo comunal                  | 32.74         | 15.55           | 5                | 73                |
| Ejercicio físico               | 44.06         | 19.82           | 3                | 97                |
| Control medico                 | 70.55         | 21.96           | 14               | 100               |
| Higiene y autocuidado          | 65.24         | 17.96           | 25               | 100               |
| Dieta                          | 60.58         | 17.02           | 25               | 100               |
| Valoración de condición física | 40.24         | 30.351          | 0                | 100               |

\* Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, † Media, ‡ desviación estándar, § mínimo, || máximo.

Con la finalidad de puntualizar algunos resultados para proponer intervenciones específicas, se observó que para la dimensión apoyo comunal las problemáticas más importantes detectadas acorde a la distribución de porcentajes para “nunca lo hago” por ítems fue que la comunidad no se organiza para la realización de compra de medicamentos, tampoco para la compra de instrumentos para el control de la glucemia ni asisten a actividades deportivas organizadas en la comunidad.

También se encontró que las personas no acuden a algún lugar especializado para el cuidado de las uñas. En las dimensiones de ejercicio físico y valoración de la condición física las problemáticas más destacadas fueron que las personas no consumen alimentos antes de realizar ejercicio.

El análisis estadístico se realizó conforme a la distribución de las variables; se verificó la normalidad de los datos por medio de Kolmogorov-Smirnov, donde todas las variables numéricas fueron  $>.05$  lo que indicó normalidad para las mismas.

Para el análisis (Tabla 3) entre las principales variables del estudio no se encontró significancia estadística para ninguna de las sub-escalas y la variable HbA1c, de igual forma no se encontró relación entre el índice general de adherencia con dicho parámetro de control glucémico; sin embargo la relación de la sub-escala de control médico con la variable edad fue significativa, con una relación positiva débil, es decir a mayor edad mayor adherencia al control médico; de igual forma se encontró una relación inversa débil negativa para la dimensión dieta con el IMC, esto refleja que a menor IMC mayor adherencia a la dieta.

**Tabla 3**

*Correlaciones de variables numéricas y las sub-escalas de Adherencia Terapéutica en una comunidad pesquera de personas con Diabetes tipo 2.*

| Sub-escalas del EATDM III*     | Coefficiente de correlación de Pearson. | HbA1c <sup>†</sup> | IMC <sup>‡</sup> | Edad         |
|--------------------------------|---|--------------------|------------------|--------------|
| Apoyo familiar                 | <i>r</i>                                | .004               | .115             | .119         |
|                                | p-valor <sup>§</sup>                    | .976               | .332             | .318         |
| Apoyo comunal                  | <i>r</i>                                | -.109              | .163             | .207         |
|                                | p-valor <sup>§</sup>                    | .361               | .167             | .079         |
| Ejercicio físico               | <i>r</i>                                | .190               | -.073            | -.152        |
|                                | p-valor <sup>§</sup>                    | .108               | .539             | .199         |
| Control médico                 | <i>r</i>                                | -.071              | .151             | <b>.249*</b> |
|                                | p-valor <sup>§</sup>                    | .548               | .203             | <b>.033</b>  |
| Higiene y autocuidado          | <i>r</i>                                | .017               | .015             | .150         |
|                                | p-valor <sup>§</sup>                    | .884               | .903             | .205         |
| Dieta                          | <i>r</i>                                | .091               | <b>-.252*</b>    | .053         |
|                                | p-valor <sup>§</sup>                    | .444               | <b>.031</b>      | .654         |
| Valoración de condición física | <i>r</i>                                | .070               | -.026            | .006         |
|                                | p-valor <sup>§</sup>                    | .555               | .829             | .957         |

\* Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, † Hemoglobina glucada, ‡ Índice de masa corporal, § significancia estadística  $p < .05$

## Discusión

En el presente estudio no se pudo observar una relación estadísticamente significativa para las variables adherencia terapéutica y control glucémico, muy probablemente debido a que el 78.1% de las personas se encontraron con una HbA1c  $\geq 7\%$  lo que desequilibró los grupos (control-descontrol) pero no implica que esta relación no exista (Bonger, 2018; Yusuf et al., 2018).

Cabe señalar que para este estudio en lo referente a adherencia terapéutica se aplicó una escala que no ha sido adaptada culturalmente en México y la población en la cual se aplicó algunos son maya hablantes, lo que pudo ocasionar problemas en la colecta de datos; para Ibarra y Morillo (2017) en la aplicación de cuestionarios las principales limitaciones son la subjetividad, sobreestimación de la adherencia, el sesgo de memoria pues se mide la adherencia en un tiempo corto, no más de 30 días y a la vez puede haber también un sesgo de respuesta del participante, de manera que contesta lo que se espera de él; igual puede enfatizar el problema falta de habilidad del entrevistador para comunicarse y una baja alfabetización del entrevistado.

Por otra parte, en términos de adherencia terapéutica en los países desarrollados que padecen enfermedades crónicas promedian un 50%, (Organización Mundial de la Salud, 2004) en el presente estudio se encontró un promedio general de adherencia terapéutica de 53.3%, que lo coloca ligeramente por encima del promedio mencionado; sin embargo en el análisis de las dimensiones las principales problemáticas de adherencia terapéutica en la comunidad pesquera estudiada fueron: por un lado la falta de apoyo comunal, es decir, las personas tienen dificultad para generar estrategias organizacionales y de gestión de recursos que les facilite actuar ante alguna situación relacionada con el cuidado de las personas con diabetes.

García, et al., (2020) señalan que el apoyo social, que puede provenir de diferentes fuentes (familiares, amigos o instituciones de salud) resulta imprescindible una vez que se produce el diagnóstico de la Diabetes como evento potencialmente estresante, a su vez el apoyo familiar y de otros significativos ayudan a reforzar las conductas de autocuidado con su consecuente repercusión en la adherencia terapéutica y el control metabólico de la enfermedad. En un estudio realizado por Adisa (2017) se encontró que la fuente primordial de apoyo para el paciente con diabetes es el familiar en un 87%, pero se deseaba en gran medida el apoyo de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en un 95% de los mismos.

Sobre esta misma temática, Venezuela cuenta con organizaciones para apoyo social más complejos, establecidos legalmente, y en el aspecto de salud los comités tienen una participación activa que buscan soluciones a problemáticas específicas planteadas por la propia comunidad para la mejora de la calidad de vida (Sáez, et al., 2018); situación que aún no se observa en México como participación social en materia de salud; sin embargo este país cuenta con una plataforma denominada BIENESTAR que busca articular programas dirigidos al bienestar social de las personas más vulnerables y que viven en pobreza extrema.

En dicho programa se insertan Comités de Promoción Comunitaria que enfocan su participación principalmente al acceso de vivienda digna y servicios básicos, pero no se visualiza la aplicación de este marco en estrategias de organización y de gestión de recursos en salud, que se traduciría para las personas con diabetes en apoyos para obtención de equipos electromédicos, insumos como lancetas, jeringas, etc, incluso la gestión de espacios y equipos para realizar ejercicio (Secretaria de Bienestar, 2022).

En este escenario, las comunidades rurales por ser poblaciones vulnerables, pueden ser el escenario propicio para que el profesional de enfermería y de trabajo social funjan como grupo pivote para fortalecer el área de apoyo social o comunal, pues como se observó para esta comunidad pesquera mexicana estudiada, la oportunidad de mejora radica en fomentar la organización comunitaria, así como la gestión de recursos.

Lo anterior planteado es congruente con el modelo de atención de la salud basado en la atención primaria propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que demanda de los servicios de salud nuevas actitudes, competencias y prácticas clínicas innovadoras; las intervenciones deben ser ejecutadas en conjunto con la comunidad, y se debe intervenir en todos los ámbitos comunitarios (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

El siguiente punto problemático encontrado en la investigación fue la dimensión de valoración de la condición física y ejercicio físico, pues las comunidades pesqueras de personas con diabetes estudiada no siguen la recomendación de ejercicio físico, lo cual es congruente con los resultados obtenidos en un estudio transversal realizado por Darawad et al. (2016) el cual reveló que menos de la mitad (un 45.1%) de los pacientes con diabetes solían usar la caminata como ejercicio, a pesar de su facilidad para llevarla a cabo y que las razones para no realizarlo eran: la falta de deseo, tiempo y tener diabetes. Es recomendable por tal motivo, al momento de planear programas o estrategias de intervención dirigidas a la dieta o el ejercicio físico integrarse la valoración de aspectos motivacionales.

Un enfoque holístico de atención centrado en el paciente puede incorporarse en los programas educativos para mejora de la comprensión de las necesidades de información y de salud de los pacientes. La importancia de los factores que van más allá del nivel individual en términos de influencias sociales, culturales, organizativas y políticas, como los hábitos alimentarios, las creencias religiosas y la falta de continuidad de la atención, son factores clave que influyen en la adherencia al plan de control de la diabetes (Al-Sahouri, 2019), esto va de la mano con lo que la OMS señala, en el sentido de que se debe considerar el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, la cultura, las creencias populares, entre otras (Organización Mundial de la Salud, 2004).

En este aspecto, para este estudio en específico, sobre las características sociodemográficas y antropométricas que se asociaron de manera significativa con algunas de las dimensiones de adherencia terapéutica fueron: la edad, escolaridad y el IMC. Para la primera se encontró que a mayor edad mejor adherencia a la dimensión control médico, muy probablemente para esta población mexicana en particular, este resultado vaya de la mano con las acciones de prevención que en mayor medida se realizan en personas con DM2 de 50 años o más, como, por ejemplo: la prescripción de aspirina, revisión de pies, revisión oftalmológica y evaluación de función renal (Jiménez-Corona, et al., 2013).

Por otra parte, el menor nivel de escolaridad asociado a mayor adherencia a la dieta, el resultado es contrario a lo encontrado Navarro, et al., (2017) quienes señalan que el bajo nivel de escolaridad, el olvido en la toma de medicamentos, el uso de terapia combinada y una terapia concomitante para otra patología son factores que intervienen en la falta de adherencia al tratamiento, especialmente hipoglucemiantes.

El siguiente aspecto en la población de estudio que arrojó significancia estadística fue la dimensión de adherencia a la dieta y el IMC, se observó una relación moderada inversa. El aspecto de la alimentación es recomendable abordarse desde un enfoque de determinantes sociales, la modelación de los patrones de alimentación no son decisiones individuales, sino conductas influidas por las oportunidades definidas por el medio social en el que viven los individuos, por lo tanto, involucran aspectos sociales, políticos y económicos que tienen que ser evaluados. (Moreno, et al., 2016)

## **Conclusiones**

Sobre la relación de la adherencia terapéutica con el control glucémico a pesar de que en la presente investigación no se encontró significancia estadística se recomienda realizar más investigación pues las variables han sido poco abordadas en poblaciones minoritarias las cuales son más vulnerables a sufrir las complicaciones derivadas de un inadecuado control de la enfermedad.

Explorar la adherencia terapéutica desde diferentes dimensiones genera información valiosa que permite encontrar en cada una, los aspectos en ocasiones imperceptibles de una realidad vivida por las personas con DM2; en este caso se evidenció que en términos generales la población pesquera rural estudiada, promedió una adherencia terapéutica ligeramente por arriba de lo encontrado en países desarrollados; sin embargo, la incongruencia encontrada con los valores inadecuados obtenidos de HbA1c sugiere contar con más biomarcadores e instrumentos que midan con mayor especificidad cada área, por ejemplo registro diario de alimentos para el área nutricional, podómetro para actividad física, para la adherencia a la medicación conteo de pastillas y/o determinación de la concentración del fármaco o su metabolito.

Por otro lado, las poblaciones de tipo rural pueden aspirar a un mejor grado de adaptación a la enfermedad y afrontar mejor su situación de salud, en la medida en la que el apoyo social, la organización comunitaria sea una realidad en materia de salud, no solo en lo referente a lo educativo, sino como fuerza comunal para la gestión y administración de recursos que favorezcan el control de la enfermedad.

Sobre este hecho los profesionales de enfermería y de trabajo social tienen un campo fértil para crecer y propiciar estrategias de gran impacto para la salud de las personas con diabetes fungiendo como gestores y mediadores al aproximar el sistema gubernamental, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros, acorde a las necesidades de salud de la comunidad.

Por otro lado, en materia de ejercicio, frecuentemente las personas con diabetes tienden a dejarlo fuera del escenario de sus vidas, por diversas razones que tendrían que estudiarse más a fondo, como las medidas de cuidado antes de realizar el ejercicio, así como la administración de tiempos, espacios físicos además de otros factores que están fuera del alcance de esta investigación, pero resultan de gran interés, como lo son, las creencias, actitudes, recursos para infraestructura. El papel de la enfermería en este punto se dirigirá hacia la educación de la importancia del ejercicio como uno de los pilares para el manejo de la diabetes; coordinarse con profesionales en ejercicio físico para generar programas adecuados para personas con DM2 y dar seguimiento a las intervenciones para garantizar su continuidad.

## **Sugerencias y Limitaciones**

Se sugiere realizar más investigación pues los grupos minoritarios, como son los indígenas o la población que pertenece a alguna etnia que han sido poco estudiados, y dado la gran influencia cultural es de importancia para el personal de salud conocer la relación de variables que juegan un papel importante en el control de una enfermedad crónica.

El desarrollo de instrumentos adecuados para medir la adherencia terapéutica para este tipo de población también será de relevancia sobre todo por el bajo nivel de escolaridad que presentan por lo que sería propicio contar con instrumentos que sean más gráficos, compuestos en su mayoría por imágenes. En relación con las limitantes, la principal fue que algunos participantes fueron maya hablantes, y aunque entendían el español se contó con la presencia de una persona que fungió como traductor.

## Referencias

- Adisa, R. O. (2017). Social Support, Treatment Adherence and Outcome among Hypertensive and Type 2 Diabetes Patients in Ambulatory Care Settings in southwestern Nigeria. *Ghana Medical Journal*, 51(2), 64-77.
- Al-Sahouri, A. M. (2019). Barriers to good glycemic control levels and adherence to diabetes management plan in adults with Type-2 diabetes in Jordan: a literature review. *Patient Preference and Adherence*, 13, 675-693. doi: doi.org/10.2147/PPA.S198828
- American Diabetes Association. (2021). Standards of Medical Care in Diabetes—2021 Abridged for Primary Care Providers. *Clinical Diabetes*, 39(1), 14-43. doi:10.2337/cd21-as01
- Bonger, Z. S. (2018). Adherence to diabetic self-care practices and its associated factors among patients with type 2 diabetes in Addis Ababa, Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*, 963-970. doi://doi.org/10.2147/PPA.S156043
- Bullard, T. J. (2019). A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: Cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC Public Health*, 19(1), 636. doi:https://doi.org/10.1186/s12889-019-6877-z
- Darawad, M., Mosleh, S., Khalil, A., Maharmeh, M., Hamdan-Mansour, A., & Samarkandi, O. (2016). Investigating Physical Exercise among Jordanians with Diabetes Mellitus. *Health*, 8(2), 181-189. doi: 10.4236/health.2016.82021
- Federación Internacional de la Diabetes. (2019). *Atlas de la Diabetes*. EE. UU: FID.

- Florez, L. S. (2019). Predictors of glycemic control after decline of insulin therapy by patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 33(11). doi:doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2019.107418
- García, O. Y. & Casanova E. D. Y. (2020). Estrés, apoyo social y representación de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 31(1), e162. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532020000100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532020000100009)
- Jiménez-Corona, A., Aguilar-Salinas, C., & Rojas-Martínez, R. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Pública De México*, 55(Supl.2), S137-S143. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s2.5109>
- Lim, J. H. (2013). Adherence to lifestyle recommendations is associated with improved glycemic control and improved blood lipid levels in Korean adults with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, e21-e24. doi:<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.06.009>
- Moreno A. L., García, G. J. Soto E. G., Capraro, S. & Limón C. D. (2016). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 77(3), 114-123. doi:doi.org/10.1016/j.hgmx.2014.07.002
- Navarro, L. G., Buitrago, P. E., Pallares, C. W. & Niño, P. F. (2017). Factores que intervienen a la falta de adherencia al tratamiento antidiabético. *INBIOM*, 4(1). Obtenido de [https://revistas.unipamplona.edu.co/ojs\\_viceinves/index.php/INBIOM/article/view/2419](https://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/INBIOM/article/view/2419)
- Ibarra, O., & Morillo, R. (2017). *Lo que debes saber sobre la Adherencia al tratamiento*. [www.euromedice.net](http://www.euromedice.net)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Washington, D.C: OMS-OPS. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2017*. Ginebra: OMS. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259806?show=full>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Hacia un modelo de atención integral a la salud basado en la Atención Primaria de Salud*. Washington: OMS-OPS.
- Pan American Health Organization. (2017). *Health in the Americas*. N.W., Washington: PAHO.
- Sáez González, R., & Rujano Roque, R. (2018). Aproximación a un modelo para la participación social en salud. *Interacción y Perspectiva*, 93-110. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6329267>
- Secretaría de Bienestar. (22 de enero de 2022). *Bienestar*. Obtenido de <https://www.gob.mx/bienestar>
- Secretaría de Salud, INSP & INEGI. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT, 2018*. Documento web recuperado de: [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)
- UK Prospective Diabetes Study Group. (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 352(9131), 837-853. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)07019-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)07019-6)
- Villalobos, A., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Romero-Martínez, M., Mendoza-Alvarado, L. R., Flores-Luna, M. de L., Escamilla, A., & Ávila-Burgos, L. (2019). Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. *Salud Pública de México*, 61(6, nov-dic), 876-887. <https://doi.org/10.21149/10546>
- Yusuf, K., Aysegul, I., Nuket Bayram, K., Nurcan, U., Ganime, C., Iskender, E., Eroglu., H. (2018). Relationship between the poor glycemic control and risk factors, lifestyle and complications. *Biomedical Research*, 28(4), 1581. Obtenido de <https://www.alliedacademies.org/articles/relationship-between-the-poor-glycemic-control-and-risk-factors-life-style-and-complications.html#:~:text=When%20patients%20with%20no%20complication,Figure%203%20and%20Table%203> .



## Prevalencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad vascular periférica en Guanajuatenses

### Prevalence and risk factors associated with peripheral vascular disease in Guanajuato residents

Ma. Teresa Pratz Andrade <sup>1</sup>

Departamento de Enfermería y Obstetricia

División de Ciencias Naturales y Exactas del Campus Guanajuato

De la Universidad de Guanajuato, México.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 26/09/2022

Aceptado: 11/12/2022

## Resumen

**Introducción:** La enfermedad vascular periférica consiste en un daño u obstrucción en los vasos sanguíneos periféricos que ocasionan disminución del flujo sanguíneo en las extremidades. **Objetivo:** Realizar valoraciones en población guanajuatense para determinar la enfermedad arterial periférica e insuficiencia venosa periférica. **Método:** Estudio observacional de tipo descriptivo y corte transversal. **Resultados:** Se llevaron a cabo 372 valoraciones de salud, en las cuales se encontró que las personas contaban con una media de edad de  $45 \pm 15.7$  años, 71.2% fueron mujeres, 48.4% estaban casados, el 30.9% tenían estudios universitarios, y el 31% era empleado. En una jornada laboral mantienen una media de 5.4 horas en sedestación y 6.1 en bipedestación. El 65.6% tienen sobrepeso y obesidad, aunque el 48.7% reportó realizar una actividad física. El 12.4% son fumadores activos y el 21.5% cursa con una enfermedad crónica. Con base al índice tobillo-brazo se encontró en el 17.5% de las personas enfermedad arterial periférica de leve a moderada. El 39.8% presentan reflujo en perforante de poplíteo derecha, 41.7% en poplíteo izquierda y 18.3% no presenta evidencia clínica de varices. **Conclusiones:** La detección precoz de estas enfermedades del sistema circulatorio durante su fase asintomática permite establecer medidas preventivas antes de cursar con daño vascular sintomático.

*Palabras clave:* Enfermedad vascular, prevalencia, factores de riesgo, detección.

<sup>1</sup>Correspondencia remitir a: Doctora Ma. Teresa Pratz Andrade, Profesora Investigadora de la Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México. [mpratz@ugto.mx](mailto:mpratz@ugto.mx)

<sup>2</sup>Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [normacopparipy@gmail.com](mailto:normacopparipy@gmail.com) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

**Introduction:** Peripheral vascular disease consists of damage or obstruction in peripheral blood vessels that cause decreased blood flow in the extremities. **Aim:** To carry out assessments in the Guanajuato population to determine peripheral arterial disease and peripheral venous insufficiency. **Method:** Observational, descriptive, cross-sectional study. **Results:** 372 health assessments were carried out, in which it was found that the people had a mean age of  $45 \pm 15.7$  years, 71.2% were women, 48.4% were married, 30.9% had university studies, and the 31% were employed. In a working day they maintain an average of 5.4 hours in a seated position and 6.1 in a standing position. 65.6% are overweight and obese, although 48.7% reported doing physical activity. 12.4% are active smokers and 21.5% have a chronic disease. Based on the ankle-brachial index, mild to moderate peripheral arterial disease was found in 17.5% of the people. 39.8% had reflux in the right popliteal perforator, 41.7% in the left popliteal and 18.3% had no clinical evidence of varices. **Conclusions:** Early detection of these circulatory system diseases during their asymptomatic phase allows preventive measures to be established before developing symptomatic vascular damage.

*Keywords:* Vascular disease, prevalence, risk factors, detection.

La enfermedad vascular periférica (EVP) es un trastorno de la circulación, de evolución lenta y progresiva, que incluye a los vasos sanguíneos fuera del corazón, tanto arterias como venas periféricas.

La insuficiencia venosa (IV) es definida como una condición patológica del sistema venoso que se caracteriza por la incapacidad funcional adecuada del retorno sanguíneo debido a anormalidades de la pared venosa y valvular que lleva a una obstrucción o reflujo sanguíneo en las venas (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009). La Unión Internacional de Flebología (2014) define la IV como los cambios producidos en las extremidades inferiores resultado de la hipertensión venosa prolongada. La prevalencia de la IV aumenta drásticamente con la edad, y las úlceras venosas afectan al 20.7% de las personas mayores de 80 años. Se considera una enfermedad común entre las mujeres, sin embargo, la afectación en ambos sexos es considerable. Aunque, la incidencia de venas varicosas es superior en las mujeres que, en los hombres, la prevalencia es muy similar en ambos sexos cuando las mujeres nunca han tenido embarazos (Bozkurt et al., 2017).

La enfermedad arterial periférica (EAP) es un problema circulatorio frecuente en el que las arterias estrechadas reducen el flujo sanguíneo a las extremidades provocando dolor en la pierna al caminar (claudicación). También es probable que la EAP sea un signo de una acumulación generalizada de depósitos de grasa en las arterias (ateroesclerosis).

Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad vascular periférica, entre las que podemos mencionar es la edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, fumar, obesidad, sedentarismo, entre otros.

Vázquez et al. (2016), señalan que quienes permanecen de pie alrededor del 25% de su jornada de trabajo presentan lumbalgia; y cuando este porcentaje es mayor (entre el 45 y 50%) presentan molestias en pies y piernas. Encontrándose en 33% de trabajadores del área hospitalaria insuficiencia venosa.

Los gastos que genera un paciente con EVP, bien sea por tratamiento médico tipo terapéutico o quirúrgico son difícilmente cuantificables. Lozano et al. (2008), determinaron que en España el gasto promedio por el tratamiento de pacientes con EVP fue de 175 millones de dólares.

El impacto que ha tenido la EVP a nivel mundial es marginal comparado con otras enfermedades circulatorias, sin embargo, se trata de una enfermedad con consecuencias muy invalidantes para quienes la desarrollan y, por sobre todas las cosas, de una condición prevenible (Sociedad Argentina de Cardiología, 2015).

Las detecciones de manera temprana permiten establecer estrategias o medidas de contención para un problema mayor, es por ello, por lo que identificar los factores de riesgo que tienen las personas para desarrollar EVP, determinar la prevalencia de IV y la EAP, brinda reducción en los costos con acciones preventivas que tratamientos caros. Así mismo, no debemos omitir que la presencia de EAP incrementa la probabilidad de mortalidad vascular y general.

## **Método**

### **Diseño**

Estudio observacional de tipo descriptivo y corte transversal (Polit et al., 2018).

### **Participantes**

La muestra estuvo conformada por personas mayores de 18 años en diversos municipios del estado de Guanajuato donde se llevaron a cabo valoraciones de salud, y desearan participar en el programa de manera libre y voluntaria.

### **Instrumentos**

Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos, que incluye edad, sexo, estado civil, actividad laboral; así mismo, una encuesta sobre factores de riesgo para enfermedad vascular periférica, se realizó la toma de peso, talla, presión de tobillo y brazo con ultrasonido doppler.

### **Procedimiento**

Se llevaron a cabo diversas valoraciones de salud a los trabajadores de una universidad pública del estado de Guanajuato, en sus distintas sedes, donde se les hizo una invitación abierta para realizar mediciones de peso y talla, la presión de tobillo y brazo con ultrasonido Doppler, con la finalidad de diagnosticar alguna enfermedad vascular periférica. Al informar sobre el objetivo del estudio a los participantes y las diversas pruebas a los que serían sometidos, así como, el manejo de la información obtenida para el estudio, los participantes que aceptaban participar firmaban una carta de consentimiento informado. Posteriormente, se llevo a cabo el llenado de los instrumentos, las mediciones, al termino de estas, se brindo una explicación de los resultados a las personas, brindando sugerencias de manejo y canalizaciones en caso de ser requeridas.

## **Análisis de los datos**

Los datos obtenidos del estudio fueron tratados en el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 21, obteniéndose estadísticas descriptivas como frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión.

## **Aspectos éticos**

Este trabajo está sustentado en las consideraciones éticas y legales contenidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, se obtuvo la firma del consentimiento informado, se conservó el anonimato, la confidencialidad de los datos recabados y se respetó la integridad de los participantes (Secretaría de Salud, 1984).

## **Resultados**

La población de estudio fue de 372 participantes, cuyo rango de edad fue de 27 a 86 años, con una media de  $45 \pm 15.7$  años, el 71.2% son mujeres, 48.4% estaban casados, el 30.9% tenían estudios universitarios, y el 31% es empleado.

### *Antecedentes clínicos*

Se encontró que el 58.3% tienen antecedentes familiares de varices y el 7.5% reportan haber tenido una trombosis venosa profunda previa a la valoración, así mismo, 26.1% ha tenido un golpe fuerte o fractura en las piernas.

El 39% ha tenido de 1 a 9 embarazos, el 15.6% mencionan presentar hemorroides y el 21.4% utilizan ropa ajustada en las extremidades inferiores. El 21.5% de la población tiene alguna enfermedad crónica como diabetes tipo 2, hipertensión arterial, EPOC, entre otros.

*Factores de riesgo*

Solo el 12.4% menciona ser fumador activo, con un consumo de cigarrillos de 1 a 20 al día. Se encontró que en una jornada laboral mantienen una media de 5.8 horas en bipedestación y 6.1 horas en sedestación, sin embargo, muestran una diferencia en los rangos, en bipedestación se mantienen de 1 hasta 24 horas, y en sedestación de 1 a 14 horas.

Con base al índice de masa corporal (IMC) en la tabla 1 se observa que solo el 32% presenta un peso adecuado a su talla, aun teniendo en cuenta que el 48.7% reporta realizar una actividad física.

**Tabla 1**

| <i>IMC de los Participantes</i> |          |          |
|---------------------------------|----------|----------|
| <b>IMC</b>                      | <i>f</i> | <i>%</i> |
| Bajo peso                       | 9        | 2.4      |
| Normal                          | 119      | 32       |
| Sobrepeso                       | 154      | 41.4     |
| Obesidad grado I                | 60       | 16.1     |
| Obesidad grado II               | 12       | 3.2      |
| Obesidad grado III              | 18       | 4.9      |

n = 372

Los problemas de peso, así como las horas prolongadas en bipedestación y sedestación, son condicionantes que promueven el desarrollo de la enfermedad vascular periférica, condiciones que pueden ser modificables desde el contexto personal y laboral.

*Insuficiencia Venosa*

El 39.8% presenta reflujo en perforante de poplítea derecha y el 41.7% en poplítea izquierda. La tabla 2 muestra la prevalencia de la insuficiencia venosa, en donde el 18.3% no presenta evidencia clínica de varices y el 81.7% presenta alguno de los primeros cinco grados de insuficiencia venosa.

**Tabla 2**

| <i>Clasificación CEAP</i>                   |          |          |
|---|----------|----------|
| <b>Categoría</b>                            | <i>f</i> | <i>%</i> |
| CO: sin evidencia clínica de várices        | 68       | 18.3     |
| C1: teleangiectasis                         | 137      | 36.8     |
| C2: venas varicosas dilatadas               | 114      | 30.6     |
| C3: edema                                   | 30       | 8        |
| C4: cambios cutáneos (pigmentación)         | 17       | 4.6      |
| C5: cambios cutáneos (úlceras cicatrizadas) | 6        | 1.6      |

n = 372

Es preocupante encontrar en el 81.7% de la población valorada algún grado de insuficiencia venosa, siendo la insuficiencia grado 1 y 2 las que presentan mayor prevalencia, Bozkurt y colaboradores reportaron que la insuficiencia 2 y 3 eran las que mayor preveleían en Europa y Estados Unidos. Por lo que, encontrar de manera precoz estos diagnósticos de insuficiencia venosa en la población permite establecer medidas preventivas y correctivas.

*Enfermedad arterial periférica*

Se realizó la prueba diagnóstica índice brazo tobillo para enfermedad arterial periférica, en donde se encontró que el 65.3% no presenta la enfermedad, sin embargo, el 17.5% tiene rigidez vascular por calcificación de la pared arterial y se asocia a un mayor riesgo de eventos cardíacos y mortalidad.

**Tabla 3**

| <i>Índice Brazo Tobillo</i> |          |          |
|-----------------------------|----------|----------|
| <b>IBT</b>                  | <i>f</i> | <i>%</i> |
| Normal                      | 243      | 65.3     |
| Leve EAP                    | 58       | 15.6     |
| Moderada EAP                | 6        | 1.6      |
| Calcificación arteria       | 65       | 17.5     |

n = 372

A pesar de encontrar pocos casos de enfermedad arterial periférica, se detectó en el 17.5% de las personas presentan valores elevados de la presión en el índice brazo tobillo, este hecho puede ser una de las limitaciones de dicha prueba rápida, puesto que se ha detectado que personas con diabetes pueden presentar calcificaciones de la media arterial y dar valores falsamente elevados debido a la falta de comprensibilidad de los vasos en la zona afectada (Serrano et al., 2017).

## Discusión

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de mortalidad en la población mexicana, y es la enfermedad vascular periférica la tercera causa de mortalidad cardiovascular aterosclerótica, por ello, la importancia de identificar sus factores de riesgo para establecer pautas que prevengan y controlen la enfermedad (Song et al., 2019).

En los resultados del estudio se encontró que el 65.6% presentan problemas con el sobrepeso y la obesidad, uno de los principales factores de riesgo para la enfermedad vascular periférica. Esta situación incrementó en los últimos años y ha sido el resultado de la globalización, la migración, el crecimiento demográfico y la transición alimentaria (Jacobs et al., 2017). El deterioro de la salud del mexicano ha sido fuertemente impactado por estas condiciones nutricionales y a su vez lo encamina a otras comorbilidades de índole cardiovascular.

Otro principal riesgo de las enfermedades cardiovasculares es el sedentarismo, y en la actualidad, el desarrollo tecnológico ha permitido muchas facilidades en las actividades diarias, por lo que ha habido una modificación de los estilos de vida a causa de ello (Castro et al., 2017). En el ámbito laboral, la tecnología ha tenido su impacto en nuevas formas de laborar, donde la principal actividad es estar frente a una computadora durante varias horas. Estar sentado trae consigo complicaciones a la salud, en donde se ha demostrado que esto duplica el riesgo de desarrollar diabetes y afecciones cardiovasculares (Pérez, 2014).

En contraparte a la sedestación, esta la bipedestación, y en los resultados de este estudio, ambas situaciones son alarmantes, dado que la población estudiada pasa muchas horas en estas posiciones. Las situaciones laborales han llevado a los trabajadores a mantener largas horas en bipedestación y son esta postura la que conlleva a enfermedades vasculares periféricas como la insuficiencia venosa (Astudillo et al., 2016).

Finalmente, un dato encontrado que llama la atención en este estudio es el 17.5% de personas con calcificación arterial, puesto que diversos estudios mencionan que esta rigidez arterial duplica o triplica la morbimortalidad cardiovascular (Resnick et al., 2004; Ankle et al., 2008).

## **Conclusion**

La enfermedad vascular periférica es una enfermedad progresiva con alta morbilidad y de gran repercusión socioeconómica, conocer sus factores predisponentes y detectarla precozmente, ayudan a evitar sus estadios más avanzados y mejorar la calidad de vida.

Es por ello, que realizar campañas de detección de la enfermedad vascular periférica son acciones esenciales que las instituciones deben emprender para sus trabajadores, mejorando con ello la salud de su recurso humano.

## **Referencias**

Ankle Brachial Index Collaboration. (2008). Ankle brachial index combined with Framingham Risk Score to predict cardiovascular events and mortality: a meta-analysis. JAMA. 300:197-208.

- Astudillo et al. (2016). Insuficiencia venosa crónica en trabajadores sin factores de riesgo que permanecen horas prolongadas en bipedestación. *Med Segur Trab.* 62(243): 141-156.
- Bozkurt K, Eberhard R, y Sharkawy MI. (2017). Insuficiencia venosa crónica: manejo y tratamiento. *EMJ Dermatol.* 5:(3), pp. 2-14.
- Castro et al. (2017). Análisis de los comportamientos sedentarios, práctica de la actividad física y uso de videojuegos en adolescentes. *Sportis Sci J*, 3 (2), 241-255. DOI: <http://dx.doi.org/10.17979/sportis.2017.3.2.1746>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica, México.
- Jacobs, A. y Richtel, M. (2017). El TLCAN y su papel en la obesidad en México, *The New York Times*.
- Lozano FS, y Alberca I. (2008). Patología venosa en el trabajo. *Rev. Enfermería del trabajo.* pp.197-207.
- Pérez, Betty M. (2014). Salud: entre la actividad física y el sedentarismo. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 27(1), 119-128.
- Polit, D., Tatano, C. (2018). Investigación en enfermería. En: Wolters Kluwer. Buenos Aires.
- Resnick HE, Lindsay RS, McDermott MM, et al. (2004). The Strong Heart Study. Relationship of high and low ankle brachial index to all-cause and cardiovascular disease mortality. *Circulation.* 109:733-9.
- Secretaría de Salud. (1984). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Disponible en: <https://bit.ly/1SBpqPT>
- Secretaría de Salud. (2009). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica.
- Serrano F, Conejero A. (2007). Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. *Revista Española de Cardiología.* 60(9), pp. 969-982. DOI: 10.1157/13109651

- Sociedad Argentina de Cardiología. (2015). Consenso de Enfermedad Vascul ar Periférica. *Revista Argentina de Cardiología*. 83(3), pp. 38-42.
- Song P, Rudan D, Zhu Y, Fowkes FJI, Rahimi K, Fowkes FGR, Rudan I. Global, regional, and national prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2015: an updated systematic review and analysis. *Lancet Glob Health*. 2019 Aug;7(8): e1020-e1030. doi: 10.1016/S2214-109X (19)30255-4.
- Union Internationale de Phlebologie. (2014). Management of chronic venous disorders of the lower limbs—guidelines according to scientific evidence. Document developed under the auspices of The European Venous Forum, The International Union of Angiology, The Cardiovascular Disease Educational and Research Trust (UK). *Int Angiol*. 33, pp. 87-208.
- Vázquez-Hernández I, y Acevedo-Peña M. (2016). Prevalencia de insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería. *Enfermería Universitaria*. 13(3), pp. 166-170.



## Consumo de alcohol y tabaco, autoeficacia e indicadores de riesgo académico en universitarios mexicanos

Alcohol and tobacco consumption, self-efficacy and indicators of academic risk in Mexican university students

Alma Gloria Vallejo-Casarín<sup>1</sup>, María Elena Rivera-Heredia<sup>2</sup>, Aranza Gabriela Rodríguez Hernández<sup>3</sup>, y Ashley Yoav Saldaña Gutiérrez<sup>4</sup>  
Universidad Veracruzana (México)  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (México)

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

Recibido: 03/06/2022

Aceptado: 18/11/2022

### Resumen

**Introducción:** La autoeficacia percibida impacta de forma significativa la vida, el hecho de saberse capaces o de contar con elementos para hacer frente a alguna situación brinda la confianza para tomar mejores decisiones. En ese sentido, cuando la autoeficacia es baja aumenta la probabilidad de adoptar conductas de riesgo, como lo son el consumo de tabaco y alcohol. **Objetivo:** La presente investigación tiene como objetivo analizar los indicadores de riesgo académico en personas con alto y bajo consumo de alcohol y tabaco, así como el papel de los diferentes tipos de autoeficacia en la explicación del consumo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios mexicanos, según el sexo. **Metodología:** Investigación cuantitativa, de tipo explicativa. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia; participaron 2286 estudiantes de diferentes universidades de México. Se aplicó un cuestionario de factores de riesgo académico y una escala de autoeficacia. Se retomó la dimensión de consumo de alcohol y tabaco de la una escala sobre conductas problema.

---

Correspondencia remitir a: Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México, [maelenarivera@gmail.com](mailto:maelenarivera@gmail.com); [maria.elena.rivera@umich.mx](mailto:maria.elena.rivera@umich.mx)

<sup>1</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Veracruzana, Veracruz, México. [avallejo@uv.mx](mailto:avallejo@uv.mx)

<sup>2</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Psicología, Michoacán, México. [maelenarivera@gmail.com](mailto:maelenarivera@gmail.com); [maria.elena.rivera@umich.mx](mailto:maria.elena.rivera@umich.mx)

<sup>3</sup> Licenciada en Psicología por la Universidad Veracruzana [aranza16ag@gmail.com](mailto:aranza16ag@gmail.com)

<sup>4</sup> Licenciado en Psicología por la Universidad Veracruzana [ashsg16@outlook.com](mailto:ashsg16@outlook.com)

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

**Resultados:** la autoeficacia para enfrentar problemas, la autoeficacia para resistir la presión y la autoeficacia académica explican el 27.2% de la varianza del consumo de alcohol y tabaco en los hombres y el 22% en las mujeres. Se encontró un perfil diferenciado de indicadores de riesgo académico entre estudiantes con alto y bajo consumo. **Conclusiones:** se recomienda incluir a la autoeficacia como un elemento clave de los programas de prevención de consumo de sustancias.

*Palabras clave:* factores de riesgo, universitarios, autoeficacia, México

## Abstract

**Introduction:** Perceived self-efficacy has a significant impact on life, the fact of knowing oneself capable or having elements to deal with a situation provides the confidence to make better decisions. In this sense, when the self-efficacy is low, the probability of adopting risk behaviors, such as the consumption of tobacco and alcohol, increases. **Objective:** This research aims to analyze the indicators of academic risk in people with high and low consumption of alcohol and tobacco, as well as the role of the different types of self-efficacy in the explanation of alcohol and tobacco consumption in Mexican university students, according to sex. **Methodology:** Quantitative research, explanatory type. It was a convenience non-probabilistic sample; a total of 2286 students from different universities in Mexico participated in this study. A questionnaire of academic risk factors and a self-efficacy scale was applied. The alcohol and tobacco consumption dimension of a Problem Behavior Scale was utilized. **Results:** self-efficacy to face problems, self-efficacy to resist pressure, and academic self-efficacy explain 27.2% of the variance of alcohol and tobacco consumption in men, and 22% in women. A differentiated profile of academic risk indicators was found between students with high and low consumption. **Conclusions:** it is recommended to include self-efficacy as a key element in substance use prevention programs.

*Key words:* risk factors, pregrade students, self-eficacy, Mexico

En el mundo, el uso de alcohol y tabaco son prácticas comunes que están asociadas con graves problemas de salud para sus usuarios como lo son los diversos tipos de cáncer que implican la pérdida de más de 10 millones de vidas cada año, siendo 7 millones a causa del tabaco y 3 millones por consumo nocivo de alcohol. Así mismo, sus consecuencias se dejan ver a nivel psicológico, familiar, escolar, laboral y social, convirtiéndose en un problema de salud pública (Bagnardi et al, 2015; Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2018; Hackshaw et al., 2018; Organización Mundial de la Salud, 2017, 2019 & Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En México, uno de los grupos que presentan mayor consumo de sustancias, como el alcohol y el tabaco, es el de los universitarios, debido a que la edad promedio de inicio de consumo de tabaco es de 21 años en las mujeres y de 18.8 años en hombres, con un promedio diario de 7.4 cigarros al día. Por otro lado, el inicio del consumo de alcohol se encuentra, en promedio, a los 17.9 años. Sin embargo, entre los 18 y 29 años el consumo de esta sustancia incrementa en comparación con otros grupos de edad, llegando a impactar con mayor intensidad a los hombres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al., 2017; Secretaría de Salud et al., 2018).

Durante la etapa universitaria, los estudiantes se enfrentan a cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales como la independencia de su hogar familiar, las exigencias académicas y las relaciones sociales, especialmente, las de pareja. Estos acontecimientos, significan verdaderos desafíos en sus vidas, mismos que combinados con habilidades de afrontamiento deficientes, pueden ser causantes de problemas psicosociales, repercutiendo negativamente en su bienestar psicológico (Arnett, 2000, 2004, 2012; Baader, et al., 2015; Barrera-Herrera et al., 2019).

Las motivaciones principales que orillan a los universitarios a consumir alguna de estas sustancias se relacionan con la influencia de los amigos, la percepción y actitudes sobre su uso, el tipo de familia y la calidad de las interacciones con la misma, la accesibilidad a estos productos y la publicidad de estos. A su vez, en el entorno universitario se enfrentan a desafíos sociales, emocionales y educativos, combinados con habilidades de afrontamiento deficientes, pueden convertirse en factores asociados al inicio del consumo de tabaco y alcohol (Almutairi, 2014; Espelage et al., 2014; Blanco et al., 2016; Castaño et al., 2014; Hernández-Cervantes & Alejandre-García, 2015; Hossain et al., 2017; Hussong et al., 2017; Leung et al., 2014; Pérez et al., 2015; Restrepo et al., 2018).

Tanto en Estados Unidos, como en el Reino Unido y Latinoamérica diversos estudios reportan la asociación del alto consumo de alcohol con las fallas en el rendimiento académico, reflejadas en que llegan tarde a las clases o no asisten, entregan sus trabajos fuera de los periodos estipulados o no los entregan, que les pueden llevar a la reprobación, rezago y abandono de los estudios (Arillo-Santillán, et al., 2001; Cruz, et al., 2020; Choque y Arias, 2017; Palomino et al., 2021 y Pena y Miotto, 2019).

Tomando en cuenta estos resultados es que en el presente estudio se consideró relevante evaluar una diversa gama de factores de riesgo académico que cubren los ámbitos personal, familiar, escolar; social, de salud y laboral asociados con el estudio, que, aunque se han retomado en estudios previos (Pérez-Padilla, et al., 2021; Yépez et al. 2019), todavía se desconoce su asociación tanto con el consumo de sustancias, como con la autoeficacia. Aunado a ello se identificarán diferencias en función de las y los participantes, dado que con frecuencia se encuentran perfiles diferenciados entre hombres y mujeres (Aguirre et al., 2015; Choque y Walter, 2017; Rivera-Heredia, et al., 2016) en el consumo de sustancias, factores de riesgo o en la autoeficacia.

La autoeficacia, definida por Bandura (2001) como las creencias que la propia persona tiene sobre su capacidad para organizar y ejecutar las operaciones requeridas para manejar situaciones futuras, tiene una naturaleza cognitiva y se relaciona con la percepción y con la evaluación cognitiva que se hace de una situación dada, misma que permitirá el logro de actividades o la resolución de conflictos para lograr realizar una actividad o enfrentar retos.

De igual manera, se ha encontrado que un factor protector ante el consumo de sustancias ha sido el desarrollo de la percepción de autoeficacia para resistir la presión social, ya que esta aumenta la confianza de los universitarios y evita que hagan uso de estas sustancias para ser aceptados dentro de un grupo de pares.

Así mismo, la práctica de actividades deportivas, artísticas o culturales, que se relacionan con una percepción de autoeficacia deportiva, se ha identificado como un factor que disminuye las probabilidades de que los individuos hagan uso de estas sustancias, mejorando su salud física y mental. Por otra parte, existe un tipo de autoeficacia relacionada con el rendimiento y desempeño escolar, denominada autoeficacia académica, que ayuda a disminuir los niveles de problemas psicosociales derivados de las demandas académicas (Rivera-Heredia, et al., 2016).

Como resultado de esto, se han desarrollado intervenciones educativas tomando en cuenta el desarrollo de la autoeficacia en estudiantes universitarios en diversos ámbitos, demostrando su efectividad, sobre todo, por el acercamiento al entorno real del estudiante. Así mismo, los programas para mejorar o aumentar la autoeficacia evidencian sus resultados favorables al involucrar variables metacognitivas, de dominio afectivo y formación emocional (Almaraz, & Alonso, 2018; Arora et al., 2011; Biolatto, 2018; Colmenero-Parras, 2015; Cushing et al., 2014; Das et al., 2016; Do Nascimento et al., 2014; Moshki et al., 2014 & Secretaria de Salud y Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2018).

El estudio de la autoeficacia y su asociación con el consumo de alcohol y tabaco pueden contribuir a prevenir estas conductas de riesgo académico y desarrollar factores protectores para problemas psicosociales. Por si mismo, el incremento de la autoeficacia aumenta la motivación y disminuye las alteraciones emocionales, y ha demostrado su funcionalidad en otros aspectos como lo son el académico, deportivo y social (Aguirre et al., 2015; Blanco et al., 2016). Es por ello que la presente investigación profundizará en la interacción de estos elementos.

## **Objetivos**

Analizar los indicadores de riesgo académico en personas con alto y bajo consumo de alcohol y tabaco, así como el papel de los diferentes tipos de autoeficacia en la explicación del consumo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios mexicanos.

## Hipótesis

- 1) Las personas con alto consumo de alcohol y tabaco tendrán diferentes indicadores de riesgo académico que quienes presentan bajo consumo de alcohol y tabaco;
- 2) El consumo de alcohol y tabaco podrá predecirse a partir de las dimensiones de autoeficacia académica.
- 3) Se encontrarán diferentes modelos de explicación del consumo del alcohol y el tabaco a partir de los tipos de autoeficacia en los hombres y las mujeres.

## MÉTODO

### Diseño y tipo de investigación

La presente investigación parte de un paradigma cuantitativo y tiene un alcance explicativo dado que se utilizaron análisis de regresión múltiple.

### Participantes

El muestreo se realizó de manera no probabilística, seleccionado por conveniencia. Se conformaron dos grupos equivalentes: 1143 hombres y 1143 mujeres, conjuntando un total de 2286 estudiantes universitarios, pertenecientes a las áreas de Ciencias de la Salud, Administrativas, Humanísticas y Técnicas de once universidades de México, con un rango de edad de 17 a 25 años y una media de 20.34.

### Instrumentos

Se aplicó la **Escala de Autoeficacia** (Carrasco y del Barrio, 2002, adaptada por Rivera-Heredia et al., 2016). Mide la percepción de eficacia que el estudiante posee en los distintos ámbitos, en el contexto académico, deportivo, para enfrentar problemas y para resistir la presión social; esta conformada por 16 reactivos, en escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta: *muy bueno*, *bueno*, *malo*, y *muy malo*. En la presente investigación contó con un Alfa de Cronbach de .83, y cada una de sus subdimensiones presentó los siguientes indicadores de consistencia interna: académica (.82), deportiva (.85), para enfrentar problemas (.80) y para resistir a la presión social (.80).

En segunda instancia, se utilizó la **Escala de Conductas Problema** (Andrade et al., 2010). Mide problemas emocionales y conductuales. Tiene una confiabilidad con Alfa de Cronbach de .94; consta de 38 reactivos y detecta siete síndromes; cuenta con una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta: *siempre, muchas veces, algunas veces, y nunca*. En este trabajo se retomaron solo los reactivos relativos al consumo de alcohol y tabaco.

En tercera instancia, se empleó el **Cuestionario para medir indicadores de riesgo académico** elaborado para un proyecto de investigación interinstitucional de las cátedras CUMEX de Psicología por Rivera Heredia (comunicado personal) y utilizada en una primera versión por Yépez-Herrera et al., (2019), y en una versión ampliada por Pérez-Padilla, et al., (2021), la cual consiste en una lista de cotejo que mide 16 situaciones que abarcan aspectos socioeconómicos, familiares, académicos, interpersonales y sociales que pueden poner en riesgo la continuidad de los estudios universitarios. Las respuestas son dicotómicas (*Si ó No*).

## **Procedimiento**

La aplicación del instrumento fue en formato de lápiz y papel, realizándose dentro del salón de clase en las instituciones de educación participantes. Se les explicaron a los participantes los objetivos de la investigación y se les proporcionó un consentimiento informado, en este se les indicaba que los datos recopilados únicamente serían utilizados con fines investigativos y que se haría de forma confidencial. Durante la aplicación, las investigadoras estuvieron pendientes por sí se requería apoyo para responder los instrumentos y se tomaron notas sobre las observaciones.

## **Análisis de los datos**

Los instrumentos se capturaron y posteriormente se analizaron con apoyo del programa SPSS versión 24; como primer paso se realizó un análisis de confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach de la Escala de Autoeficacia y la Escala de Conductas Problema.

Se realizaron análisis de chí cuadrada para comparar la proporción de los estudiantes con alto y bajo consumo de alcohol y tabaco en cada uno de los indicadores de riesgo académico. También se realizaron análisis de comparación de medias por medio de la prueba t de student para muestras independientes que permitieron identificar las diferencias según el sexo en la autoeficacia.

Finalmente, se hicieron análisis de regresión paso a paso, teniendo como variable dependiente el consumo de alcohol y como dependientes las dimensiones de autoeficacia percibida por los universitarios, tanto para el grupo de los hombres, como para el de las mujeres.

## **Resultados**

En la Tabla 1 se presentan los análisis de Chi cuadrada con factores de riesgo y consumo de alcohol y tabaco, en esta última categoría se consideraron dos variables: bajo consumo conformado por los estudiantes que se ubicaban en el percentil de 1 a 25% y el de alto consumo del percentil 75 en adelante, los que reportaron no fumar y no beber alcohol no se consideraron para este análisis.

**Tabla 1**

*Diferencias entre los factores de riesgo que presentan los estudiantes en función del consumo de alcohol y tabaco (n = 2,286)*

|   | Consumo<br>bajo<br>% | Consumo<br>alto<br>% | X <sup>2</sup> |
|---|----------------------|----------------------|----------------|
| ¿Vive tu madre?   | 98.1                 | 96.4                 | 2.58           |
| ¿Vive tu padre?   | 95.6                 | 92.2                 | 4.88*          |
| ¿Tus padres viven juntos?   | 81.1                 | 74.8                 | 5.38*          |
| ¿Tienes que compaginar estudios y trabajo?  | 27.8                 | 41.1                 | 18.60***       |
| ¿Tienes hijos?  | 5.4                  | 5.7                  | .03            |
| ¿Tienes otras obligaciones como cuidar hijos, padres o hermanos?                                    | 16.9                 | 15.2                 | .54            |
| ¿Tienes asignaturas pendientes que tienes que volver a cursar?                                      | 16.5                 | 29.3                 | 22.22***       |
| ¿Vives con tu familia en la ciudad en donde estudias?   | 60.3                 | 60.7                 | .01            |
| ¿Dedicas más de una hora en transportarte a la universidad?   | 43.8                 | 34.5                 | 8.63**         |
| ¿Has tenido dificultades económicas que han puesto en riesgo la continuidad de los estudios?        | 44.7                 | 41.3                 | 1.11           |
| ¿Has tenido dificultades de tipo amoroso que hayan puesto en riesgo la continuidad de los estudios? | 8.6                  | 16.9                 | 14.87***       |
| ¿Has vivido alguna situación de violencia que haya puesto en riesgo la continuidad de los estudios? | 4.6                  | 9.3                  | 8.12**         |
| ¿Has tenido algún problema de salud que haya puesto en riesgo la continuidad de los estudios?       | 10.8                 | 13.7                 | 1.80           |
| ¿Alguno de tus padres, hermanos o abuelos han migrado fuera de México?                              | 29.7                 | 52.2                 | .95            |
| ¿Alguno de tus primos, tíos o sobrinos han migrado fuera de México?                                 | 65.8                 | 74.1                 | 7.76**         |
| ¿Has migrado fuera de México?   | 4.8                  | 11.8                 | 15.32***       |
| ¿Hay alguna otra situación que haya obstaculizado tus estudios?                                     | 5.3                  | 8.5                  | 3.62           |

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

Se observa que el hecho de que el padre viva en la casa, que los padres vivan juntos y que la distancia de la casa a la escuela sea de más de una hora están presentes en una proporción más alta en los estudiantes con bajo consumo de alcohol y tabaco. En contraste, el que deban combinar estudios con trabajo remunerado, el tener asignaturas pendientes que tienen que volver a cursar, el que hayan tenido relaciones amorosas difíciles, que sus primos, tíos o ellos mismos hayan migrado y el vivir situaciones de violencia son factores presentes en los estudiantes con alto consumo de alcohol y tabaco.

**Tabla 2**

*Comparación de autoeficacia percibida y consumo de sustancias por sexo mediante la prueba t de student (n = 2,286)*

|   | <i>Hombres</i> |           | <i>Mujeres</i> |           | <i>p</i> |
|---|----------------|-----------|----------------|-----------|----------|
|   | <i>M</i>       | <i>DE</i> | <i>M</i>       | <i>DE</i> |          |
| <b>Autoeficacia académica</b>                         | 2.92           | .37       | 3.00           | .38       | .001***  |
| <b>Autoeficacia deportiva</b>                         | 2.86           | .76       | 2.47           | .76       | .001***  |
| <b>Autoeficacia para enfrentar problemas</b>          | 3.28           | .70       | 3.50           | .61       | .001***  |
| <b>Autoeficacia para resistir a la presión social</b> | 3.29           | .54       | 3.26           | .60       | .25      |
| <b>Consumo de alcohol y tabaco</b>                    | 1.76           | .65       | 1.51           | .54       | .001***  |

\*\*\*p<.001

En la Tabla 2 se muestra que se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de autoeficacia académica y autoeficacia para enfrentar problemas, siendo las puntuaciones de las mujeres más elevadas. También se encontraron diferencias significativas en autoeficacia deportiva y el consumo de alcohol y tabaco, presentando los hombres niveles más elevados que las mujeres.

Por último. Se procedió a realizar un análisis de regresión lineal paso por paso. Teniendo como variable dependiente el consumo de alcohol y tabaco y como dependientes las diferentes dimensiones de autoeficacia por los universitarios. Con el objetivo de analizar el poder predictivo que tiene la autoeficacia autopercebida en el consumo de alcohol y tabaco de hombres y mujeres que cursan el nivel superior, estos resultados se presentan en las Tablas 3 y 4.

**Tabla 3**

*Análisis de regresión paso por paso para predecir el consumo de alcohol y tabaco en hombres universitarios (n = 2,286)*

| <b>Consumo de alcohol y tabaco</b>                  | <b>B</b> | <b>SE B</b> | <b><math>\beta</math></b> | <b>R2</b> | <b>A<br/>R2</b> |
|---|----------|-------------|---------------------------|-----------|-----------------|
| <b>Autoeficacia para enfrentar problemas</b>        | 3.365    | .086        | .000                      | .264      |                 |
| <b>Autoeficacia para resistir la presión social</b> | 3.135    | .125        | .012                      | .268      | .004            |
| <b>Autoeficacia académica</b>                       | 3.382    | .162        | .017                      | .272      | .004            |

Por lo que respecta a los hombres en el primer paso del análisis entró la autoeficacia para resolver problemas [F (1, 1016 = 115.98 p<.05)] en el segundo paso se agregó la dimensión de autoeficacia para resistir la presión social [ F(2, 1015= 58.99, p<.05)]y en tercer paso entró la autoeficacia académica [F(3, 1015= 39.92, p<.001)]. Un total del 27.2% de la varianza del consumo de alcohol y tabaco en los hombres fue explicado a través de este modelo de regresión.

**Tabla 4**

*Análisis de regresión paso por paso para predecir consumo de alcohol y tabaco en mujeres universitarias (n = 2,286)*

|  | <b>B</b> | <b>SE B</b> | <b><math>\beta</math></b> | <b>R2</b> | <b>A<br/>R2</b> |
|--|----------|-------------|---------------------------|-----------|-----------------|
| <b>Autoeficacia para enfrentar problemas</b>     | 2.909    | .088        | .000                      | .201      |                 |
| <b>Autoeficacia para resistir presión social</b> | 2.639    | .106        | .000                      | .216      | .015            |
| <b>Autoeficacia académica</b>                    | 2.863    | .139        | .013                      | .220      | .004            |

Por lo que concierne a las mujeres, en el primer paso entró la autoeficacia para resolver problemas [ $F(1, 1024 = 60.900, p < .001)$ ] en el segundo paso se agregó la dimensión de autoeficacia para resistir la presión social [ $F(2, 1023 = 32.24, p < .001)$ ] y en tercer paso entró la autoeficacia académica [ $F(3, 1022 = 21.96, p < .001)$ ]. Logrando un total del 22% de la varianza explicada del consumo de alcohol y drogas en el caso de las mujeres universitarias.

## Discusión

Los resultados demuestran que la autoeficacia es una variable asociada con el consumo de sustancias, al grado tal que con las dimensiones de autoeficacia para enfrentar problemas, autoeficacia para resistir la presión social y autoeficacia académica se explicó el 27.2% del consumo de alcohol y tabaco de los hombres y el 22% del de las mujeres, lo cual confirma el papel que estas variables psicológicas tienen en el consumo, y abona a los trabajos previos sobre factores protectores ante el consumo de sustancias tales como los realizados por Biolatto (2018) y Castaño et al. (2014). El único tipo de autoeficacia que no aparece en el modelo es el de autoeficacia deportiva, lo cual podría explicarse por su falta de asociación con los otros tipos de autoeficacia, es decir un estudiante que se percibe a sí mismo con habilidad en los deportes no necesariamente se percibe con habilidad en el ámbito académico o en el social.

Llama la atención que los modelos de regresión de los hombres y de las mujeres que se encontraron en este estudio fueron semejantes, logrando mayor porcentaje de explicación en el caso del modelo de regresión de los hombres que en el de las mujeres. Por lo que el consumo de alcohol y tabaco se explica por las mismas variables en ambos grupos, a diferencia de lo reportado en estudios previos en donde se encontraron diferencias entre hombres y mujeres, pero en otras variables (Rivera-Heredia et al., 2016; Choque y Walter, 2017). Sin embargo, cuando se contrastan todas las dimensiones del instrumento de autoeficacia entre hombres y mujeres, sí emergen diferencias, pero éstas corresponden a otras modalidades de autoeficacia que no participaron en la explicación del consumo, tal es el caso de la autoeficacia deportiva.

Si se hablara de intensidad del consumo de una u otra sustancia, más del 50% de los universitarios de la muestra reportaron no consumir alcohol, ni tabaco. Sin embargo, este dato puede estar asociado a elementos de deseabilidad social (Larson, 2019), que impulsen a los estudiantes a evitar informar sobre su consumo de sustancias, para evitar la estigmatización o el enojo por parte del profesorado o de los propios compañeros o compañeras.

Es importante señalar que, de acuerdo con los resultados de este estudio, los tipos de autoeficacia asociados al consumo de sustancias son los mismos para los hombres que para las mujeres. Este resultado llama la atención puesto que en algunos otros aspectos evaluados en este estudio y en otros estudios reportados en la literatura, con frecuencia se encuentran perfiles diferenciados por el sexo de las y los participantes, tal como ocurrió en los indicadores de riesgo académico, por ejemplo.

El consumo de alcohol y tabaco sigue siendo mayor en los hombres que en las mujeres, aunque la tendencia mundial es que esta brecha por sexo se va reduciendo cada día más (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, et. al, 2017; Secretaría de Salud et al., 2018). Siguiendo esta línea, el consumo de sustancias (a pesar de ser legales para los sujetos de 18 años en adelante) pueden generar no solo afectaciones en su desarrollo, sino también puede provocar cambios que, a largo plazo, y en lo inmediato, no les permitan a los estudiantes desarrollarse en sus actividades académicas y en otras áreas importantes de su vida.

También se pudo establecer qué indicadores de riesgo académico están presentes en los estudiantes con alto consumo de sustancias a diferencia de quienes presentan un consumo bajo de las mismas. En ese sentido, el haber vivido situaciones de violencia, o problemas amorosos, así como el tener experiencias de migración en la familia demostraron ser factores de riesgo para el alto consumo de sustancias. Estos resultados son diferentes de los factores de riesgo que se encuentran en mujeres universitarias, con y sin hijos (Pérez-Padilla et al., 2021), así como en estudiantes con materias reprobadas, tal como lo reportan Yépez et al., (2019).

Otros factores de riesgo en donde también se encontraron diferencias significativas entre el grupo alto y bajo de consumo de sustancias son: la muerte del padre, la separación de los padres, el compaginar estudios con trabajo y la distancia de la vivienda a la universidad, que implique tiempo de transportación mayor a una hora. Los factores de riesgo mencionados también pueden ser considerados sucesos estresantes de vida. Gil-Díaz et al., (2022) señalan cómo las pérdidas de los seres queridos impactan directamente en la sintomatología depresiva, lo cual podría estar asociado al consumo de sustancias. Hecho que requiere continuar trabajando en la línea de investigación que vincule el consumo de sustancias con los factores de riesgo, conceptualizados también como sucesos de vida estresantes.

## Conclusiones

A futuro se sugiere ampliar el estudio incluyendo otro tipo de variables sociodemográficas, así como incorporar al análisis un mayor número de sustancias como marihuana, cocaína, entre otras; también se propone continuar con esta línea de investigación con estudios de tipo experimental con corte longitudinal, en los que se genere algún tipo de intervención que se considere adecuada para aumentar la autoeficacia percibida, y por ende, poder ver si el consumo de las dos prácticas de riesgo (alcohol y tabaco) disminuye.

Por lo que se enfatiza la necesidad de gestionar e innovar programas de intervención multidisciplinarios dentro de los servicios universitarios de atención integral a las y los estudiantes que no se queden en una mera utopía. Se recomienda ampliamente que un componente clave de estos gire en torno a la Autoeficacia, tanto de tipo académico, como para resistir la presión social y para enfrentar problemas.

## Referencias

- Aguirre, J.F., Blanco, J. R., Rodríguez-Villalobos, J. M. & Ornelas, M. (2015). Autoeficacia general percibida en universitarios mexicanos, diferencias entre hombres y mujeres. *Formación universitaria*, 8(5), 97-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062015000500011>

- Almaraz, D. & Alonso, M. (2018). Consejo breve y atención plena para dejar de fumar: un estudio de caso. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 91-100.
- Almutairi, K. M. (2014). Smoking among Saudi students: a review of risk factors and early intentions of smoking. *Journal of Community Health*, 39(5), 901-907.
- Arillo-Santillan, E., Fernández, E., Hernandez-Avila, M., Tapia-Uribe, M., Cruz-Valdes, A., y Lazcano-Ponce, E. (2001). Prevalencia de tabaquismo y bajo desempeño escolar, en estudiantes de 11 a 24 años del estado de Morelos, México. *Salud Publica Mexicana*, 44(1), 54-66.
- Arora, M., Stigler, M.H. & Reddy, K. (2011). Effectiveness of health promotion in preventing tobacco use among adolescents in India: Research evidence informs the National Tobacco Control Programme in India. *Promoción mundial de la salud*, 18(1), 09-12.
- Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V. & Pelucchi, C. (2015). Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *British Journal of Cancer*, 112(3), 580-593.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 5, 1-26.
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P., & Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2), 105-115.
- Biolatto, L. (2018). Estrategias con adolescentes para prevenir el consumo problemático de alcohol: modalidades y ámbitos de aplicación. *Hacia la Promoción de la Salud*. 23(2), 48-66.
- Blanco, J., Ornelas, M., Viciano, J. & Rodríguez, J. (2016). Composición factorial de una escala de autoeficacia en el cuidado de la alimentación y salud física en universitarios mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 379-385.
- Carrasco, M. A., y Del Barrio, M. V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14, 323-332.
- Castaño, G., García del Castillo & Marzo, J. (2014). Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40, 47-54.

- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (2018). El Tabaquismo y su efecto en las Finanzas Públicas: 2007-2017. Recuperado de: <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2018/notacefp0042018.pdf>
- Choque, R., y Arias, W. (2017). Relación del consumo de cigarrillos con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *PsiqueMag*, 6(1), 151-163.
- Colmenero-Parras. L. (2015). *Programa de Educación para la Salud para la prevención del tabaquismo en adolescentes*. (Tesis de pregrado). Universidad de Jaén. España.
- Cruz, A., Molerio, O., Llopiz, K., Aguinaga-Villegas, D., Gálvez-Suárez, E., Quiroz-Sánchez, T., Alarcón, M., Flores, W., Anton, P., y Taxa, J. (2020). Percepción de riesgo e incidencia antitabáquica en el rendimiento académico de estudiantes universitarios de Ciencias Médicas. *Propósitos y Representaciones*, 8(1), e433.
- Cushing, C., Brannon, E., Suorsa, K. & Wilson, D. (2014). Systematic review and meta-analysis of health promotion interventions for children and adolescents using an ecological framework. *Journal of Pediatric Psychology*. 39(8), 949-962.
- Das, J., Salam, R., Arshad, A., Finkelstein, Y. & Bhutta. Z. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59 (4), S61-S75.
- Do Nascimento, P., Pérez, O. & Duran, L. (2014). La prevención del tabaquismo y el alcoholismo en adolescentes y jóvenes desde las instituciones educativas. *Psicogente*, 17(31), 93-106.
- Espelage, D., Low, S., Rao, M., Hong, J. & Little. T. (2014). Family violence, bullying, fighting, and substance use among adolescents: A longitudinal mediational model. *Journal of Research on Adolescence*, 24(2), 337-349.
- Ferro, E., Bahamondes, V., Cid, F., y Flores, P. (2019). Motivos de deserción universitaria de estudiantes de educación física de Chile. *EmásF: Revista Digital de Educación Física*, (57), 14-23.
- Gil-Díaz, M. E., Rivera-Heredia, M. E. y Vargas-Garduño, M. L. (2022). Situaciones vitales estresantes y sintomatología depresiva en adolescentes rurales. *Revista de Psicología y Educación*, 17(1), 97-115.

- Hackshaw, A., Morris, J. K., Boniface, S., Tang, J. L., & Milenković, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ*. 360. j5855, 1-15.
- Hernández-Cervantes, Q., & Alejandro-García, J. (2015). Relación entre riesgo suicida y uso de tabaco o alcohol en una muestra de universitarios. *Acta Universitaria*. 25(NE-2), 47-51. doi: 10.15174/au.2015.899
- Hossain, S., Hossain, S., Ahmed, F., Islam, R., Sikder, T. & Rahman, A. (2017). Prevalence of tobacco smoking and factors associated with the initiation of smoking among university students in Dhaka. Bangladesh. *Central Asian Journal of Global Health*. 6(1), 1-19. [10.5195/cajgh.2017.244](https://doi.org/10.5195/cajgh.2017.244)
- Hussong, A., Ennett, S., Cox, M., & Haroon, M. (2017). A systematic review of the unique prospective association of negative affect symptoms and adolescent substance use controlling for externalizing symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(2). 137-147.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública. Comisión Nacional Contra las Adicciones. Secretaría de Salud. (2017a). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas. Alcohol y Tabaco. *ENCODAT 2016-2017: Reporte de Tabaco*. Ciudad de México.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública. Comisión Nacional Contra las Adicciones. Secretaría de Salud. (2017b). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas. Alcohol y Tabaco. *ENCODAT 2016-2017: Reporte de Alcohol*. Ciudad de México.
- Jankowski, M. (2018). A longitudinal study of alcohol related harm in heavy drinking university students during their studies and post-graduation, with particular reference to sport participation. Doctoral thesis, Northumbria University.
- Larson, R. B. (2019). Controlling social desirability bias. *International Journal of market Research*. 61(5), 534-547.
- Leung, R., Toumbourou, J., & Hemphill, S. (2014). The effect of peer influence and selection processes on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Health Psychology Review*, 8(4), 426-457.

- Moshki, M., Hassanzade, T., & Taymoori, P. (2014). Effect of life skills training on drug abuse preventive behaviors among university students. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(5), 577.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic 2017. Monitoring tobacco use and prevention policies*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Tabaco*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*. Resumen. Washington. D.C.
- Palomino, J., Zevallos, G., y Orizano, L. (2021). Estilos de vida saludable y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista científica, INICC-PERU*, 4(1), 82-92.
- Pena, R. y Miotto, M. G. (2019). Consumo de drogas, conocimiento de las consecuencias del consumo y rendimiento académico entre estudiantes universitarios en San Salvador, El Salvador. *Texto Contexto Enfermería*, 28, 1-12.
- Pérez-Padilla, M. L., Rivera-Heredía, M. E., Esquivel-Martínez, C., Quevedo-Marín, M. C. y Torres-Vázquez, V. (2021). Ser madre y estudiar la universidad. Recursos psicológicos, conductas problema y factores de riesgo. *Revista de Psicología y Educación / Journal of Psychology and Education*, 16(1), 1-17. Doi: <https://doi.org/10.23923/rpye2021.01.198>
- Pérez, V., Velázquez, M., Villanueva, A., Sánchez, L., & Fernández, M. (2015). Percepción y significación de jóvenes excluidos del contexto escolar o laboral y consumo de sustancias psicoactivas. *Salud y Drogas*, 16(1), 19-31
- Restrepo, J., Sánchez, O., Vallejo, G., Quirama, T., Sánchez, Y., & Cardona, P. (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas. El estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 227-239.

- Rivera-Heredia, M. E., Martínez-Fuentes, M., González-Betanzos, F., & Salazar-García, M. A. (2016). Autoeficacia, participación social y percepción de los servicios universitarios según el sexo. *Revista de Psicología*, 25(2), 1-16. doi:10.5354/0719-0581.2016.44842
- Secretaría de Salud y CONADIC (2018). *Lineamientos nacionales para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*. Ciudad de México.
- Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Ciudad de México. Disponible en: [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)
- Solis, N., Mena, V., y Lara, T. (2017). El consumo de alcohol y el rendimiento académico de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Central del Ecuador en el año 2015. *Revista Publicando*, 10(2), 120-142.
- Tay, M. (1992). Campus drinking: psychological and personality factors as correlates of university students' drinking. Master thesis, Lakehead University.
- Yépez-Herrera, E. R., Rivera-Heredia, M.E., Valadez-Sierra, M. D., Pérez D., M.R. y González-Betanzos, F. (2019). Hacia una comprensión de la reprobación universitaria en las carreras de ingeniería de Ecuador y México. *Revista Educación y Desarrollo*. 48, 41-52. [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/48/48\\_Yepez.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/48/48_Yepez.pdf)



## Caracterización del Consumo de Tabaco y Estrés Percibido en Jóvenes Universitarios

### Characterization of Tobacco Consumption and Perceived Stress in Young University Students

Lucero Fuentes Ocampo<sup>1</sup>, Atzyri Marleny Galván-Soto<sup>2</sup>, Edgar David Cárdenas Chávez<sup>3</sup>, Ma. Gloria Vega Argote<sup>4</sup>, Erik Díaz Cervantes<sup>5</sup>, Juan Yovani Telumbre Terrero<sup>6</sup>.  
Universidad de Guanajuato, Centro Interdisciplinario del Noreste, México.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 22/06/2022

Aceptado: 19/11/2022

### Resumen

**Introducción:** El consumo de tabaco es un problema de salud pública a nivel mundial, debido a que es una de las principales causas de enfermedades crónicas en la población. Además, se documenta que el consumir tabaco es una puerta de entrada para el consumo de otras drogas. Los jóvenes universitarios son un grupo vulnerable para iniciar con esta conducta, siendo el estrés percibido un factor que puede estar presente en las personas consumidoras de tabaco. **Objetivo:** Caracterización del consumo de tabaco y del estrés percibido en jóvenes universitarios. **Metodología:** Estudio descriptivo realizado en 226 jóvenes universitarios de ambos sexos. Para la recolección de los datos se utilizaron dos instrumentos una Cédula de Datos Personales y de Prevalencias de Consumo de Tabaco y la Escala de Estrés Percibido-10 (EPP). Las cuales fueron digitalizadas en la plataforma de Google Forms para su distribución entre los participantes.

---

Correspondencia remitir a: Doctor en Salud Mental, Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen Campeche, México. [jytt@hotmail.com](mailto:jytt@hotmail.com)

<sup>1</sup> Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato.

Guanajuato.México. [l.fuentes@ugto.mx](mailto:l.fuentes@ugto.mx)

<sup>2</sup> Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Guanajuato. Guanajuato.México.

[am.galvansoto@ugto.mx](mailto:am.galvansoto@ugto.mx)

<sup>3</sup> Estudiante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Guanajuato. Guanajuato. México.

[ed.cardenaschavez@ugto.mx](mailto:ed.cardenaschavez@ugto.mx)

<sup>4</sup> Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato. Guanajuato.

México. [gloriav@ugto.mx](mailto:gloriav@ugto.mx)

<sup>5</sup> Doctor en Química. Profesor de Tiempo Completo de la Universidad de Guanajuato. Guanajuato. México.

[e.diaz@ugto.mx](mailto:e.diaz@ugto.mx)

<sup>6</sup> Doctor en Salud Mental, Profesor de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen Campeche, México. [jytt@hotmail.com](mailto:jytt@hotmail.com)

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

El estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (2014). Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS versión 26.0. **Resultados:** El 62.8% de los participantes fueron del género femenino y reportaron una media de edad de 21 años. Se documentó que la edad de inicio de consumo de tabaco fue de 16.82 años. Se reportan diferencias significativas en el sexo femenino en comparación con el sexo masculino respecto al estrés percibido. **Conclusión:** Se observa que el estrés percibido muestra porcentajes más altos en los jóvenes que alguna vez han consumido tabaco que en aquellos que nunca lo han probado.

*Palabras clave:* Tabaco, Estrés percibido, Jóvenes Universitarios

## Abstract

**Introduction:** Tobacco use is a public health problem worldwide because it is one of the main causes of chronic diseases in the population. In addition, it is documented that consuming tobacco is a gateway for the consumption of other drugs. University students are a vulnerable group to initiate this behavior, with perceived stress being a factor that may be present in tobacco users. **Objective:** Characterization tobacco consumption and perceived stress in university students. **Methodology:** Descriptive study carried out on 226 university students of both sexes. Two instruments were used for data collection: a Personal Data Card and Prevalence of Tobacco Consumption and the Perceived Stress Scale-10 (EPP). Which were digitized on the Google Forms platform for distribution among the participants. The study adhered to the provisions of the Regulations of the General Law of Health in Research Matters (2014). The data was processed in the statistical package SPSS version 26.0. **Results:** 62.8% of the participants were female and reported a mean age of 21 years. It was documented that the age of onset of tobacco consumption was 16.82 years. Significant differences are reported in the female sex compared to men regarding perceived stress. **Conclusion:** It is observed in this study that perceived stress shows higher percentages in young people who have ever used tobacco than in those who have never tried it.

*Key words:* Tobacco, Perceived Stress, University Students

El consumo de tabaco es una de las drogas más consumidas en todo el mundo, lo cual representa un problema de salud pública a nivel mundial. Se documenta que esta conducta ocasiona la muerte de más de 8 millones de personas, de las cuales 7 millones son a consecuencias de consumo directo y aproximadamente 1.2 millones por consecuencia de la exposición al humo ajeno (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). El consumo de esta sustancia es aceptado en diversos contextos de la sociedad, lo cual hace que su uso sea de mayor frecuencia (Gárciga et al., 2014; Morales et al., 2014).

El grupo etario de los jóvenes universitarios reportan cifras altas de consumo de tabaco, esto podría estar determinado por diversas circunstancias como son; la búsqueda de nuevas experiencias, la aceptación del grupo de iguales, el estrés percibido, ser del sexo masculino, residir en una zona urbana, nivel económico alto, antecedentes familiares de consumo entre otros (Ortega-Ceballos et al., 2018; Reyes- Ríos et al., 2018).

Aunado a lo anterior el consumo de tabaco es multifactorial y se reporta que esta conducta es un factor que pudiera propiciar el consumo de otras drogas (Medina et al., 2002). A pesar de los grandes esfuerzos que diversas instituciones han realizado para disminuir el consumo de tabaco, este aun representa la segunda causa de muerte a nivel mundial (Guindon et al., 2018; OMS, 2021). Esto podría estar determinado a que es considerado una droga legal, por lo cual es de fácil acceso para su consumo y una conducta aceptada por la sociedad (Valdez-Rodríguez et al., 2019). El consumo de tabaco no solo tiene un impacto en la salud del individuo, familia o comunidad, sino que también tiene una carga económica considerable para la sociedad por los costos sanitarios que genera para tratar las enfermedades que ocasiona. Se reporta que en el 2012 a nivel mundial se gastó más de \$ 1,4 billones de dólares en temas referentes a este consumo lo cual equivale al 1,8% del PIB mundial anual (OMS, 2022).

La OMS reporta que a nivel mundial hay 1.300 millones de consumidores de tabaco de los cuales el 36.7% son del sexo masculino y el 7.8% del sexo femenino. Además, en esta población la esperanza de vida es menor hasta por más de 10 años en comparación de quienes no fuman (Reitsma et al., 2017). El consumo de tabaco es un factor de riesgo para diversas enfermedades no transmisibles, como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer (pulmonar, boca, esófago, entre otros), aneurisma de la aorta, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (bronquitis crónica y enfisema), apoplejía, diabetes, artritis reumatoide y otras enfermedades como la tuberculosis y los trastornos neurológico (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2022).

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 informó que en México existe una población de 85.2 millones de personas de 12 a 65 años, de las cuales 14.9 millones son fumadores actuales, 11.1 millones de estas personas son del género masculino y 3.8 millones del sexo femenino. El consumo de tabaco se asocia a más de 43 mil muertes, es decir el 8.4% del total de las muertes en el país. Así mismo se reporta que 5.4 millones de personas fuman diariamente y 9.4 millones de manera ocasional. Respecto al consumo diario el sexo masculino (10%) muestra porcentajes más altos que el sexo femenino (3.1%) lo mismo ocurre con el consumo ocasional. Respecto a lo anterior los hombres consumen en promedio 8 cigarrillos diarios y las mujeres 6.8 cigarros.

La edad de inicio de consumo de tabaco en México es de 21 años en mujeres y 18.8 años en hombres, en este rango de edad los jóvenes se encuentran iniciando una nueva etapa académica como es el ingreso a la universidad, en donde buscan reafirmar su independencia, buscando su propio estilo de vida y enfrentándose a nuevos retos (Ancer et al., 2011; Oliva, et al., 2018). De acuerdo con lo anterior estos factores pueden ocasionar en el joven universitario niveles altos de estrés percibido ante las nuevas situaciones de vida que se le presenta, por lo cual en esta búsqueda de afrontamiento pueden recurrir a estilos de vida no saludables como el consumo de tabaco (Martínez y Becoña, 2016). Según Lazarus y Folkman (1986) se definen al estrés como una relación entre el sujeto y el entorno, que es evaluado por el sujeto como amenazante o que no puede hacer frente con sus recursos y que pone en peligro su bienestar (p.43).

Algunos estudios indican que los jóvenes universitarios experimentan estrés por factores como el hecho de competir con los compañeros académicamente, la sobrecarga académica, el carácter del profesor, los exámenes, la tarea, el tiempo limitado para realizar los quehaceres de la escuela y no comprender bien los temas analizados en clase (Zarate et al., 2018). El estudio de Villegas Pantoja en el 2014 reportó que a mayores eventos vitales estresantes existe un mayor consumo de tabaco en los estudiantes (p. 35-46).

Acorde a estas ideas el NIDA (2020) indica que el estrés es un factor importante para comenzar y continuar el consumo de tabaco y que este puede influir en las recaídas, es decir, puede propiciar que las personas que se encuentren en abstinencia recaigan en el consumo de tabaco. Por lo cual si el joven universitario no cuenta con un afrontamiento positivo puede recurrir a esta conducta como una alternativa para sentirse bien, relajado o en busca de una sensación de euforia, por el efecto que tiene la nicotina en los receptores de las células nerviosas que conduce a las sensaciones de placer y recompensa, y con ello a la sensación de tranquilidad y relajación (Koob y Volkow, 2016).

En este orden de ideas los estudiantes universitarios en busca de esta recompensa se pueden ver alentados a consumir tabaco para disminuir sus niveles de estrés. Por lo cual es importante que los programas preventivos o de intervención tomen en cuenta el estrés percibido como una variable que se relaciona con el consumo de tabaco.

### **Objetivo General**

Caracterizar el consumo de tabaco y el estrés percibido en jóvenes universitarios.

### **Objetivos Específicos**

Describir las características sociodemográficas de los jóvenes universitarios.

Determinar las prevalencias de consumo de tabaco en los jóvenes universitarios.

Describir el estrés percibido en los jóvenes universitarios.

### **Método**

El presente estudio fue descriptivo transversal, la población estuvo constituida de 500 jóvenes universitarios. El cálculo de la muestra fue en el programa de Question Pro con un nivel de confianza de 95%, con un margen de error de 0.5 una tasa de no respuesta del 5%. La muestra final estuvo conformada por 226 participantes de ambos sexos.

Para este estudio se utilizó una Cédula de Datos Personales y de Prevalencias de Consumo de Tabaco la cual apoyo para la obtención de los datos como la edad, sexo, estado civil, ocupación, semestre académico, edad de inicio de consumo de tabaco y las prevalencias de consumo.

Así mismo se utilizó la Escala de Estrés Percibido-10 (EPP) de Cohen et al. 1983 la cual evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 10 ítems con opciones de respuesta: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). Los ítems 1, 2, 3, 6, 9 y 10 se califican de manera directa de 0 a 4 y los ítems 4, 5, 7 y 8, a la inversa, de 4 a 0. Se indica que, a mayor puntuación, mayor estrés percibido. Esta escala tiene un alfa de Cronbach de 0.86. (Campo-Arias, Pedrozo-Cortés y Pedrozo-Pupo, 2020).

La recolección de los datos fue de manera virtual, es decir los instrumentos se digitalizaron en la plataforma de Google Forms. Los cuales contaban con las instrucciones específicas para dar respuesta a las preguntas, así mismo el tiempo de realización fue de 10 minutos aproximadamente. Al inicio del cuestionario se colocó el consentimiento informado, el cual se elaboró apegado al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (2014) a fin de que los jóvenes universitarios que aceptaran participar en el estudio conocieran el objetivo de la investigación, el cómo serían utilizados sus datos, así mismo se les indicaba que todos sus datos eran anónimos y confidenciales.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 26.0 donde se realizó estadística descriptiva para obtener porcentajes, frecuencias, medidas de tendencia central y de variabilidad, así misma estadística inferencial para estimar la diferencia entre grupos. Se calculó la confiabilidad de los instrumentos mediante el Alpha de Cronbach.

## RESULTADOS

En función de los datos sociodemográficos de los participantes se documenta que el 62.8% corresponde al género femenino y el 37.2% al masculino, además el 90.3% manifestaron un estado civil soltero, el 31% está en primer año de carrera y el 22% en el segundo año. Se destaca que el 60.2% son estudiantes de tiempo completo y el 39.8% estudia y trabajan al mismo tiempo. En función de las variables continuas, los jóvenes presentaron una media de 21.01 años, además iniciaron a consumir tabaco en promedio a los 16.82 años. Respecto a la sumatoria de estrés percibido se obtuvo una media de 26.25 (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Medidas de tendencia central de las variables continuas.*

| Variables                            | n   | Media | Mediana | Moda | Valor  |        |
|--------------------------------------|-----|-------|---------|------|--------|--------|
|                                      |     |       |         |      | Mínimo | Máximo |
| Edad                                 | 226 | 21.01 | 21      | 18   | 18     | 26     |
| Edad de inicio del consumo de tabaco | 120 | 16.82 | 17      | 18   | 12     | 25     |
| Sumatoria de Estrés Percibido        | 226 | 26.25 | 26      | 25   | 15     | 26     |

Nota:  $n=226$

En relación con el consumo de tabaco, el 53.1% ha consumido tabaco alguna vez en la vida, 30.9% en el último año y el 14.6% en la última semana de la aplicación de la encuesta (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Prevalencia del consumo de tabaco*

| Consumo de tabaco     | Si       |      | No       |      |
|-----------------------|----------|------|----------|------|
|                       | <i>f</i> | %    | <i>f</i> | %    |
| Alguna vez en la vida | 120      | 53.1 | 106      | 46.9 |
| En el último año      | 70       | 30.9 | 156      | 69.1 |
| En el último mes      | 45       | 19.9 | 181      | 80.1 |
| En la última semana   | 33       | 14.6 | 193      | 85.4 |

Nota:  $n=226$ ,  $f$ = frecuencia, %= porcentaje.

La escala de Estrés Percibido reportó un Alpha de Cronbach de 0.75, en el análisis detallado sobresale que 21.2% nunca ha podido controlar las dificultades de su vida y el 20.4% nunca ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales. Además, el 48.7% casi nunca ha sentido que las cosas le van bien, 44.7% de vez en cuando ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control. También el 41.3% a menudo ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer y el 13.7% muy a menudo se ha sentido nervioso o estresado (Tabla 3).

**Tabla 3***Frecuencias y proporciones de la escala de Estrés Percibido*

| Durante el último mes ¿Con qué frecuencia?  | Nunca    |      | Casi nunca |      | De vez en cuando |      | A menudo |      | Muy a menudo |      |
|---|----------|------|------------|------|------------------|------|----------|------|--------------|------|
|   | <i>f</i> | %    | <i>f</i>   | %    | <i>f</i>         | %    | <i>f</i> | %    | <i>f</i>     | %    |
| 1. Ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente.                         | 52       | 23   | 47         | 20.8 | 87               | 38.5 | 29       | 12.8 | 11           | 4.9  |
| 2. Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida                  | 44       | 19.5 | 80         | 35.4 | 62               | 27.4 | 30       | 13.3 | 10           | 4.4  |
| 3. Se ha sentido nervioso o estresado.  | 12       | 5.3  | 30         | 13.3 | 94               | 41.6 | 59       | 26.1 | 31           | 13.7 |
| 4. Ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales.           | 46       | 20.4 | 95         | 42.0 | 65               | 28.8 | 14       | 6.2  | 6            | 2.7  |
| 5. Ha sentido que las cosas le van bien.  | 40       | 17.7 | 110        | 48.7 | 56               | 24.8 | 15       | 6.6  | 5            | 2.2  |
| 6. Ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer.                | 6        | 2.7  | 32         | 14.2 | 57               | 25.2 | 93       | 41.3 | 38           | 16.8 |
| 7. Ha podido controlar las dificultades de su vida.                                     | 48       | 21.2 | 107        | 47.3 | 56               | 24.8 | 11       | 4.9  | 4            | 1.8  |
| 8. Se ha sentido que tenía todo bajo control.   | 32       | 14.2 | 92         | 40.7 | 77               | 34.1 | 18       | 8.0  | 7            | 3.1  |
| 9. Ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control. | 14       | 6.2  | 75         | 33.2 | 101              | 44.7 | 25       | 11.1 | 11           | 4.9  |
| 10. Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas.          | 33       | 14.6 | 94         | 41.6 | 74               | 32.7 | 21       | 9.3  | 4            | 1.8  |

Nota:  $n=226$ ,  $f$ = frecuencia, %= porcentaje.

Al analizar los datos por sexo y la sumatoria de estrés percibido, los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas ( $H= 4169.50$ ,  $p= .001$ ), donde las puntuaciones de estrés percibido son mayores en las mujeres en comparación con los hombres (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Prueba de Prueba de U de Mann-Whitney del género por la sumatoria de Estrés Percibido*

| Sumatoria Estrés Percibido |     |       |                     |                             |                            |
|----------------------------|-----|-------|---------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Sexo                       | n   | Media | Desviación Estándar | Prueba de U de Mann-Whitney | Significancia Valor de $p$ |
| Femenino                   | 142 | 27.11 | 4.57                | 4169.50                     | .001                       |
| Masculino                  | 84  | 24.79 | 3.57                |                             |                            |

Nota:  $n=226$ .

En consonancia con las variables en estudio, se identificó que el consumo de tabaco alguna vez en la vida muestra diferencias estadísticamente significativas ( $H= 5142.50$ ,  $p= .013$ ) en relación con la sumatoria de estrés percibido, donde las puntuaciones son mayores en los jóvenes que si han consumido tabaco (Tabla 5).

**Tabla 5**

*Prueba de Prueba de U de Mann-Whitney del consumo de tabaco por la sumatoria de Estrés Percibido*

| Sumatoria Estrés Percibido              |     |        |                     |                             |                            |
|---|-----|--------|---------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Consumo de tabaco alguna vez en la vida | n   | Media  | Desviación Estándar | Prueba de U de Mann-Whitney | Significancia Valor de $p$ |
| Si                                      | 120 | 123.65 | 4.82                | 5142. 50                    | .013                       |
| No                                      | 106 | 102.01 | 3.63                |                             |                            |

Nota:  $n=226$

## Discusión

Este estudio permitió caracterizar el consumo de tabaco y el estrés percibido en jóvenes universitarios, los datos demuestran que la edad de inicio de consumo de tabaco tiene una media de edad de 16.82 años, la cual es menor en comparación a lo reportado en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) en el 2016-2017, que menciona que la edad promedio en que los jóvenes mexicanos comienzan a consumir tabaco es a los 19 años de edad, esto puede estar determinado por la etapa de cambio en el que se encuentran, es decir, entre la adolescencia y la etapa adulta, además confirma como los hábitos en salud o aquellos comportamientos durante la adolescencia tendrán relevancia y predicción en la juventud (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al, 2017; Rodríguez et al, 2022).

En relación a las prevalencias de consumo de tabaco se han mantenido altas y más de la mitad de los universitarios del estudio han consumido tabaco alguna vez en su vida, estos resultados afirman el problema de salud pública que existe y que cada día el consumo de encuentra en aumento, además los datos obtenidos en este estudios son mayores a lo reportado por González et al., (2018), Reyes-Ríos et al., (2018) y con los datos referidos por la ENCODAT (2017), esta diferencias pueden deberse a que actualmente los jóvenes viven situaciones estresantes relacionadas al ambiente académico, laboral, en sus relaciones interpersonales, los que tienen impacto en el patrón de consumo de tabaco en los universitarios, además en México la edad legal para el consumo de tabaco es a los 18 años, situación que promueve y permite el acceso a la compra y consumo de esta sustancia.

En cuanto al estrés percibido se encontró que las mujeres son las que mantienen mayores puntuaciones en comparación con los hombres, no obstante es importante mencionar que la muestra no es homogénea y que este estudio muestra una alta proporción en la participación de las mujeres lo que puede presentarse como una limitación del estudio, a pesar de lo expuesto, Navarro et al., (2016) y Vallejo-Martín et al., (2018) coinciden con los datos reportados y atribuyen a que factores como estrategias de afrontamiento al estrés o bajas habilidades o capacidades para su manejo.

En este sentido se identificó que el consumo de tabaco alguna vez en la vida muestra diferencias significativas en relación con el estrés percibido, es decir que los jóvenes que si han consumido tabaco presentan puntuaciones más altas de estrés percibido, estos datos pueden ser explicados debido a que los jóvenes universitarios experimentan diferentes situaciones como la presión de los pares, las bajas habilidades para la vida para el manejo del estrés, específicamente aquellas relacionadas a las habilidades emocionales, pues según la OMS (1993) menciona que todos los seres humanos nos encontramos expuestos a vivir situaciones estresantes inevitables, el reto se enfoca en aprender a parar, a soltar cargas y aprendiendo a manejar el estrés de manera saludable sin permitir que se mantenga en las vidas de los jóvenes universitarios como un hábito (Torres-Carrión et al., 2020; Navarro et al., 2018).

## **Conclusiones**

Se puede observar que las puntuaciones de estrés percibido son mayores en el sexo femenino que en el masculino, así mismo que los jóvenes universitarios que han consumido tabaco alguna vez en la vida muestran niveles más altos de estrés que los que no han consumido.

Aunado a lo anterior es importante seguir investigando este fenómeno en la población de los jóvenes universitarios, para poder diseñar en un futuro intervenciones que den respuesta a esta problemática. Con este estudio se obtienen variables de interés que dan pie a estudios de mayor rigurosidad en donde se pueda observar como estas variables se relacionan o no, en el consumo de tabaco.

## **Sugerencias y Limitaciones**

La presente investigación tuvo como limitación el tipo de estudio el cual fue descriptivo en el cual se documentaron datos importantes, pero se sugiere que se realicen estudios con metodologías que nos apoyen a reportar posibles causas, efectos, y tratamientos para esta problemática.

## Referencias

- Ancer Elizondo, L., Pompa Guajardo, E., Landero Hernández, R., Torres Guerrero, F. y Meza Peña, C. (2011). Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1),91-101
- Gárciga Ortega, O., Surí Torres, C., y Rodríguez Jorge, R. (2014). Consumo de drogas legales y estilo de vida en estudiantes de medicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1).
- González, A.P., Telumbre, T.J.Y., López, C.M.A., Camacho, M.J.U., Ulloa, M.J.L., y Salazar, M.J. (2019). Percepción de riesgo y consumo de alcohol y/o tabaco en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 15(97).
- Guindon, G. E., Paraje, G. R., y Chaloupka, F. J. (2018). The Impact of Prices and Taxes on the Use of Tobacco Products in Latin America and the Caribbean. *American Journal of Public Health*, 108(S6), S492–S502. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302396r>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Reynales- Shigematsu LM, Zavala-Arciniega L, Paz-Ballesteros WC, Gutiérrez-Torres DS, García-Buendía JC, Rodríguez-Andrade MA, Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). (2020) Las drogas, el cerebro y a la conducta: bases científicas de la adicción. [Archivo PDF]. [https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa\\_sp.pdf](https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf)
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). (Mayo, 2022). ¿Cuáles son las consecuencias médicas del uso del tabaco? <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/cuales-son-las-consecuencias-medicas-del-uso-del-tabaco>

- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00104-8)
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. (p.43)
- Martínez-Vispo, C., y Becoña, E. (2016). La sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco: una revisión. *Ansiedad y Estrés*, 22 (2–3), 118–122. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.10.005>
- Medina-Mora, Ma. E., Peña-Corona, M. P., Cravioto, P., Villatoro, J., y Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública de México*, 44(Supl. 1), s109-s115.
- Morales Bonilla, J., Arandojo Morales, M., Garcia Cuesta, J., y Orbañanos Peiro, L. (2014). Consumo de alcohol y tabaco entre los alumnos de un centro de formación de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. *Sanidad Militar*, 70(4), 248–255. <https://doi.org/10.4321/s1887-85712014000400002>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). Habilidades para la vida. Recuperado de: <https://habilidadesparalavida.net/habilidades.php>
- Oliva- Navarro E. I. P., Gherardi-Donato, E. C.D. S, Bermúdez, J.L, y Facundo, F.R G (2018). Uso de Facebook, estrés percibido y consumo de alcohol y jóvenes universitarios. *Ciência & Saude Coletiva*, 23 (11), 3675–3681. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.27132016>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). El consumo de tabaco disminuye: la OMS insta a los países a invertir para ayudar a más personas a dejar de fumar. <https://www.who.int/es/news/item/16-11-2021-tobacco-use-falling-who-urges-countries-to-invest-in-helping-more-people-to-quit-tobacco>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Tabaco. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

- Ortega-Ceballos, P.A., Terrazas-Meraz, M.A., Tapia-Domínguez, M., y Arizmendi-Jaime, E.R. (2018). Conocimientos, actitudes y factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes universitarios de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 15(2),159-171.
- Reitsma, M. B., Fullman, N., Ng, M., Salama, J. S., Abajobir, A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abera, S. F., Abraham, B., Abyu, G. Y., Adebisi, A. O., Al-Aly, Z., Aleman, A. V., Ali, R., Al Alkerwi, A., Allebeck, P., Al-Raddadi, R. M., Amare, A. T., Amberbir, A., . . . Gakidou, E. (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 389(10082), 1885–1906. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30819-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30819-x)
- Reyes- Ríos, L., Camacho-Rodríguez, D., Ferrel- Ballestas, L., Ferrel-Ortega, F., y Bautista-Pérez, F. (2018). Diferencias en el consumo de tabaco en estudiantes según el sexo universitarios. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(3).
- Reyes-Ríos, L. Á., Camacho-Rodríguez, D., Ferrel-Ballestas, L. F., Ferrel-Ortega, F. R., y Bautista-Pérez, F. (2018). Diferencias en el consumo de tabaco en estudiantes según el sexo universitarios. *Revista Cubana de Enfermería* 34(3), e1479.
- Rodríguez de la Cruz, P. J., González-Angulo, P., Salazar-Mendoza, J., Camacho-Martínez, J. U., y López-Cocotle, J. J.. (2022). Percepción de riesgo de consumo de alcohol y tabaco en universitarios del área de salud. *SANUS*, 7(1), e222. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.222>
- Secretaría de Salud (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México. [Archivo PDF]. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Torres-Carrión, P., González-Escaraba, J., López-Guerra,V., y Vaca, S. (2020). Aprendizaje automático aplicado al análisis del consumo de alcohol y su relación con el estrés percibido. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*. E32, 483-495.

- Valdez-Rodríguez, B.E., Terrazas-Altamirano, D.A., Hernández-Bernadett, J,y Rodríguez-Olivas, M. A. (2019). Características de Fumadores Universitarios. *Conciencia Tecnológica*, (58),14-20
- Vallejo-Martín, M.,Valle J., J.A., y Plaza A.J.(2018) Estrés percibido en estudiantes universitarios: influencia del burnout y del engagement académico. *International Journal of Educational Research and Innovation (IJERI)*, 9, 220-236.
- Villegas-Pantoja, Miguel Ángel, Alonso-Castillo, María Magdalena, Alonso-Castillo, Bertha Alicia, & Guzmán Facundo, Francisco Rafael. (2014). Eventos estresantes y la relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 35-46. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100004>
- Zárate-Depraect, N.E., Soto-Decuir, M.G., Martínez-Aguirre, E.G., Castro-Castro, M. L., García-Jau, R. A., & López-Leyva, N. M. (2018). Hábitos de estudio y estrés en estudiantes del área de la salud. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 21(3), 153-157. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.213.948>



## Apoyo social y comportamiento de sexo seguro en adolescentes

### Social support and safe sex behavior in adolescents

Sahra Noemi Hernandez Resendiz<sup>1</sup>, Lucero Fuentes-Ocampo<sup>2</sup>, Claudia Marcela Cantú-Sánchez<sup>3</sup>, Lucía Caudillo-Ortega<sup>4</sup>, Alfredo Lara-Morales<sup>5</sup>,  
Jorge Emmanuel Mejía-Benavides<sup>6</sup>.

Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de Guanajuato, México.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 01/06/2022

Aceptado: 17/11/2022

## Resumen

**Introducción:** La adolescencia es un proceso de desarrollo en el que se presentan cambios biofisiológicos en el ser humano y puede considerarse como una etapa vulnerable, debido a que se desarrollan cambios hormonales y conductas propias de la edad y en la cual se define la personalidad e identidad. Se ha demostrado que al no practicar un comportamiento de sexo seguro afecta de manera directa su bienestar siendo el apoyo social un factor protector frente a las amenazas que se presentan en la adolescencia. **Objetivo:** Determinar la relación del apoyo social y el comportamiento de sexo seguro en los adolescentes. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 133 adolescentes de 15 a 19 años, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, para la recolecta de datos se digitalizó una cédula de datos personales, el Cuestionario de Apoyo Social y el Cuestionario de Comportamiento del Sexo Seguro, respetando lo enmarcado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación. **Resultados:** Se evidenció que el sexo femenino es aquel que percibe un mayor apoyo social y por ende el que pone en práctica un mejor comportamiento de sexo seguro.

Correspondencia remitir a: Maestro, Profesor Investigador de la Universidad de Guanajuato, México.

[je.mejiabenavides@ugto.mx](mailto:je.mejiabenavides@ugto.mx)

<sup>1</sup> Estudiante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Universidad de Guanajuato, México,

[sn.hernandezresendiz@ugto.mx](mailto:sn.hernandezresendiz@ugto.mx)

<sup>2</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad de Guanajuato, México, [l.fuentes@ugto.mx](mailto:l.fuentes@ugto.mx)

<sup>3</sup> Maestra, Profesora Investigadora, Universidad de Guanajuato, México, [cm.cantusanchez@ugto.mx](mailto:cm.cantusanchez@ugto.mx)

<sup>4</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad de Guanajuato, México, [lucia.caudillo@ugto.mx](mailto:lucia.caudillo@ugto.mx)

<sup>5</sup> Maestro, Profesor Investigador, Universidad de Guanajuato, México, [lara.a@ugto.mx](mailto:lara.a@ugto.mx)

<sup>6</sup> Maestro, Profesor Investigador, Universidad de Guanajuato, México, [je.mejiabenavides@ugto.mx](mailto:je.mejiabenavides@ugto.mx)

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

**Conclusiones:** El apoyo social juega un papel significativo en el adolescente debido a que se observó que a mayor apoyo social existe un mejor comportamiento de sexo seguro.

*Palabras clave:* Adolescentes, apoyo social, comportamiento, sexo seguro.

## Abstract

**Introduction:** Adolescence is a developmental process in which biological, physical and psychological changes occur, being considered a vulnerable population not to practice safe sex behavior, directly affecting their well-being. Social support is a factor that is presented as a protector against the threats experienced by the adolescent. **Objective:** To determine the relationship between social support and safe sex behavior in adolescents. **Material and methods:** This study is of a quantitative, descriptive and cross-sectional type, with a non-probabilistic sampling for convenience, in which 133 adolescents with ages between 15 and 19 years participated, a personal data card, the Questionnaire of Social Support and the Safe Sex Behavior Questionnaire. **Results:** It was evidenced that the female sex is the one that perceives the greatest social support and therefore the one that puts into practice a better safer sex behavior. Discussion: support and safe sex behavior are important aspects to identify adolescent sexual health. It is very important to know that social support has a significant influence on the safe sex behavior of adolescents. **Conclusion:** social support plays a significant role in adolescents since it is observed that the greater the social support there is a safer sex behavior.

*Key words:* Adolescents, social support, behavior, safe sex.

La adolescencia se considera (Orcasita, 2012) una etapa de transición de cambios y estilo de vida es importante mencionar acerca de la problemática de salud que esta población enfrenta y que puede afectar la capacidad de crecer y desarrollarse plenamente en este proceso tan importante de crecimiento. De acuerdo con Rodríguez (2015) en la adolescencia, el apoyo social juega un papel muy importante, debido a que es considerado como un factor protector frente a las amenazas presentes durante este proceso evolutivo, se destaca la importancia que se tiene sobre la percepción de la función familiar, amigos, instituciones y los diferentes contextos en donde se desenvuelven los adolescentes. Andrade (2020) demostró que el apoyo social por parte de los amigos es un factor de riesgo para desencadenar una ausencia de comportamiento de sexo seguro, puesto que los amigos son fuente de información supuestamente confiable y mucha de las veces la información con la que se cuenta en temas relacionados con sexualidad no es correcta.

La toma de decisiones del adolescente depende del apoyo que reciben, (Orcasita, 2016), si el apoyo social que recibe el adolescente es alto tiende a asociarse con un comportamiento de sexo seguro, de lo contrario si es deficiente se ve relacionado con las conductas sexuales de riesgo, estas últimas se caracterizan por todas aquellas etapas que tienen la capacidad de provocar daños en el desarrollo de la persona, especialmente por la posibilidad de contraer y/o transmitir enfermedades de transmisión sexual.

La estructura del apoyo social por partes cercanas experimenta (Esparza, 2019), cambios significados en los adolescentes, la combinación de las cualidades del individuo y su ambiente tanto social, familiar y cultural posibilitan el poder superar el riesgo de conductas sexuales y así el adolescente sea resiliente, lo cual conlleva a llevar a la práctica el sexo seguro.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (2022) menciona que en la actualidad existe una estimación a nivel mundial de 1,804 millones de personas entre 15 y 29 años, lo que representa casi una cuarta parte de la población total. En México, viven 10.8 millones de adolescentes de 15 a 19 años los cuales radican en 8 entidades federativas principalmente (Estado de México, Ciudad de México, Jalisco, Veracruz, Puebla, Guanajuato, Nuevo León y Chiapas).

El periódico Milenio (2019) menciona que, el estado de Guanajuato es considerado como uno de los estados con mayor población juvenil a nivel nacional, ocupa el sexto lugar, en la entidad habitan 694 mil 957 adolescentes en un rango de edad 12 a 17 años que es equivalente al 11.9% de la población total y 230 mil 353 jóvenes en edad de 18 a 29 años que corresponden al 21.0% de la población total a nivel estatal.

La adolescencia es definida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). como una etapa en la cual ocurren cambios biológicos, físicos, sociales y psicológicos, abarca edades comprendidas entre los 10 a 19 años. Entre estos cambios se destaca la adquisición de habilidades para la independencia sexual y la manera de adquirir comportamientos de sexo seguro.

Calero (2017) explica que la adolescencia es considerada como una de las etapas más sanas de la vida, también una de las más complejas, es por ellos que brindar una adecuada atención integral a los adolescentes son necesarios servicios de calidad. El Instituto de Mente Infantil (2021) destaca que la preadolescencia es considerada como los años de transición, esta ocurre entre los 8 y 12 años y llamada así porque se encuentran entre la infancia y la adolescencia, es la etapa de experimentar cambios importantes tanto físicos, cognitivos, emocionales y sociales.

Los adolescentes dan sentido (Orcasita, 2012), a las transformaciones de su cuerpo en dos formas: como vía de procreación y como vía de disfrute sexual y atracción física. Sus manifestaciones pueden clasificarse en fantasías y deseos, caricias, atracción, búsqueda de pareja y coito. Campero (2013) establece que, en México, las enfermedades de transmisión sexual se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15-44 años. Los patrones de conducta sexual en este grupo de edad se han estudiado en otros países, observándose que la mayoría de los jóvenes han tenido relaciones sexuales tempranamente, la conducta sexual del tipo homosexual, bisexual y heterosexual prevalece en casi mismo porcentaje.

Esparza (2019) mencionó que, cuando se habla de red social se hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales y está conformada por los sujetos significativos cercanos al individuo. “El de apoyo social está asociado a la valoración que una persona tiene sobre su red social conformada por la familia, la pareja, los amigos, las instituciones, la comunidad, etc.” (Orcasita, 2012, p. 371) y se les denomina a las relaciones que tiene una persona con los demás o su entorno y que determinan la aparición o no de problemas y el grado de bienestar personal (Contreras, 2011).

Andrade (2020) considera que los adolescentes dependen de su familia, comunidad, escuela, amigos y de los diferentes contextos donde se desenvuelven para adquirir competencias sustanciales que les ayuden a enfrentar las presiones que experimentan durante su etapa de desarrollo y crecimiento.

De hecho, el apoyo social es (Benaiges, 2018), un conjunto flexible de personas con las cuales un individuo mantiene contacto y vinculo social. Según Rodríguez (2015) “El apoyo social es considerado como un factor protector del apoyo frente a las amenazas graves hacia el desarrollo y factores de riesgo que impliquen consecuencias negativas o poco favorables con el bienestar del individuo”.

Se entiende (Castillo, 2015), que los recursos de apoyo que brinda la sociedad en seres cercanos fraternalmente marcan la diferencia para la población adolescente, se comprende que, si la situación de conductas sexuales no se ve limitada de manera positiva, puede ocasionar un aumento porcentual de problemas sociales como alcoholismo, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Sáez (2016) menciona que, “Una determinada conducta mal manejada acaba en consecuencias indeseadas y la educación sexual constituye un elemento básico en la formación integral de la personalidad”. La Biblioteca Nacional de Medicina (2020) menciona que, el comportamiento de sexo seguro o las relaciones sexuales con protección se definen como una serie de recomendaciones y prácticas en las relaciones sexuales con el propósito de reducir infecciones de transmisión sexual. Esparza (2019) encontró una relación positiva entre el apoyo social brindado por la familia, amigos, pareja y proveedores de salud para la práctica de sexo seguro. En el 2014, Sáenz hizo mención que para llevar a cabo este proceso tiene que establecerse una comunicación que ocurre entre los integrantes de una pareja durante el encuentro sexual para facilitar el uso de prácticas más seguras.

El apoyo social por parte de los amigos ha mostrado ser un factor de riesgo para la iniciación y mantenimiento de conductas sexuales de riesgo (Andrade, 2020), los amigos son la fuente de información y muchas de las veces, la información con la que cuentan sobre temas de sexualidad no es la correcta.

Por otro lado, García (2012) describe la resiliencia sexual como un proceso preventivo que favorece a las conductas seguras, una influencia positiva genera que el adolescente tenga comportamientos responsables que les ayudan a desarrollar la capacidad de responder de manera crítica y resolutiva situaciones de riesgo sexual estimulando la necesidad de optar por mejores condiciones de salud.

Si el apoyo social es (Esparza, 2019), brindado de manera correcta, el adolescente puede llegar a tener conductas con recursos suficientes que le permiten decidir y analizar situaciones de riesgo para el comportamiento de sexo seguro. El personal de salud juega un papel fundamental para el adolescente ya que establece y formula estrategias de promoción, prevención a la salud y conocimientos que ayudan a fomentar estilos de vida sexual saludables. Cajachagua (2022) menciona que el apoyo social percibido tiene un resultado positivo en el bienestar tanto físico como emocional, así mismo, el individuo crea conciencia de que de alguna manera son cuidados, amados y estimados por su fuente cercana que le brinda dicho apoyo.

Parra (2012), definió las relaciones sexuales seguras como prácticas protectoras y comportamientos que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones por vía sexual, estas prácticas comprenden retardar el inicio de la vida sexual, el uso correcto y consistente del condón, evitar las relaciones sexuales casuales y la práctica de la monogamia. Así mismo, Orcasita (2012) mencionó que los adolescentes que han iniciado su vida sexual presentaron conductas sexuales de riesgo y percibieron un menor apoyo tanto emocional como instrumental por parte de su principal red de apoyo. Se concluyó sobre la necesidad de fortalecer las redes de apoyo de los adolescentes, debido a que están directamente relacionadas con conductas sexuales de riesgo adoptadas por esta población.

Es importante que (Orcasita, 2012), en los programas de intervención se incluya la variable apoyo social como principal factor de protección para las conductas sexuales de riesgo que se pueden presentar. Además, los adolescentes reconocen las conductas sexuales de riesgo (Guerra, 2019) e indican que el apoyo social de la familia, pareja, y proveedores de la salud influyen (Esparza, 2019), para afrontar diversos cambios y situaciones relacionados a la sexualidad.

### **Objetivo General.**

Describir el apoyo social y el comportamiento de sexo seguro en los adolescentes.

### **Objetivos Específicos.**

- Identificar las características sociodemográficas, (edad, escolaridad, estado civil) del participante por sexo.
- Identificar el nivel de apoyo social por sexo.
- Identificar el comportamiento de sexo seguro de los adolescentes por sexo.

## **MÉTODO**

La investigación fue de tipo cuantitativo y descriptivo, realizada de manera virtual a 133 adolescentes de diferentes municipios del estado de Guanajuato. Los criterios de inclusión fueron adolescentes de 15 a 19 años y que aceptaran participar voluntariamente en la investigación, se excluyeron aquellos participantes que dejaron preguntas sin responder. La difusión se realizó mediante redes sociales compartiendo el vínculo de participación.

Se transcribieron dos instrumentos a formato encuesta virtual, uno de ellos mide el apoyo social y otro el comportamiento de sexo seguro, así mismo, se realizó una cédula de datos personales con información sociodemográfica del participante y se colocó el apartado de confidencialidad. La cédula de datos personales estuvo constituida por 14 reactivos que se dividen en dos, 5 abarcan datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación) y las restantes relacionadas con la vida sexual de manera general.

Se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social de Broadhead, Gehlbach, De gRuy y Kaplan, (1988) consta de 11 ítems de respuesta tipo Likert de 1 a 5, incluye dos dimensiones: apoyo social confidencial y el apoyo social afectivo con un alfa de Cronbach de 0.88 y 0.79 respectivamente y para la escala total de 0.90.

Para evaluar el comportamiento de sexo seguro se utilizó el Cuestionario de comportamiento de sexo seguro, contiene 16 ítems que miden la frecuencia de uso de prácticas de sexo seguro en jóvenes en dos subescalas: la de uso del condón y comunicación con la pareja, las opciones de respuesta son de tipo Likert: 1 a 4 y los puntajes van de 16 a 64, el puntaje inferior indica la ausencia del uso de prácticas sexuales seguras, mientras que el mayor señala la constancia del uso de prácticas sexuales seguras, la escala reportó un alfa de Cronbach de 0.82 (Hernández, 2018). Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 26.0 donde se realizó estadística descriptiva como frecuencia y porcentaje.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se presentan los datos sociodemográficos (Tabla 1) de 133 adolescentes que participaron en el estudio, abarcando edades de 15 a 19 años dando una media de 18.07 y una desviación estándar de 1.06

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas de los participantes.*

| <b>Variable</b>         | <b>f</b> | <b>%</b> |
|-------------------------|----------|----------|
| <b>Sexo</b>             |          |          |
| Femenino                | 90       | 67.7     |
| Masculino               | 43       | 32.3     |
| Total                   | 133      | 100      |
| <b>Estado civil</b>     |          |          |
| Soltero                 | 110      | 82.7     |
| Unión libre             | 15       | 11.3     |
| Otro                    | 8        | 6.0      |
| Total                   | 133      | 100      |
| <b>Escolaridad</b>      |          |          |
| Secundaria              | 15       | 11.3     |
| Bachillerato            | 72       | 54.1     |
| Universidad             | 45       | 33.8     |
| Ninguno                 | 1        | 0.8      |
| Total                   | 133      | 100      |
| <b>Ocupación actual</b> |          |          |
| Estudiante              | 67       | 50.4     |
| Trabajador              | 18       | 13.5     |
| Empleado de fábrica     | 28       | 21.1     |
| Ama de casa             | 12       | 9.0      |
| Comerciante             | 8        | 6.0      |
| Total                   | 133      | 100      |

Nota: f= frecuencia, %= Porcentaje, n= muestra total.

De acuerdo con las características sociodemográficas, se muestra que el 67.7% de los adolescentes encuestados pertenecen al sexo femenino, acorde al estado civil, 110 adolescentes (82.7%) refirieron estar solteros, el 54.1% cursaban la preparatoria y el 50.4% de los participantes desempeñaban el rol de estudiante. Se obtuvo que 5 participantes han presentado alguna enfermedad de transmisión sexual en su vida, dato que Campero (2013) encontró que en México las enfermedades de transmisión sexual se ubican entre las 10 primeras causas de morbilidad general en el grupo de edad de 15-44 años. Así mismo, se ha documentado que las personas inician su vida sexual activa a muy temprana edad (Campero, 2013, Nascimento, 2018, Jiménez, 2019). De igual manera se encontró que el 58.7% los adolescentes (55 participantes) han tenido más de una pareja sexual, lo que concuerda con Nascimento (2018) donde menciona que en su estudio el 69.44% de los participantes cuentan con la misma característica.

En la Tabla 2 se muestra el nivel de apoyo social percibido por sexo en donde se ve identificado con mayor magnitud en el sexo femenino con un porcentaje del 54.1% argumentando que el 27.1% de los hombres de la población total denota recibir un apoyo social significativo.

**Tabla 2**

*Nivel de apoyo social percibido por sexo.*

| <b>Sexo</b> | <b>RAS</b> | <b>%RAS</b> | <b>ASPB</b> | <b>%ASPB</b> | <b>Total</b> |
|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Femenino    | 72         | 54.1%       | 18          | 48.9%        | 90           |
| Masculino   | 36         | 27.1%       | 7           | 26.3%        | 43           |
| Total       | 108        | 81.2%       | 25          | 18.8%        | 133          |

Nota: RAS=Reflejo de apoyo social, %RAS= Porcentaje del reflejo de apoyo social, ASPB= Apoyo social percibido bajo, %ASPB=Porcentaje del apoyo social percibido bajo.

La tabla 3 expone la identificación del comportamiento de sexo seguro de hombres y mujeres adolescentes participantes en este estudio, en donde se representa que las femeninas tienden a practicar un comportamiento mayor que hombres de sexo seguro con un porcentaje de 49.6% y a su vez el 18.0 % del mismo sexo tienen ausencia de este. Por otra parte, el 9.0% de los masculinos (12 adolescentes) realizan conductas sexuales de riesgo y el 23.3 % afirman tener un mayor comportamiento de sexo seguro.

**Tabla 3**

*Comportamiento de sexo seguro por sexo de los participantes.*

| <b>Sexo</b> | <b>CSS</b> | <b>%CSS</b> | <b>ACSS</b> | <b>%ACSS</b> | <b>Total</b> |
|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Femenino    | 66         | 49.6%       | 24          | 18.0%        | 90           |
| Masculino   | 31         | 23.3%       | 12          | 9.0%         | 43           |
| Total       | 97         | 72.9%       | 36          | 27.1%        | 133          |

Nota: CSS=Comportamiento de sexo seguro, %CSS=Porcentaje de comportamiento de sexo seguro, ACSS=Ausencia de comportamiento de sexo seguro, %ACSS=Porcentaje de ausencia de comportamiento de sexo seguro.

Si el apoyo social es brindado de manera correcta, el adolescente puede llegar a tener conductas con recursos suficientes que le permiten decidir y analizar situaciones de riesgo para el comportamiento de sexo seguro (Esparza, 2019).

Orcasita (2012) mencionó que los adolescentes que han iniciado su vida sexual presentaron conductas sexuales de riesgo. Así mismo, percibieron un menor apoyo tanto emocional como instrumental por parte de su principal red de apoyo. Se concluyó sobre la necesidad de fortalecer las redes de apoyo de los adolescentes, debido a que están directamente relacionadas con conductas sexuales de riesgo adoptadas por esta población.

## CONCLUSIONES

El apoyo social juega un papel importante tanto en el desarrollo, toma de decisiones, así como también en la salud y el bienestar psicológico del adolescente, puesto que se ha demostrado que aquellos jóvenes que cuentan con un significativo apoyo de su entorno recalándolo más en el ámbito familiar, tienden a formular y utilizar estrategias de afrontamiento mucho más efectivas, contando con una autoestima muy favorable y así mismo con mayores competencias sociales.

Las interacciones en el sistema familiar pueden establecer una serie de factores personales, profesionales, sociales y de salud en sus integrantes, y a su vez determinan actitudes, atribuciones y roles hacia diversos aspectos de la vida en general.

En este sentido, el buen funcionamiento familiar es fundamental en la formación del individuo que se encuentra cursando la etapa de crecimiento y desarrollo, puesto que parte de ello es la formación integral de la persona; por lo tanto, una familia funcional, actuará como un pilar fundamental para el apoyo de sus miembros. Se observa que los jóvenes que cuentan con un porcentaje de apoyo social percibido bajo son los que a su vez tienden a experimentar ausencias de comportamientos de sexo seguro y a su vez son propensos a adquirir un embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual.

### **Sugerencias y limitaciones**

La evidencia presentada en esta investigación permite sugerir que los programas de apoyo social requieren abarcar y promover no solo prevención e intervención en el adolescente sino en los padres, profesores, adolescentes, funcionarios de salud y medios de comunicación, para la construcción y consolidación en el desarrollo de habilidades que propicien el logro de autonomía en el adolescente así como la comunicación, información adecuada sobre sexualidad y de este modo lograr que el adolescente adopte por vivir una vida plena sin riesgos .

Por lo anterior es prioritario intervenir en la familia, ya que es considerada como la red de apoyo mas signigicativa para este grupo de personas y que muchas veces se ve afectada esta relacion por distintos factores como la cultura, creencias,falta de confianza o comunicacion, se deben promover políticas públicas que comprendan: la creación y fortalecimiento de programas comunitarios de apoyo a las familias, donde las comunidades puedan participar como redes de protección en los adolescentes en circunstancias de vulnerabilidad o necesidad familiar, así mismo capacitar a las familias para que puedan comprender y atender mejor las necesidades de sus hijos adolescentes.

## Referencias

- Aguilar-Sizer, M., Lima-Castro, S., Arias Medina, P., Peña Contreras, E.K., Cabrera-Vélez, M. y Bueno-Pacheco A. (2021). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en una Muestra de Adultos Ecuatorianos. *Eureka*, 18(1), 55-71.
- Andrade Sánchez, A.I. y Márquez Ceballos, N.G. (2020). Percepción Del Apoyo Social Y Función Familiar en Adolescentes Con y Sin Aptitudes Sobresalientes. *Revista Panamericana de Pedagogía: Saberes y Quehaceres del Pedagogo*, 29, 15-36.
- Benaiges, J.V. y Forte, M.V. (2018). *Características de la Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Adolescentes* [Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata].  
<http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/723/Benaiges%20-%20Forte.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Biblioteca Nacional de Medicina. (4 de septiembre de 2020). *Relaciones sexuales con protección*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001949.htm>
- Cajachagua Castro, M., Chávez Sosa, J., Chilón Huamán, A. y Camposano Ninahuanca, A. (2022). Apoyo social y autocuidado en pacientes con Tuberculosis Pulmonar Hospital Lima Este, 2020, Perú. *Rev Cuid*, 13(2), 1-15.  
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.2083>
- Calero Yera, E., Rodríguez Roura, S. y Trumbull Jorlen, A. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Rev Hum Med*, 17(3), 1727-8120.
- Campero Cuenca, L., Atienzo, E.E., Suárez López, L., Hernández Prado, B. y Villalobos Hernández, A. (2013). Salud Sexual y reproductiva de los de los adolescentes en México: Evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 149, 299-307.
- Castillo Reyes, L.M. (2015). *Apoyo Social y su relación con las conductas sexuales de riesgo de adolescentes*. Institución educativa Víctor Raúl. Víctor Larco. 2016 [Tesis de Grado, Universidad Privada Antenor Orrego].  
[https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2445/1/RE\\_ENFE\\_LUZ\\_CASTILLO\\_APOYO.SOCIAL.Y.SU.RELACION.CON.LAS.CONDUCTAS.SEXUALES.DE.RIESGO\\_DATOS.PDF](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2445/1/RE_ENFE_LUZ_CASTILLO_APOYO.SOCIAL.Y.SU.RELACION.CON.LAS.CONDUCTAS.SEXUALES.DE.RIESGO_DATOS.PDF)

- Esparza Dávila, S.P. y Moreno Monsiváis, M.G. (2019). Influencia del apoyo social percibido para el sexo seguro en la resiliencia sexual. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 80-91. <http://dx.doi.org/10.30681/252610103290>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2022). *Adolescencia y Juventud*. <https://mexico.unfpa.org/es/topics/adolescencia-y-juventud>
- García-Vega, E., Menéndez Robledo, E., Fernández García, P. y Cuesta Izquierdo, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conductas sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.
- Guerra Rodríguez, G.M., Gil Vazquez, H.M., Olivares Ornelas, O.A., Cepeda Rangel A.A., Hernández Duque, J. y Martínez Guerrero, A.S. (2019). Tipo de vida sexual, autoeficacia y actitud sobre las conductas sexuales de riesgo. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 104-117. <http://dx.doi.org/10.30681/252610103843>
- Hernández Torres, J.L. (2018). *Respeto m-salud, una intervención con uso de dispositivos móviles para aumentar el sexo seguro en jóvenes con riesgo de VIH* [Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/16834/1/1080290374.pdf>
- Instituto de Mente Infantil. (2 de Agosto de 2021). *Criar Preadolescentes: todo lo que debe saber*. <https://childmind.org/es/articulo/criar-preadolescentes-todo-lo-que-debe-saber/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud* [Archivo PDF]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/juventud2017\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/juventud2017_Nal.pdf).
- Jiménez-Vázquez, V., Onofre-Rodríguez, D.J., Benavides-Torres, R.A., Garza-Elizondo, M.G. y Torres-Obregón, R. (2019). Uso de material sexual en línea y sexo Seguro en hombres que tienen sexo con hombres. *Revista internacional de andrología*, 17(3), 88-93. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2018.05.004>
- Milenio Digital. (13 de Agosto de 2019). Levantaron Encuesta Estatal de la Juventud 2019 en Guanajuato. *Milenio Digital*. <https://www.milenio.com/politica/comunidad/guanajuato-encuesta-de-la-juventud-2019>

- Nascimento, Bruna da Silva., Spindola, T., Araujo Reicherte, M.R., de Almeida Ramos, R.C., Santos Costa, R. y Sampaio Teixeira, R. (2018). Comportamento sexual de jovens universitários e o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva. *Enferm Glob*, 17(49), 237-269. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.261411>
- Orcasita, L.T., Uribe, A.F., Castellanos, L.P. y Gutiérrez Rodríguez, M. (2012). Apoyo Social y Conductas Sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de psicología*, 30(2), 371-406.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472012000200006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472012000200006)
- Organización Mundial de la Salud. (12 de Agosto de 2022). *Salud del adolescente y el joven adulto*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> .
- Organización Mundial de la Salud. *Salud del adolescente*. [https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
- Parra-Villaruel, J. y Pérez-Villegas, R. (2010). Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables psicosociales. *Perinatol Reprod Hum*, 24(1), 7-19.
- Pérez Ferreiro, Y.C., Apupalo Chisag, M.M. y Creagh Bandera, I. (2018). Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016. *Revista habanera de ciencias médicas*, 17(5), 789-799.
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I. y Fernández-Zabala, A. (2015). Relaciones de la resiliencia con el autoconcepto y el Apoyo Social Percibido en una muestra de adolescentes. *Acción Psicológica*, 12(2), 1-14. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.12.2.14903>
- Sáenz Soto, N.E. y Benavides Torres, R.A. (2014). Práctica sexual segura e insegura en la pareja heterosexual. *NURE Inv*, 11(68), 1-10.
- Sáez Sesma, S. (2016). *El Hecho Sexual Humano*. [Discurso principal]. Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología, Madrid, España.
- Contreras Casado, D. (16 de agosto de 2011). *El Apoyo Social; relaciones de las personas con los demás*. <https://www.tisoc.com/apoyo-social/>



**Conclusiones:** La actitud anticonceptiva tiene efecto protector sobre la percepción de barreras para la conducta anticonceptiva. Los profesionales de la salud deben incluir estas variables en el planteamiento de intervenciones en esta materia.

*Palabras clave:* Actitud, barreras, conducta anticonceptiva.

## Abstract

**Introduction:** Within the Sustainable Development Goals, number three, aims to guarantee universal access to sexual and reproductive health services, reducing the global maternal mortality rate. For this, it is necessary to study the diversity of variables that positively or negatively influence people's contraceptive behavior, among which attitude and perception of barriers are included for this study. **Aim:** To determine the effect of the attitude of the person of reproductive age on the perception of barriers to contraceptive behavior. **Methodology:** This research is quantitative, descriptive, correlational and analytical. The sampling is simple random until reaching a sample of 600 people between 18 and 25 years old. **Results:** It was confirmed by means of a logistic regression model that, for each favorable point of contraceptive attitude, the perception of barriers to AC decreases as well as for each additional year of schooling. **Conclusions:** The contraceptive attitude has a protective effect on the perception of barriers to contraceptive behavior. Health professionals must include these variables in planning interventions in this area.

*Key words:* Attitude, Barriers, Anticonceptive behavior.

La salud sexual y reproductiva incluye conceptos centrales de la salud de las personas, las parejas, la familia y la propia sociedad, por lo que sin duda requiere atención especial que favorezca el acceso a la información, al conocimiento de los riesgos y su vulnerabilidad y a los servicios de salud en esta materia con los que se cuenta, con la intención de disminuir la presencia de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos indicios, violencia sexual, entre otras conductas de riesgo relacionadas con este ámbito de la salud (United Nations Fund for Population Activities [UNFPA], 2022).

De acuerdo con a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015, 2016), cada año se registran hasta 74 millones de mujeres de países de ingresos bajos y medianos con embarazos no planificados, estos a su vez son la causa de 25 millones de abortos peligrosos y 47.000 muertes maternas al año (Rivera-Galván, 2022).

Diariamente, mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles dentro de las que se señalan algunas tales como la hemorragia grave (27%), la hipertensión gestacional (14%), las infecciones (11%), el parto obstruido y otras causas directas (9%), complicaciones de abortos (13%) y coágulos sanguíneos (3%) (Instituto Guttmacher, 2013).

Ante este contexto, a nivel mundial existe el compromiso mediante los Objetivos de Desarrollo Sostenible, específicamente el objetivo tres, el de busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, reducir el índice de mortalidad materna mundial y acabar con la epidemia de SIDA para 2030 (OMS, 2015). Es aquí, donde la planificación familiar (PF), toma un carácter preponderante como derecho humano, que debe estar al alcance de todos, principalmente en las personas que viven en condiciones vulnerables. Sin embargo, existen barreras que afectan el logro de tales compromisos, dentro de los que encontramos la como la atención fragmentada que continúa excluyendo a los hombres (Aspilcueta-Gho, 2013), la falta de conocimiento, la deficiencia y el difícil acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva deficientes y los cuales muchas veces no se ajustan a las características y necesidades específicas de cada usuario (OMS, 2015). Todo esto más la presencia de otras circunstancias se amalgaman favoreciendo la presencia de conductas de riesgo que repercuten más allá de la vida de la propia madre ya que afecta a para sus familias y comunidades (Rodríguez-Leal & Verdú, 2013).

Otros aspectos importantes que de no ser considerados pueden resultar como limitaciones para la PF o como barreras que limitan el uso de uso de métodos de planificación familiar (MPF), pese a la percepción de esta necesidad se contemplan también: la experiencia negativa con los algunos de los efectos secundarios con el uso previo de anticonceptivos, falta de conocimientos y claridad sobre la PF, la edad del usuario, así como su escolaridad, su nivel socioeconómico y su limitado acceso a los servicios de salud, así como la información limitada y deficiente de algunos medios de comunicación y otras fuentes de información a los que tiene acceso (Castañeda-Sánchez et al, 2008; Moshá & Ruben, 2013; Lu et al., 2012; Olukunmi, 2011; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Ahora bien, respecto a la actitud de las personas en relación con la anticoncepción puede ser definida como la percepción positiva o negativa de la persona respecto al uso de MPF y que por tanto esta influye en la percepción de las barreras que limitan dicho uso. Por lo que se ha concluido que las actitudes positivas hacia la responsabilidad anticonceptiva se asociaron con mayores probabilidades de uso del MPF.

Por todo lo anterior, el presente trabajo tiene como hipótesis que la actitud anticonceptiva en puntajes favorables disminuye la percepción de barreras para el uso de MPF, de la que emana como objetivo general determinar el efecto de la actitud de la persona en edad reproductiva sobre la percepción de barreras para la conducta anticonceptiva (CA).

Los resultados obtenidos de esta investigación pretenden orientar a los profesionales de la salud para el desarrollo de estrategias o intervenciones que incluyan estas variables, buscando favorecer las actitudes positivas que lleven a la persona a disminuir su percepción de barreras para el uso de MPF, ello contribuirá a una participación consciente e inclusiva de hombres y mujeres en edad reproductiva en lo que a el ejercicio de una PF saludable se refiere.

## **Método**

De acuerdo con los objetivos y naturaleza de este estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y analítico, se hizo uso de la estadística descriptiva e inferencial para dichos fines y no existió manipulación de las variables en la población de interés. La población de investigación se conformó de 600 personas en edad reproductiva de 18 a 35 años, que acudieron a los servicios de consulta externa de dos unidades hospitalarias de segundo nivel de atención de salud en Guanajuato, muestra calculada mediante el paquete estadístico nQuery Advisor, con nivel de significancia de .05, y un Coeficiente de Determinación de .08, una potencia de prueba de 90% para un modelo de regresión lineal multivariada (Elasshoft, et al, 2000). Los datos fueron capturados y analizados en SPSS versión 20.

Cabe mencionar que el muestreo utilizado fue aleatorio, es decir, después de elegir la primera persona que cumplió con los criterios de selección tales como: ser mujeres y hombres con una relación de pareja heterosexual con vida sexual activa. Los hombres que participaron fueron aquellos cuya pareja mujer tuviera entre 18 y 35 años.

Se excluyeron personas que refirieron tener algún problema de infertilidad independientemente si se encontraba o no en tratamiento, no pudieron participar aquellas mujeres sometidas o que se encontraban próximamente programadas para histerectomía u Oclusión Tubárica Bilateral (OTB) o vasectomía en el caso de los hombres. También quedaron fuera del estudio, personas portador de alguna Infección de Transmisión Sexual, dado que parte de su estilo de vida requiere el uso de MPF. Una vez determinados estos criterios posteriormente el investigador contaba hasta tres las parejas que llegaban al servicio de consulta externa y elegía a la tercera, la cual era abordada si cumplía con los criterios de selección y así de manera sucesiva hasta completar la muestra (Burns & Grove, 2012)

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron en primer lugar una ficha de datos sociodemográficos, la escala de actitud anticonceptiva y la escala de beneficios y barreras para la anticoncepción. La primera de ellas captó información general de los participantes, tales como edad, escolaridad, nivel socioeconómico, etc.

Respecto a la escala de Black sobre la actitud anticonceptiva, en ella se evalúan las actitudes hacia el uso de anticonceptivos en general en comparación con las actitudes hacia un tipo específico de anticonceptivos. Incluye 32 afirmaciones, de los cuales 17 se redactan positivamente y los otros 15 negativamente. Las respuestas son dadas mediante una escala tipo Likert con cinco opciones, que van de 1= muy de acuerdo hasta 5= muy en desacuerdo. La suma total mínima es de 32 y la máxima de 160 puntos, recordando que los valores de las declaraciones negativas deben ser invertidos antes de la sumatoria total. Esta escala fue adaptada para el presente estudio obteniendo una consistencia interna  $\alpha = .80$ .

De la escala de beneficios y barreras para la anticoncepción, se tomó la subescala de percepción de barreras, la cual consta de cuatro ítems, con una puntuación mínima de 4 y una máxima de 20, donde a menor puntaje es menor número de barreras percibidas y a mayores puntajes, mayor número de barreras percibidas. Para este estudio se obtuvo una consistencia interna de Alpha de Cronbach de .80.

Finalmente es oportuno mencionar que este estudio se realizó después de tener las aprobaciones correspondientes por los comités de ética e investigación respectivos, garantizando el cumplimiento del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki, en favor de los participantes.

## **Resultados**

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos de este trabajo de investigación, señalando que se calculó la normalidad de las variables de estudio mediante la prueba de Kolmogorov- Smirnov con corrección Lilliefors, con el propósito de elegir el tipo de prueba estadística a calcular de acuerdo con el propósito planteado.

### **Características sociodemográficas de la población**

Dentro de las características sociodemográficas que se abordaron de la población fueron la edad, el género y la escolaridad. De las 600 personas participantes sus edades oscilaron entre 18 y 35 años con una media de 26.21 (DE= 4.42), mostrando diferencia estadísticamente significativa ( $U = -3.42, p < .001$ ) entre mujeres ( $M = 25.52$ ) y hombres ( $M = 26.89$ ). En cuanto a la escolaridad medida en años de estudios, 73 las mujeres reportaron de 2 a 21 años ( $M = 13.25, DE = 3.84$ ), mientras los hombres de 0 a 23 años ( $M = 14.06, DE = 3.98$ ), que en promedio corresponden teóricamente a inicios de estudios de una carrera universitaria o técnica (Tabla 1).

**Tabla 1***Características sociodemográficas de la población*

| Variable    | G | Min. | Max. | M     | Mdn. | DE    | U     | p    |
|-------------|---|------|------|-------|------|-------|-------|------|
| Edad        | M | 18   | 35   | 25.52 | 25   | 4.810 | -3.42 | .001 |
|             | H | 18   | 35   | 26.89 | 26   | 3.980 |       |      |
| Escolaridad | M | 2    | 21   | 13.85 | 14   | 3.840 | -.656 | .512 |
|             | H | 0    | 23   | 14.06 | 14   | 3.980 |       |      |

Nota: G= Género; M= Mujer; H= Hombre; Mín= Mínimo; Máx= Máximo; M= media; Mdn= Mediana; DE= Desviación estándar; U= U de Mann-Whitney; n= 600

En relación con el cálculo de correlaciones se obtuvo que ni la edad no muestra correlación estadísticamente significativa con las variables de estudio, contrario a la escolaridad que muestra una relación baja pero estadísticamente significativa e inversamente proporcional con las barreras percibidas para la CA ( $r_s = -.188$ ,  $p < .001$ ), lo que se interpreta como que mayor cantidad de años de escolaridad menor la percepción de barreras para la CA.

Ahora bien, la actitud anticonceptiva mostro una relación estadísticamente significativa mínima e inversa en relación con las barreras percibidas ( $r_s = -.060$ ,  $p < .001$ ), ello de acuerdo con la manera de interpretar los resultados de la escala de la conducta anticonceptiva, por lo que se interpreta que a mayor actitud anticonceptiva positiva menor es la percepción de barreras para la conducta anticonceptiva (Tabla 2).

**Tabla 2***Correlación de Spearman de la edad, escolaridad y actitud anticonceptiva con la percepción de barreras para la CA.*

| Variable               | Barreras percibidas |
|------------------------|---------------------|
| Edad                   | .062                |
| Escolaridad            | -.188**             |
| Actitud anticonceptiva | -.060*              |

Nota: \* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .001$ ; CAP= conducta anticonceptiva de la pareja; n= 600

De los resultados anteriores se generó un modelo de regresión múltiple para calcular el efecto entre las variables de estudio, resultado mediante el Bootstrap que este modelo explica el 5.3% de la varianza ( $F_{[2,597]} = 16.833, p < .001$ ) y reiterando que por cada punto favorable de actitud anticonceptiva, disminuye .301 la percepción de barreras concebidas para la CA y que por cada año de estudios dicha percepción también disminuye 1.216 puntos (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Modelo de regresión de la edad, escolaridad y actitud anticonceptiva con la percepción de barreras para la CA con Bootstrap*

| Modelo                 | Bootstrap |       |      |          |          |
|------------------------|-----------|-------|------|----------|----------|
|                        | B         | SE    | p    | IC 95%   |          |
|                        |           |       |      | Inferior | Superior |
| (Constante)            | 70.450    | 5.002 | .002 | 60.071   | 79.784   |
| Actitud anticonceptiva | -.301     | .081  | .002 | -.456    | -.136    |
| Escolaridad            | -1.216    | .257  | .002 | -1.709   | -.723    |

*Nota: Variable dependiente: Barreras percibidas para la CA; B= beta, SE= Error estándar, IC= intervalo de confianza, n=600.*

## Discusión

Como ya se mencionó con anterioridad esta investigación se desarrolló en un segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud de Guanajuato, obteniendo una muestra de 600 personas con edades entre 18 y 35 años en general con una media de 26.21, las cuales se encuentran dentro de las edades reportadas con mayor tasa de fecundidad en el país (ENSANUT, 2012) y aunque no se observó relación de esta variable con el resto existen estudio donde se afirma que la edad es un factor que influye en el uso de MPF (Avilés, et al. 2020) .

En cuanto a la escolaridad medida en años de estudios, las mujeres reportaron de 2 a 21 años, mientras los hombres de 0 a 23 años, estos resultados son en parte contrarios a lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021), donde las madres de los neonatos reportaron en gran porcentaje niveles de escolaridad que no superaban el nivel medio superior.

Con lo relacionado a los efectos de la variable de estudio sobre la CA, cabe mencionar que respecto a la actitud anticonceptiva, los resultados muestra que cuando esta se percibe en niveles altos y favorables, disminuye la precepción de barreras y con ello aumenta la posibilidad del uso de MPF, para esta afirmación vale la pena mencionar que aunque la variable de actitud anticonceptiva hacia la PF, ha sido abordada en las investigaciones sobre este tema está se ha analizado principalmente de manera descriptivas más que inferencia pero finalmente denotando su presencia y estado respecto a la población en edad reproductiva, es así que investigadores como Gutiérrez et al (2019), identificaron ante el uso de MPF la población actitudes de rechazo e indiferencia en porcentajes altos ante este tema. Mientras Jammeh, Liu, et al. (2014) encontraron que actitud fue el predictor más fuerte de la práctica sobre la PF, al igual que la escolaridad presentada por los participantes, este último dato se reafirma con lo encontrado en la presente investigación y lo reportado también por Kabagenyi et al. (2014), respecto a los años de estudio como un factor favorable.

Finalmente es importante mencionar que dentro de las barreras que se identificaron se mencionan el miedo, el temor, el costo y la presión social. Algunas de las expresiones coinciden con las encontradas en otros estudios tales como: “si mi pareja me pide usar anticonceptivos, yo creo que él/ella no confiaba en mí” “si le pido a mi pareja que use un condón, él/ella podría pensar que yo la/lo estaba engañando”, “los condones frotan y provocan dolor”, “los condones se sienten antinaturales” y “los condones afectan el clímax u orgasmo” (Crosby et al.,2013).

## Conclusiones

De los resultados obtenidos en el presente estudio los autores podemos concluir que la población de estudio se encuentra dentro de las edades de interés respecto a la PF, ya que coincide con las edades reportadas con mayor tasa de fecundidad donde se considera una mayor posibilidad de riesgo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, que afectan de manera considerable la salud y bienestar de la persona y en entorno social en el que se desenvuelve.

De las variables sociodemográficas que se abordaron, el nivel de estudios se identifica como una variable que disminuye la percepción de barreras para el uso de MPF, ello puede entenderse bajo la concepción de que con cada año de escolaridad la persona recibe conocimientos y habilidades para identificar con mayor certeza sus necesidades, limitaciones y los recursos con lo que cuenta para una toma de decisiones más acertadas, conscientes y oportunas sobre un ejercicio responsable y saludable de su sexualidad que incluye el uso de MPF.

La actitud anticonceptiva, como parte de la percepción positiva o negativa de la realidad de la persona, es una variable que tiene efecto predictor sobre la percepción de barreras para el uso de MPF, lo que debe llamar la atención de los profesionales de la salud en la búsqueda de estrategias o intervenciones que la fortalezcan desde edades tempranas como la adolescencia considerada un periodo de vida donde muchas conductas toman forma y valor que permanecen hasta la adultez y de las cuales dependerá la toma de decisiones holísticas y trascendentes para la vida.

Finalmente se resalta la importancia de que los esfuerzos para mejorar la práctica sobre el uso de MPF, identifique las barreras específicas que cada persona o cada grupo perciben como limitantes para su participación satisfactoria y en base a ello diseñar intervenciones específicas que las atiendan oportunamente y sin dejar de lado la inclusión de las mismas tanto de mujeres y de hombres como tomadores clave de estas decisiones, evitando con ello continuar con la atención fragmentada e indiferente que actualmente se tiene sobre los servicios y prestadores de salud.

## Sugerencias y Limitaciones

De acuerdo con los objetivos de este estudio y con la finalidad de profundizar en el tema de la PF más allá del solo uso o no de MPF, se recomienda replicar este estudio en población mexicana e incluir metodología mixta para su abordaje profundo en diferentes tipos de población tomando en cuenta las limitaciones como el tiempo requerido para contestar los instrumentos y que seguramente limitan información importante respecto a estas variables.

## Referencias

- Aspilcueta-Gho, D. (2013). Rol del varón en la anticoncepción, como usuario y como pareja. *Revista de Perú. Medicina. Experimental. Salud Pública*. 30(3), 480-486. ISSN 1726-4634.
- Avilés Peralta, Y., Sánchez Quintero, M. & Valiente Gutiérrez, O. (2020). Factores socioeconómicos y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en Nicaragua. *Apuntes De economía y Sociedad*, 1(2), 67–78.  
<https://doi.org/10.5377/aes.v1i2.11448>
- Burns, N., & Grove, S. (2012). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. (5th Ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Castañeda-Sánchez, O., Castro-Paz, L.S. y Lindoro-López, K.G. (2008). Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar, Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. México, Organismo Internacional*, 10(2), 37-41. ISSN: 1405-9657
- Crosby, R., Shrier, L. A., Charnigo, R., Sanders, S. A., Graham, C. A., Milhausen, R., & Yarber, W. L. (2013). Negative perceptions about condom use in a clinic population: comparisons by gender, race and age. *International Journal of STD & AIDS*, 24(2), 100-105.  
<https://doi.org/10.1177/0956462412472295>

- Elashoff, D. J., Dixon, J. W. & Crece, M. K. (2000). Paquete Estadístico n´Query Advisor ® (Versión 4.0). Copyright [*Software Estadístico para-PC*]. Los Angeles C. Statical Solutions.
- Estrada, F., Hernández-Girón, C., Walker, D., Campero, L., Hernández-Prado, B. & Maternowska, C. (2008). Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. *Salud Pública de México*, 50(6), 472-481.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (Febrero del 2022). *Salud sexual y reproductiva*. <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
- Gutiérrez de Alarcón, R., Alarcón Gutiérrez, R., Cuadra Moreno. M.L., Alarcón Gutiérrez, J. y Rodríguez, N.P. (2020). *Revista de investigación estadística* 2(1), 34-43. ISSN: 2708-1125
- Instituto Guttmacher. (Agosto del 2013). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias*. <http://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Mexico.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (Febrero del 2022). *Características de los nacimientos registrados*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodem/NamtosRegistrados2020.pdf>
- Jammeh, S.S., Liu, C.Y., Cheng, S.F., & Lee-Hsieh, J. (2014). Estudio de base comunitaria en materia de planificación familiar conocimientos, actitudes parejas casadas y la práctica en Gambia. Rurales y urbanas. *Ciencias de la Salud de África*, 14(2), 273-280. <http://doi.org/10.4314/ahs.v14i2.1>
- Kabagenyi, A., Ndugga, P., Wandera, S. O. & Kwagala, B. (2014). Modern contraceptive use among sexually active men in Uganda: does discussion with a health worker matter?. *BMC Public Health*, 14,(286), 123-131. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-286>
- Mosha, I. & Ruben, R. (2013). Communication, knowledge, social network and family planning utilization among couples in Mwanza, Tanzania. *African Journal of Reproductive Health*, 17(3), 57-69. PMID: 24069768.

- Olukunmi, L.O. (2011). Factors influencing the choice of family planning among couples in Southwest Nigeria. *International Journal of Medicine and Medical Sciences*, 3(7), 227-232. ISSN 2006-9723 Academic Journals.
- Organización Mundial de las Naciones Unidas. (2006). *Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel*.  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/>
- Organización Mundial de las Naciones Unidas. (2015). *Planificación familiar*.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Planificación familiar*.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- Rodríguez-Leal, D., & Verdú, J. (2013). Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*. 13(3), 433-441. ISSN 1657-5997.



## Compulsividad sexual en adultos jóvenes

### Sexual compulsivity in young adults

Miguel Ángel Alcántar Gasca<sup>1</sup>, José Manuel Herrera Paredes<sup>2</sup>, Ma. Teresa Pratz Andrade<sup>3</sup>, Elizabeth Guzmán Ortiz<sup>4</sup> y Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz<sup>5</sup>  
Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra,  
Departamento de Enfermería y Obstetricia;  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo,  
Facultad de Enfermería. México.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 23/09/2022

Aceptado: 10/12/2022

### Resumen

**Introducción:** Las prácticas relacionadas con la sexualidad requieren de actitudes, conocimientos y habilidades sociales; que si no son manejadas bajo control existe la posibilidad de tener conductas sexuales de riesgo que incrementan la presencia de compulsividad sexual en adultos jóvenes. **Objetivo:** Describir la compulsividad sexual en adultos jóvenes de Guanajuato, México. **Metodología:** Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo con n= 266 jóvenes universitarios del estado de Guanajuato, se utilizó el Inventario de Comportamiento Hipersexual adaptada al español de Ballester-Arnal ( $\alpha = .89$ ) para medir la compulsividad sexual, apegándose a los aspectos éticos y legales en materia de investigación. **Resultados:** Población entre los 20 y 25 años. 54.9% del sexo femenino, 99.2% solteros, el 68.8% tiene vida sexual activa y de 1 a 12 parejas sexuales durante el último año, 25% tuvo pareja ocasional durante el último mes; el 4.9% presentaba compulsividad sexual.

---

Correspondencia remitir a: Doctor José Manuel Herrera Paredes, Profesor Investigador de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra. Departamento de Enfermería y Obstetricia. Celaya, Guanajuato. México. Correo institucional: [mherrera@ugto.mx](mailto:mherrera@ugto.mx)

<sup>1</sup> Maestro en Ciencias de Enfermería, Celaya, Guanajuato, México, correo institucional: [ma.alcantargasca@ugto.mx](mailto:ma.alcantargasca@ugto.mx)

<sup>2</sup> Doctor, Profesor Investigador, Guanajuato, México, correo institucional: [mherrera@ugto.mx](mailto:mherrera@ugto.mx)

<sup>3</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Guanajuato, México, correo institucional: [mpratz@ugto.mx](mailto:mpratz@ugto.mx)

<sup>4</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Guanajuato, México, correo institucional: [elizabeth.guzman@ugto.mx](mailto:elizabeth.guzman@ugto.mx)

<sup>5</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Estado, México, correo institucional: [madejesus.ruiz@umich.mx](mailto:madejesus.ruiz@umich.mx)

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

**Conclusión:** El estudio muestra que las personas hacen uso del sexo deliberadamente, situación que incrementa las conductas sexuales de riesgo caracterizándose por la conducta compulsiva; lo que permite ampliar el campo de acción para la enfermería a través de la prestación de servicios de la atención primaria en salud (prevención, promoción y protección específica) en atención a la salud sexual responsable.

*Palabras clave:* Hipersexualidad, Compulsividad, Sexual, Enfermería

## Abstract

**Introduction:** Practices related to sexuality require attitudes, knowledge and social skills; that if they are not managed under control there is the possibility that having risky sexual behaviors that increase the presence of sexual compulsivity in young people. **Objective:** To describe sexual compulsivity in young adults from Guanajuato, Mexico. **Methodology:** Quantitative, cross-sectional, descriptive study with  $n = 266$  young university students from the state of Guanajuato., the Inventory of Hypersexual Behavior adapted to Spanish by Ballester-Arnal ( $\alpha = .89$ ) was used to measure sexual compulsivity, adhering to the ethical and legal aspects in terms of research. **Results:** Population between 20 and 25 years of age, 54.9% were female, 99.2% single, 68.8% have active sex life and from 1 to 12 sexual partners during the last year, 25% had an occasional partner during the last month; 4.9% had sexual compulsivity. **Conclusion:** The study shows that people make use of sex deliberately, a situation that increases risky sexual behaviors characterized by compulsive behavior; allowing to expand the field of action for nursing through the provision of primary health care services (prevention, promotion and specific protection) in responsible sexual health care.

*Key words:* Hypersexuality, Compulsivity, Sexual, Youth, Nursing

Al hablar de compulsividad sexual, se habla de una conducta sexual de riesgo; según Seleme (2017), la compulsividad sexual se conceptualiza como “la necesidad incontrolable de sexo” la cual puede afectar al adulto joven con infecciones de transmisión sexual (ITS), ya que éste, por la edad, se considera en su máximo auge de reproducción sexual lo que lo convierte en una población vulnerable por el incremento del riesgo potencial de contraerlas.

Este comportamiento sexual (compulsividad sexual); se ve reportado en diversos estudios de investigación; Chiclana, (2015) establece que la prevalencia es del 19.3% en hombres y que solo el 1% de la población estudiada solicita atención médica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), reporta que en el mundo diariamente 1 millón de personas adquieren una infección de transmisión sexual (ITS), y cada año alrededor de 357 millones de personas han contraído clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis.

Además 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH), datos que coinciden con cifras epidemiológicas del Centro Epidemiológico Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA, 2014] de México, donde se observa dentro de los diez primeros lugares de morbilidad dichos antecedentes permiten reflexionar sobre las conductas sexuales de la población, sin dejar de lado que su comportamiento puede incrementar el riesgo de contraer el VIH.

La población en el grupo de 16 a 24 años son los que representan mayor incidencia (ONUSIDA, 2019) al año de ITS, puesto que alrededor de 797 mil adolescentes en sus relaciones sexuales no utilizan algún método de protección, de ellos el 51.1% son hombres y se considera que en esta etapa se corre con mayor riesgo de contagio.

La compulsividad sexual disminuye (Seleme, 2017).la percepción del riesgo y favorece el desarrollo de conductas sexuales desprotegidas (método de barrera), las múltiples parejas sexuales, el consumo de drogas y alcohol, además el factor edad (de la población más joven) incrementa el riesgo y convierte a la población en vulnerable para favorecer la adquisición de ITS.

Scanavino et al., (2018) refiere que los hombres con diferente orientación sexual (bisexuales, homosexuales y heterosexuales), manifiestan una conducta sexual excesiva a través de tener mayor número de parejas ocasionales con las cuales practican relaciones sexuales anales y sin protección; aunque refieren tener protección solo con su pareja principal.

Además, (Barrachina et al., 2017), demuestra que la prevalencia de la compulsividad sexual en jóvenes españoles de 18-27 años está presente en el 6% de la población, ya que hacen uso del sexo para regulación de los estados de ánimo disfóricos (síntomas depresivos, ansiedad, irritabilidad, etc.)

La conducta sexual compulsiva comprende una diversa variedad de experiencias sexuales normalmente agradables, razón por la cual su frecuencia cada vez es mayor. Blas, (2014), considera que el ciber sexo, funciona como una variante de la compulsividad sexual en hombres jóvenes de 20 a 39 años; dado que esta práctica es utilizada 2.2 veces por semana como medio de satisfacción sexual; sin embargo, también argumenta que dicha práctica afecta el autoconcepto de quien lo practica.

Las conductas sexuales de riesgo exponen, según Saeteros, (2015), de manera amplia la salud integral de las personas, dado que, en 2018 las ITS se encontraban en las primeras 10 causas de morbilidad en México, de esta manera es necesario enfrentar y combatir el problema a través del fortalecimiento de la cultura de prevención a través del uso de métodos de barrera. Guanajuato, México cuenta con mayor incidencia en enfermedades de transmisión sexual (Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, 2019) la mayor incidencia se observa en Chancro blando, Gonorrea, Clamidia, Candidiasis, Virus del Papiloma Humano y Herpes. En todos estos casos, Guanajuato supera la incidencia del promedio nacional.

### Compulsividad sexual

Se define (Seleme, 2017), a la compulsividad sexual como una necesidad incontrolable de sexo, desde relaciones sexuales con varias parejas, hasta el uso de la masturbación y el consumo de pornografía, caracterizándose por la contante estimulación genital, una vez alcanzada, puede no resultar en la satisfacción emocional (o sexual), a largo plazo, del individuo Cuando esta conducta se transforma en un elemento esencial de la vida diaria, son difíciles de controlar y pueden llegar a perjudicar a la persona en diversos ámbitos (personales, familiares, laborales, emocionales, físicos o de carácter social).

(Blas, 2014) menciona que la compulsividad sexual se manifiesta con práctica sexual breve, anónima, repetitiva y poco satisfactoria, así como sentimientos de malestar y culpa, que, a consecuencia de la insatisfacción, alienta la elevada frecuencia de estimulación sexual., (Seleme, 2017) establece que genera síntomas psicológicos y neurológicos adicionales.

Ferrer, (2016) asocia la compulsividad sexual a la conducta sexual de riesgo; a través de las siguientes manifestaciones:

- a) Exposición del individuo a una o varias situaciones asociadas a sexo sin protección.
- b) Inicio temprano de relaciones sexuales,
- c) Múltiples parejas sexuales,
- d) Práctica de la infidelidad sexual,
- e) Consumo de drogas ilícitas y
- f) No uso de métodos de barrera

Como todas las adicciones, la compulsividad sexual desarrolla tolerancia e incrementa los niveles de estimulación sexual con presentación de síndromes de abstinencia (UNAM, 2019).

Las conductas sexuales de riesgo se traducen como problemas sociales de salud; por lo que los profesionales de Enfermería deben generar conocimiento disciplinar que apoye las intervenciones propiamente de enfermería a través de la promoción de la salud y prevención de conductas sexuales de riesgo que disminuyan las infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, así como la disminución del uso de drogas, y la consideración para el uso de métodos de barrera.

El objetivo fue describir la compulsividad sexual en el adulto joven de Guanajuato, México.

## Método

Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo (Hernández, et al., 2013), realizado durante el 2020-2021 en una Institución de Educación Superior Pública del Estado de Guanajuato, México; de un universo de  $N= 1,100$  y a través de un muestreo aleatorizado simple se obtuvo la muestra de  $n =266$  adultos jóvenes de ambos sexos, entre los 20 y 25 años, con vida sexual activa, que aceptaron participar en el estudio a través del consentimiento informado firmado.

Se aplicaron 2 instrumentos para la recolección de la información: (i) Cédula de datos de identificación (para variables demográficas) y (ii) el inventario de comportamiento hipersexual (ICH), es una escala tipo Likert de 19 elementos, con opciones de respuesta que van de 1= *nunca*, hasta 5= *muy frecuentemente*; y un resultado que determina la presencia o no de la compulsividad sexual; así como en 3 dimensiones: afrontamiento, control y consecuencias de la compulsividad sexual; cuenta con una confiabilidad de  $\alpha=0.89$  (Ballester-Arnal R et al. 2019).

Se siguieron los aspectos éticos legales en materia de investigación que proporcionan el respeto a la dignidad humana, conservación de los derechos a la confidencialidad de la información obtenida, sustentados bajo las disposiciones de lo que marca la ley a través del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud, 2014).

## Análisis y Discusión de resultados

El estudio estuvo integrado por  $n= 266$  adultos jóvenes con rango de edad 20 a 25 años, una  $\bar{x} = 21.5 \pm 1.4$  años.

**Tabla 1***Datos sociodemográficos del adulto joven de Guanajuato, México. Marzo 2021.*

| Variable                          | Dimensión  | f          | %           |
|-----------------------------------|------------|------------|-------------|
| Sexo                              | Masculino  | 120        | 45.1        |
|                                   | Femenino   | <b>146</b> | <b>54.9</b> |
| Estado civil                      | Soltero    | <b>264</b> | <b>99.2</b> |
|                                   | Casado     | 1          | .4          |
|                                   | Divorciado | 1          | .4          |
| Tienes novia/o                    | Si         | 134        | 50.4        |
|                                   | No         | 132        | 49.6        |
| Vida sexual activa                | Si         | <b>183</b> | <b>68.8</b> |
|                                   | No         | 83         | 31.2        |
| Pareja estable en el último mes   | Si         | <b>136</b> | <b>51.1</b> |
|                                   | No         | 130        | 48.9        |
| Pareja ocasional en el último mes | Si         | <b>67</b>  | <b>25.2</b> |
|                                   | No         | 199        | 74.8        |

Fuente: Cédula de datos de identificación., n= 266

En la tabla 1, se puede identificar que el 54.9 % fueron mujeres, el 99.2 % fueron solteros. El 68.8 % de los adultos jóvenes tienen una vida sexual activa, reportaron que en el último año se tuvo un rango de 1 a 12 parejas sexuales. El 51.1% de los adultos jóvenes ha tenido una pareja estable en el último mes y el 25.2 % ha tenido una pareja ocasional en el último mes. De acuerdo con el nivel socioeconómico el 73.1 % se encuentra en clase social media alta y alta

El adulto joven cuenta con características que incrementan los riesgos sanitarios que ocasionan ITS, aspectos asociados al número de parejas y a la pérdida del control de la actividad sexual que inicia a partir de los 20 años de edad (Chiclana, 2015, Kozier, 2008).

**Tabla 2**

*Nivel de compulsividad sexual en adultos jóvenes de Guanajuato, México. Marzo 2021.*

|               | <i>f</i>  | %          |
|---------------|-----------|------------|
| Sin presencia | 253       | 95.1       |
| Con presencia | <b>13</b> | <b>4.9</b> |

Fuente: Instrumento Inventario de Comportamiento Hipersexual., n= 266

Se presenta las puntuaciones obtenidas en el Inventario de comportamiento hipersexual ( $\alpha = .92$ ) identificándose en la tabla 2 que el 4.9 % de los adultos jóvenes cuentan con presencia de compulsividad sexual; a través de 3 dimensiones; afrontamiento, control y consecuencias. Aunque la compulsividad sexual en el adulto joven se presenta una baja prevalencia, se debe encontrar la existencia de una comorbilidad como trastornos del estado de ánimo a nivel clínico, considerado como posible factor relacionado a este fenómeno (Nugroho, 2019; Castro-Calvo, 2017)

La dimensión afrontamiento de compulsividad sexual presenta las siguientes características: que el 18 % de los adultos jóvenes realizan prácticas relacionadas con el sexo para dar respuesta a estados de ánimo disfóricos, como son la preocupación e inquietud, y sentimientos desagradables. El puntaje para dimensión de afrontamiento fue de 7 a 33 puntos, con una  $\bar{x} = 10.95 \pm 4.84$  puntos. El afrontamiento para la compulsividad sexual tiene una connotación distinta para liberar preocupaciones o sentimientos desagradables, ya que los adultos jóvenes que trabajan tienen índices más altos de CS pero el mismo rol laboral funge como estrategia de afrontamiento que puede estar relacionada con sus comportamientos sexuales puesto que algunos adultos jóvenes que trabajan están abiertos a discutir temas sexuales e incluso lo usan para liberar algunas de sus preocupaciones de carácter sexual (Nugroho & Afiyanti, 2019).

La dimensión control señaló que 18.9% de adultos jóvenes mostraron más problemas para controlar o reducir sus pensamientos, impulsos y conductas sexuales. El puntaje para dimensión de control fue de 8 a 33, con una  $\bar{x} = 12.27 \pm 5.42$  puntos.

La dimensión consecuencias mostró que 3.9% de los adultos jóvenes mantuvo la presencia de fantasías sexuales, impulsos y las conductas a pesar de sus consecuencias negativas. El puntaje para la dimensión de consecuencias fue de 4 a 18, con una  $\bar{x} = 5.48 \pm 2.22$  puntos.

Los adultos jóvenes mostraron un perfil sexualmente más activo en cuanto a número de parejas sexuales, vida sexual activa, mayor variedad en sus conductas sexuales de riesgo con personas del otro o del mismo sexo, así como el consumo de pornografía, aspectos que coinciden con (Echeburua, 2012) quien menciona que la búsqueda impaciente de relaciones consecutivas con varias parejas sexuales consumo de pornografía, cibersexo y la masturbación compulsiva es una característica principal del sistema cliente con CS, puesto que utilizan el sexo con la finalidad de satisfacer cualquier fantasía sexual y sentimientos asociados a la estado de ánimo (Castro-Calvo, 2017). Asimismo, el internet ha servido como facilitador voluntario e involuntario ya que, al contener un excesivo contenido de estímulos sexuales visuales (Nugroho & Afiyanti, 2019), contribuye a la realización desinhibida de estas conductas sexuales de riesgo, incrementándolas consecutivamente resaltando su fácil acceso y anonimato que proporciona (Daniel & Vera, 2017)

## Conclusiones

La sexualidad humana es considerada como uno de los fenómenos más interesantes en dónde se puede profundizar el conocimiento; sin embargo, dentro de este campo las relaciones sexuales exponen cada vez más los riesgos presentes en las diversas prácticas, lo que posibilita un núcleo de amenaza para la población. La aparición de enfermedades de transmisión sexual constituye unas de las tantas expresiones negativas que se derivan del encuentro sexual. En este sentido, no hay una postura universal sobre cómo entender y describir la compulsividad sexual.

La conducta sexual de los adultos jóvenes se manifiesta con prácticas sexuales breves, anónimas, repetitivas y poco satisfactorias, con exposición del individuo a una o varias situaciones asociadas a sexo sin protección, múltiples parejas e infidelidad sexuales. La salud sexual de los adultos jóvenes permanece como un asunto urgente en México, sin embargo, los resultados de este estudio tienen similitud con otros estudios realizados en otras regiones y países; principalmente en cuanto a las características sociodemográficas.

### **Sugerencias y Limitaciones**

Se sugiere desarrollar estudios que aborden y profundicen sobre las dimensiones de la compulsividad sexual, así como aquellos estudios que propongan y desarrollen intervenciones que permitan evaluar la compulsividad sexual.

### **Referencias**

- Ballester-Arnal R, Castro-Calvo J, Gil-Julia B, Giménez-García C, Gil-Llario MD. (2019). A Validation Study of the Spanish Version of the Hypersexual Behavior Inventory: Paper-and-Pencil Versus Online Administration. *J Sex Marital Ther.* 45(4):283–302.
- Blas, E. (2014). Adicciones Psicológicas and Psychological Addictions and New Health Problems. 2(85). 111–46. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/272681780\\_Adicciones\\_psicologicas\\_y\\_los\\_nuevos\\_problemas\\_de\\_salud](https://www.researchgate.net/publication/272681780_Adicciones_psicologicas_y_los_nuevos_problemas_de_salud)
- Castro-Calvo, J. Ballester-Arnal, R. Gil-Llario, M. D. (2017) Validación preliminar del inventario de hipersexualidad en jóvenes. *Revista Ágora de Salud IV*; 4(1): 53-64 <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2017.4.6>
- Castro-Calvo, J. (2017) Prevalencia, comorbilidad y correlatos psicológicos de la compulsividad sexual [Tesis de Maestría, Universitat Jaume I de España] <https://dialnet.unirija.es/servlet/dctes?codigo=109019>

Chiclana Actis, C. Contreras Chicote, M. Carriles Cervera, S. Rama Víctor, D. (2015) Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comórbido? Revista Iberoamericana de psicología. 115:19-26.

CENSIDA, (2014). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro Nacional de Casos de sida. 1-23. Disponible en: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig\\_epid\\_manuales/2012\\_Manual\\_PatBucal\\_vFinal.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf)

Daniel, V. & Vera, G. (2017). La adicción a la pornografía: causas y consecuencias / The pornography addiction: causes and consequences Learning analytics in higher education View project Ingeniería de Software View project. Drugs Addict Behav. 2(1):122–30. <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2265>

Echeburúa, E. (2012) ¿Existe Realmente La Adicción Al Sexo? Revista Adicciones, 24(4), 281–95.

Ferrer, V., (2016). Psicopatología y Personalidad en la Adicción al sexo. Estudio piloto. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. 47-60 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5564731.pdf>

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, M. (2013). Metodología de la Investigación. McGraw Hill Education.

Kozier, B. (2008) Fundamentos de Enfermería Conceptos Proceso y Practicas. Prentice-Hall

Nugroho, R. Afiyanti, Y. (2019) Sexual Compulsivity among Indonesian College Students. Compr Child Adolesc Nurs. 42(sup1):38–46. Available from: <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1577924>

OMS, (2019). Infecciones de transmisión sexual. Available from:  
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Seleme Y. (2017) Adicción al sexo, un problema silencioso. Pensando Psicología. 2010; 6:162-166 Disponible en:  
<http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/echeburua.pdf>

Scanavino, M. Ventuaneac, A. Abdo, C. et al. (2018). Sexual compulsivity, anxiety, depression, and sexual risk behavior among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. Revista Brasileira de Psiquiatria; 40: 424-31.  
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2476>

Saeteros, R., (2015) Risk behavior and sexual and reproductive problems in Ecuadorian college students. Humanidades Medicas. 15: 421-439. Disponible en:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v15n3/hmc03315.pdf>

Secretaria de Salud, (2019). Dirección general de epidemiología: Boletín Epidemiológico de Infecciones de transmisión sexual. Gobierno de México.  
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas-direccion-general-de-epidemiologia>

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

Universidad Nacional Autónoma de México (3 de septiembre de 2021). México, primer lugar en la OCDE impulsa medicina programa para prevenir el embarazo adolescente. <http://www.gaceta.unam.mx/20160929/impulsa-medicina-programa-para-prevenir-el-embarazo-adolescente/>



## Dinámica Familiar relacionada a conducta sexual de riesgo para VIH en universitarios de la salud en Morelia, México

Family dynamics factor associated with sexual risk behavior for HIV in students of the health in Morelia, Mexico

Mayra Itzel Huerta Baltazar<sup>1</sup>, Ma. Lilia A. Alcantar Zavala<sup>2</sup>,  
Vanessa Jiménez Arroyo<sup>3</sup>, Guadalupe Ortíz Mendoza<sup>4</sup>,  
Ma. Elena Rivera Heredia<sup>5</sup>, Alicia Álvarez Aguirre<sup>6</sup>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Secretaría de Salud de Michoacán,  
Universidad de Guanajuato, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 23/06/2022

Aceptado: 19/11/2022

### Resumen

El **objetivo** de esta investigación fue, relacionar la dinámica familiar (DF) con la conducta sexual de riesgo (CSR) para VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), en los jóvenes universitarios del área de la salud en Morelia, México. La DF ejerce una influencia significativa en el comportamiento de los jóvenes. La CSR involucra la exposición del individuo ante circunstancias que pueden ocasionar daño sobre la propia salud o la de otras personas, los universitarios representan la población más vulnerable a desarrollar CSR y por ende a adquirir VIH, por los múltiples cambios biopsicosociales y la experimentación sexual en busca de una identidad, además de tener un mayor número de parejas y practicar frecuentemente intimidad sexual casual sin hacer uso de preservativo. **Material y Métodos:** estudio cuantitativo, correlacional y transversal. Se encuestaron 616 estudiantes de las DES (Dependencias de Educación Superior) de la salud de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Se empleó una cédula de identificación, los instrumentos de: 1) Experiencia sexual, 2) Comportamiento sexual y 3) Actividades Íntimas y 4) Escala de Evaluación de Relaciones Intrafamiliares (ERI).

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

<sup>2</sup> Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán. [lilia.alcantar@umich.mx](mailto:lilia.alcantar@umich.mx)

<sup>3</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>4</sup> Maestra, Profesora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Enfermera del Hospital de la Mujer de la SSA Morelia, Michoacán. [guadalupe.ortiz@umich.mx](mailto:guadalupe.ortiz@umich.mx)

<sup>5</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Psicología, Michoacán, México. [maelenarivera@gmail.com](mailto:maelenarivera@gmail.com)

<sup>6</sup> Doctora, 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>7</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [normacopparipy@gmail.com](mailto:normacopparipy@gmail.com) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

**Resultados:** en 616 jóvenes universitarios se encontró correlación estadísticamente significativa entre dinámica familiar y conducta sexual de riesgo ( $r_s = 1.000$  correlación significativa  $p = .000$ ). **Conclusiones:** La dinámica familiar esta asociada a la CSR en los jóvenes universitarios del área de la salud en Morelia, Michoacán.

*Palabras clave:* conducta sexual de riesgo, VIH, jóvenes universitarios

### Abstract

The **objective** of this research was to correlate family dynamics (FD) with risky sexual behavior (CSR) for HIV (Human Immunodeficiency Virus), in young university students in the health area of Morelia, Mexico. FD exerts a significant influence on the behavior of young people. The CSR involves the exposure of the individual to circumstances that can cause damage to their own health or that of other people, university students represent the most vulnerable population to develop CSR and therefore acquire HIV, due to the multiple biopsychosocial changes and sexual experimentation in search of of an identity, in addition to having a greater number of partners and frequently practicing casual sexual intimacy without using a condom. **Material and Methods:** quantitative, correlational and cross-sectional study. 616 students from the DES (Higher Education Units) of the health of the Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo were surveyed. An identification card, the instruments of 1) Sexual experience, 2) Sexual behavior and 3) Intimate Activities and the Scale of Evaluation of Intrafamily Relationships (ERI) were used. **Results:** in 616 university students, a statistically significant correlation was found between family dynamics and risky sexual behavior ( $r_s = 1,000$  significant correlation  $p = .000$ ). **Conclusions:** Family dynamics is associated with CSR in university students in the health area of Morelia, Michoacán.

*Key words:* risky sexual behavior, HIV, university students

La ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA) en su informe mundial del 2019 refiere que, a nivel mundial, las personas que vivían con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Adquirida) eran 37.7 millones, lo que representó un aumento en comparación con años anteriores. Se notificaron 2.3 millones de nuevas infecciones por VIH a nivel mundial, al mismo tiempo el número de muertes por SIDA fue de 680.000 millones (ONUSIDA, 2019).

En el 2019, en Estados Unidos, a fines del 2019 aproximadamente 1.189.000 vivían con VIH de estos, 25.300 tenían el VIH sin diagnosticar, lo cual representa la cifra más alta de VIH sin diagnosticar (ONUSIDA, 2019).

Cada semana, alrededor de 5.000 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años contraen la infección por el VIH. En África subsahariana, las mujeres y las niñas representaron el 63 % del total de nuevas infecciones por el VIH en 2020; así mismo, seis de cada siete nuevas infecciones en adolescentes de entre 15 y 19 años afectan a niñas. Las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años tienen el doble de probabilidades de vivir con el VIH que los hombres. Alrededor de 4.200 adolescentes y mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años se infectaron con el VIH cada semana en 2020 (ONUSIDA, 2019).

En América latina cerca 150.000 personas murieron anualmente por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Estados Unidos de América y Canadá, juntos, tuvieron cerca de 1.3 millones de pacientes con SIDA. Estados Unidos reportó 46.000 nuevos casos de seropositivos y cerca de 21.000 personas mueren anualmente por la enfermedad. A pesar de eso, hasta el 2020 el VIH siguió figurando en las 10 principales causas de mortalidad (CENSIDA, 2020).

En México, a principios del 2021 se reportaron 14.274 <sup>casos</sup> registrados de VIH. La entidad que registró más casos acumulados es la Ciudad de México, seguido por el Estado de México, Veracruz, Jalisco y Chiapas (Secretaría de Salud, 2021).

Michoacán se ubicó en el lugar número 21 a nivel nacional con la menor incidencia de casos positivos a VIH-SIDA, derivado de las acciones permanentes de promoción y prevención, que se llevan a cabo para evitar la propagación de este padecimiento, según CENSIDA (Centro Nacional para la prevención y control de VIH/Sida) en el segundo trimestre del 2019. Los casos acumulados en Michoacán de 1985 a 2019 fueron 7 mil 817 casos personas que presentan el VIH. Morelia ocupa el primer lugar, seguido de Uruapan y Lázaro Cárdenas. Según cifras de la jurisdicción sanitaria de la Secretaría de Salud hasta el 2019 los casos de VIH registrados en Michoacán son 1.905 pacientes que reciben tratamiento gratuito (Secretaría de Salud, 2021).

La principal causa de infección para VIH sigue siendo el contacto sexual de riesgo. (Cortés, et al., 2010). La CSR considera: la experiencia sexual, las actividades íntimas y el comportamiento sexual. Las conductas sexuales de los jóvenes que de riesgo para VIH/SIDA son el inicio sexual a temprana edad, múltiples parejas y relaciones sexuales sin protección (Cocace, et al., 2005).

Jóvenes de ambos sexos, independientemente de su preferencia u orientación sexual, siguen practicando conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección por VIH, como tener relaciones sexuales con múltiples parejas se trate de parejas estables u ocasionales y el no usar condón (Chávez y Alvarez, 2016).

En un estudio que se realizó en niños cubanos de 9 a 14 años, se dio a conocer que un 14% de los niños varones expresaron haber tenido relaciones sexuales con otros niños. Otro estudio realizado en el mismo país entre adolescentes, se expuso que el 18% de los adolescentes de 15-16 años manifestaron realizar sexo oral y el 14% prácticas que implicaban el coito vaginal (Cortés, et al., 2010).

En relación con las prácticas sexuales de riesgo, en Colombia, se ha encontrado que los varones inician su vida sexual entre los 13 y 14 años en promedio y las mujeres entre los 14 y 18 años; lo contrario en un estudio situado en España referente al comportamiento sexual, se observa que un sector importante de los universitarios es conservador desde un punto de vista sexual puesto que a los 20 años, más de un tercio de hombres y más de la mitad de las mujeres todavía no han experimentado el coito (Estrada, 2017).

En un estudio sobre el uso del condón entre adolescentes heterosexuales, se encontró que los varones tienen mayor control sobre quién decide el uso del condón en la primera relación sexual (57.2% de los hombres y 41.4% de las mujeres). Se observó que es 3.5 veces más probable que los jóvenes de 18 a 19 años usen condón en la primera relación sexual que los jóvenes de 12 a 13 (Cortés, 2010).

En México, se han realizado estudios sobre conductas sexuales de riesgo, como el “Modelo motivacional para la prevención de la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes”, esta investigación se realizó en Monterrey, Nuevo León, en donde se concluyó que a mayor edad se presentan conductas sexuales de riesgo y que a menor autodeterminación los jóvenes presentan mayores conductas de riesgo (Valle, 2011)

Son alarmantes las cifras que algunas instituciones presentan con respecto al VIH en todo el mundo. La mayoría de los jóvenes contraen la infección por medio de las relaciones sexuales sin protección. Por lo anterior, es importante estudiar, la prevalencia de las enfermedades de orden sexual entre, así como también, los factores relacionados a los contextos de vida de los jóvenes al realizar una conducta sexual de riesgo.

Muchos de los jóvenes no se preocupan por la posibilidad de contraerla. Es posible que no tomen medidas para prevenirla, tales como el uso del condón durante las relaciones sexuales (CCPE, 2016), pero no solo se puede suponer que este factor de riesgo exista nada más, si analizáramos la situación que ha orillado a estos jóvenes a tomar esa decisión de realizar esa práctica sexual de riesgo, tal vez se puede deducir que uno de estos factores fuese la dinámica familiar, ya que los padres desempeñan un papel muy importante en la formación de la personalidad de las niñas y niño, así como en las decisiones que toman; pues ellos dan las pautas de comportamiento de roles o papeles, que los caracterizan y los llevan a actuar de tal o cual manera; conocer el papel que se tiene dentro de la familia y la sociedad y aprender a manejarlo es un aspecto determinante para comprender los propios sentimientos y saber cómo actuar consigo mismo y con los demás (Jaramillo, 2016).

La dinámica familiar, consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que esta funcione bien o mal como unidad (Jaramillo, 2016). El comportamiento es un aprendizaje que se obtiene en gran parte desde casa, y es en la familia en donde surgen las principales enseñanzas y aprendizajes. La familia es un núcleo compuesto por personas unidas por parentesco o relaciones de afecto. Cada sociedad suele tener uno o más tipos de organización familiar.

La definición de familia como núcleo social, compuesto por un padre, una madre y los hijos, ya no es la más frecuente, los cambios en el mundo del trabajo y la mercantilización de la vida cotidiana, así como los cambios legales y sociales en torno a la diversidad sexual han modificado y diversificado el concepto de familia en cuanto a sus formas y relaciones (Jaramillo, 2016).

Las relaciones intrafamiliares son las interconexiones que se dan entre los integrantes de la familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para enfrentar problemas, para expresar emociones, maneja las reglas de convivencia y adaptarse a las condiciones de cambio. Sin embargo, cualquier tipo de familia, es la responsable de cuidar y criar a sus integrantes pues tiene la obligación de satisfacer las necesidades de: protección, compañía, alimento y cuidado. El cumplimiento de estas necesidades genera una dinámica familiar funcional, en donde se favorece una relación estable, firme, basada en la confianza, proporcionando al individuo la autoestima, el amor paternal o maternal de sentirse protegidos para que sea un individuo capaz de tomar decisiones conscientes con respecto a su sexualidad.

Creer en familias psicológicamente funcionales, ayuda a los niños a sentirse valiosos y queridos, saben que sus sentimientos y necesidades son significativas y pueden ser expresadas, esto, favorece que, en la edad adulta, los niños forman relaciones saludables y abiertas. Sin embargo, muchas familias no pueden cubrir necesidades físicas o emocionales de los niños y la comunicación entre la familia puede limitar la expresión de las necesidades y emociones. Los infantes que se desarrollan en familias disfuncionales tienden a presentar baja autoestima y creer que sus necesidades no son importantes o que no las van a tomar en cuenta (Torres, et.al. 2015).

La dinámica familiar disfuncional, genera un abismo en la relación afectiva, en la comunicación y el respeto de los hijos e hijas con los padres. La importancia de una dinámica familiar funcional es la capacidad o fuerza que tengan sus miembros para fortalecer una autoestima que convenga a una actitud y comportamiento preventivo frente los riesgos presentes en la realidad.

Por todo lo anteriormente descrito, surge como pregunta de investigación: ¿la dinámica familiar está relacionada con la conducta sexual de riesgo para VIH en universitarios del área de la salud en Morelia, México?

El **objetivo general** de esta investigación fue: relacionar la dinámica familiar y la conducta sexual de riesgo para VIH en universitarios del área de la Salud en Morelia, México.

Los **objetivos específicos** fueron:

1. Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Identificar el nivel de CSR (Experiencia sexual, actividad sexual de riesgo y comportamiento sexual) en los Jóvenes Universitarios de las DES de Ciencias de la Salud de Morelia, México.
3. Identificar el nivel de DF en las tres dimensiones (unión expresión y dificultad) en los Jóvenes Universitarios de las DES de Ciencias de la Salud de Morelia, México.

## **Método**

Se trató de un estudio con enfoque Cuantitativo, con un alcance correlacional y un diseño transversal.

## **Participantes**

Los participantes fueron jóvenes universitarios entre 18 y 24 años, que se encontraban inscritos en las facultades incorporadas al área de la salud; la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez; Facultad de odontología; Facultad de Enfermería; Escuela de Quimicofarmacología; Facultad de Psicología y Facultad de Salud Pública y Enfermería, todas ellas, pertenecientes a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo de Morelia, Michoacán. La muestra fue no probabilística logrando, una muestra conformada por 616 jóvenes universitarios.

## **Instrumentos**

Se utilizó para la recolección de la información:

- 1) Cédula de Factores Personales: se trata de una cédula de identificación general, para identificar variables sociodemográficas y caracterizar a la población.
- 2) Evaluación de Relaciones Intrafamiliares (ERI). Es una escala autoadministrada con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo. El instrumento denominado ERI ( $\alpha=0.91$ ). Los puntajes que obtienen las personas que responden la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos (Rivera-Heredia y Andrade, 2012).
- 3) Conducta sexual de Riesgo: para medir la CSR se utilizaron tres instrumentos: Experiencia Sexual, Actividades Íntimas y Comportamiento Sexual. El objetivo del instrumento es identificar las prácticas sexuales previas que ponen en riesgo al joven para contraer ITS/VIH-SIDA.
- 4) Las opciones de respuesta pueden ser dicotómicas (Si y No) y numéricas, en donde de acuerdo a la respuesta se asigna un punto según los criterios establecidos por Ingledew y Ferguson. Puntuaciones mayores indican que el joven se ha involucrado en mayores conductas de riesgo sexual. Las respuestas son de tipo Likert y un ejemplo de reactivo es: De todas las veces que has tenido relaciones sexuales, ¿cuántas veces usaron el condón? Las opciones de respuestas varían, por ejemplo: Nunca he tenido sexo y Nunca usamos condones ( $\alpha=0.87$ ).

## **Procedimiento**

El procedimiento llevado a cabo se muestra en la tabla número uno y fue el siguiente:

**Tabla 1**  
*Descripción del procedimiento*

| Fases:                                    | Descripción:   |
|---|--|
| Fase I:<br>Planeación                     | En esta etapa se realizó un protocolo de investigación y fue sometido a revisión del comité de investigación y bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Una vez aprobado se realizó el cronograma y oficios de solicitud de permiso para la aplicación en las Facultades del área de la Salud. Se realizó el pilotaje de los instrumentos que se utilizarán, la cédula de variables sociodemográficas y los instrumentos ERI y CSR. |
| Fase II:<br>Recolección de la Información | El día programado se acudió a las diferentes Facultades del área de la Salud en horario de 8 de la mañana a 8 de la noche, para el llenado de los instrumentos a través de invitación a los grupos de estudiantes que aceptaran participar. Se les dio a firmar el consentimiento informado; los cuestionarios fueron autoaplicados y totalmente anónimos. El tiempo aproximado de respuesta fue de veinte a veinticinco minutos   |
| Fase III:<br>Finalización                 | Al terminar el llenado del instrumento se les agradeció a los participantes, resolviendo y contestando dudas que tuvieran con respecto al estudio.   |

Fuente: Elaboración propia

Se llevó a cabo la captura y el procesamiento de datos utilizando el paquete estadístico SPSS V. 21 (*Software Statical Package for the Social Sciences*). A través de la generación de una base de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial para llevar a cabo el análisis de los datos. Se acataron todos los principios, las normas y criterios éticos de anonimato y confidencialidad.

## Discusión

En lo que corresponde a variables sociodemográficas que corresponde al objetivo específico número uno, se identificó que, la edad que predominó fue 20 años. Con respecto a la Licenciatura, el 17.4% (107) de los participantes pertenecen a la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”.

Mientras que el semestre que predominó fue el primer semestre con 9.2% (180). En lo que corresponde al género, 5.4% (403) de los participantes pertenecen al género femenino. También se encontró que 4.5% (459) de los participantes viven con su familia. El estado civil que tuvo predominio en los participantes fue el de los solteros con 0.9% (560). En cuanto a la religión, la mayoría de los participantes afirmaron ser católicos con 2.5% (508).

Con respecto al objetivo específico número dos se identificó el nivel de CRS. En cuanto a la experiencia sexual de riesgo, el 69% (425) tienen riesgo y 31% (191) de la población de estudio no tiene riesgo. Se identificó la actividad sexual de riesgo en el 82.6% (509) de la población de estudio y el 17.4% (107) participantes no presentan riesgo. Con respecto al comportamiento sexual de riesgo se observó que el 67.7 % (417) de la población de estudio tiene riesgo y el 32.3 % (199) de la población de estudio no tienen riesgo.

En seguimiento con el objetivo específico número tres, se identificó el nivel de dinámica familiar (ERI) en las tres dimensiones (Unión, Expresión y Dificultad) en los Jóvenes Universitarios del área de Ciencias de la Salud de Morelia, México. La dimensión de **Unión** tuvo una media de 0.8784, la dimensión de **Expresión** mostró una media de 0.5308, y la tercera dimensión de **Dificultad**, su media fue de 3.0844. Estos puntajes nos indican que la población de estudio presenta una situación de unión y expresión familiar similar, sin embargo, la dimensión de dificultades es la que presenta variaciones entre los individuos, evidenciando que la capacidad para resolver los conflictos dentro del ambiente familiar es diversa dentro de las familias de los participantes.

Con respecto al objetivo general, se describen las tres dimensiones del instrumento ERI (Unión, Expresión y Dificultades), en correlación con los tres aspectos de la CSR (Experiencia sexual, Actividades Íntimas, Comportamiento Sexual).

La primera dimensión del instrumento ERI (Unión) en correlación con la CRS se encontró que los jóvenes con menor unión en su interacción familiar presentan mayor conducta sexual de riesgo. Se muestra en la tabla 2.

**Tabla 2**

*Correlación de CSR y Dinámica Familiar (Unión)*

| Dimensiones           | Experiencia sexual | Actividades íntimas | Comportamiento sexual | Unión (ERI) |
|-----------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|-------------|
| Experiencia sexual    | 1                  | .000                | .000                  | .071        |
| Actividades íntimas   | .000**             | 1                   | .000**                | .026        |
| Comportamiento sexual | .000**             | .000**              | 1                     | .034        |
| Unión (ERI)           | .071               | .026                | .034                  | 1           |

Fuente: Resultados del Instrumento ERI Y CSR

Identificando los niveles de Expresión como segunda dimensión del instrumento ERI, se encontró que los jóvenes con menor expresión de emociones en su interacción familiar presentan mayor conducta sexual de riesgo lo cual se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3**

*Correlación de CSR y Dinámica Familiar (Expresión)*

| Dimensiones           | Experiencia sexual | Actividades íntimas | Comportamiento sexual | Expresión (ERI) |
|-----------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|-----------------|
| Experiencia sexual    | 1                  | .000                | .000                  | .009            |
| Actividades íntimas   | .000**             | 1                   | .000**                | .149            |
| Comportamiento sexual | .000**             | .000**              | 1                     | .005            |
| Expresión (ERI)       | .009               | .149                | .005                  | 1               |

Fuente: Resultados Instrumento ERI Y CSR

Identificando los niveles de dificultad como tercera dimensión del instrumento ERI, se observó que los jóvenes con dificultades en su interacción familiar, presentan mayor conducta sexual de riesgo, lo cual se muestra en la tabla 4.

**Tabla 4**

*Correlación de CSR y Dinámica Familiar (Dificultades)*

| Dimensiones           | Experiencia sexual | Actividades íntimas | Comportamiento sexual | Dificultades (ERI) |
|-----------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|--------------------|
| Experiencia sexual    | 1                  | .000                | .000                  | .063               |
| Actividades íntimas   | .000**             | 1                   | .000**                | .853               |
| Comportamiento sexual | .000**             | .000**              | 1                     | .130               |
| Dificultades (ERI)    | .063               | .853                | .130                  | 1                  |

Fuente: Resultados del Instrumento ERI Y CSR

Con lo anterior se establece a través de la prueba estadística no paramétrica rho de Sperman, una correlación estadísticamente significativa ( $r_s=1.000$ ,  $p=0.000$ ) entre la DF (unión, expresión y dificultades) y la CSR (Experiencia sexual de riesgo, Actividades íntimas de riesgo y Comportamiento sexual de riesgo) en jóvenes de universitarios del área de la Salud de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo,

## Conclusiones

A la luz de los resultados se concluye que la Dinámica Familiar esta relacionada a una Conducta Sexual de Riesgo para VIH en los jóvenes Universitarios. Al haber encontrado relación estadísticamente significativa, se evidencia, que la dinámica de una familia influye para que los jóvenes adquieran conductas sexuales de riesgo para VIH.

La vida familiar como la comunicación, la afectividad, las pautas de crianza, la autoridad, son fundamentales para brindar seguridad y confianza necesarias para enfrentar las adversidades de la vida y desarrollar un comportamiento deseable que desemboque en conductas basadas en autocuidado y el bienestar.

En esta investigación se evidencía que los jóvenes universitarios tienen niveles de conducta sexual de riesgo elevadas. Y se demostró que la Dinámica familiar tiene correlación con la Experiencia Sexual de Riesgo, con las Actividades Intimas de Riesgo y con el Comportamiento Sexual de Riesgo. La familia se encarga de brindar ese amor necesario para la formación, es importante para la protección, estabilidad, conformación de valores, es motor y prevenir diferentes acciones, brinda orgullo, pertenencia y es fuente de satisfacciones, tristezas y alegría. También es el lugar donde los seres humanos se desarrollan y desenvuelven socialmente, se forjan estilos personales de interacción y provee las herramientas necesarias para establecer relaciones con otros individuos. La familia, es pues, quien se encarga de socializar al individuo y fomentar el sano desarrollo de su identidad. Desde el núcleo de la familia, el amor es el arma más poderosa para hacer y generar adultos sanos y conscientes para crear un mundo mejor.

## **Sugerencias y Limitaciones**

Crear talleres para padres e hijos y generar intervenciones para fortalecer vínculos afectivos entre ellos que favorezcan la dinámica familiar ya que la educación principalmente inicia en casa, que deben brindar a sus hijos cariño, amor y comprensión, que deben escuchar a sus hijos ante situaciones por las que quizá estén pasando, no dejarlos solos, hacerse notar, los hijos deben saber que sus padres están con ellos.

Una de las limitaciones en este trabajo sigue siendo el prejuicio al enfrentarse a la sexualidad y todo lo que se refiera a ella ya que más de un estudiante se negó a participar en el proyecto una vez explicado el tema a tratar, pese a hacerles saber del consentimiento informado negaron rotundamente su participación en la investigación.

## **Referencias**

CENSIDA. (2020). Centro nacional para la prevención y control del VIH/SIDA. Recuperado de: <https://www.gob.mx/censida/articulos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida?idiom=es>

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CCPE), el VIH en los Jóvenes, actualización 31 de octubre del 2016. Extraído de:

<https://www.cdc.gov/hiv/spanish/group/age/youth/index.html>

Cocace, A., Casares, F. y Font, G. (2005). Evaluación de comportamientos sexuales de riesgo en una población universitaria de la Provincia de Buenos Aires. *Archivos de medicina familiar y general*, 1(3).

Cortés, A., Sordo, M y Cumbá, C. (2010). Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de ciudad de La Habana, 1995-1996. *Rev. Cubana Hig Epidemiol* 2000; 38(1), 53-9.

Chávez, M. Y Álvarez, J. (2016). Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. *Psicología y Salud*, 22(1), 89-98.

Estrada, J. (2017). *La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/SIDA* (tesis de doctoral). Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2007000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100008)

Jaramillo, J. (2016). La funcionalidad familiar y su incidencia en el desarrollo socioafectivo de las niñas y niños de primer grado de educación general básica de la escuela “Zoila Alvarado de Jaramillo” de la ciudad de Loja. Universidad Nacional de Loja, Ecuador. Recuperado de:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11739/1/TESIS%20JHENNY%2018%20DE%20FEBRERO%202016.pdf>

ONUSIDA. (2019). Programa de naciones unidas de lucha contra el Sida. Recuperado de:

<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/unaid-data>

Rivera Heredia ME. Andrade Palos A. Uaricha. Evaluación de relaciones Intrafamiliares. 12 (12): 2012

Valle, M.O. (2011). *Modelo motivacional para la prevención de la conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes* (Tesis de Posgrado). Junio 2011. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León.

Secretaría de Salud Michoacán (2021). Michoacán, décimo en casos de VIH/SIDA, 21 de noviembre 2021, de Quadratín Sitio web: <https://salud.michoacan.gob.mx/escala-michoacan-al-lugar-21-a-nivel-nacional-con-menos-casos-de-vih-sida-ssm/>

Torres L. E., Reyes, A. G., Ortega P. y Garduño A. 2015. Dinámica familiar: formación de identidad e integración sociocultural. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29242798008.pdf>



## Contraposición de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes

### Counterposition of risky eating behaviors in adolescents

Vanesa Jiménez Arroyo<sup>1</sup>, Ma. de Jesús Ruiz-Recéndiz<sup>2</sup>,  
Mayra Itzel Huerta Baltazar<sup>3</sup>, Brenda Martínez Ávila<sup>4</sup>  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 15/Marzo/2022

Aceptado: 15/12/2022

### Resumen

**Introducción:** Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) es uno de los temas principales de atención en la población adolescente en virtud de que en esta etapa los modelos conductuales son observados y adquiridos a partir del grupo de amigos quedando excluida la configuración del patrón alimentario adquirido durante la infancia por la familia. **Objetivo:** Determinar las conductas alimentarias de riesgo para la salud que llevan los adolescentes de nivel escolar medio superior de área rural en Morelia, Michoacán; México. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, participaron 46 adolescentes mujeres y hombres de 13 a 15 años de una secundaria de área rural. La información se recuperó a partir del instrumento llamado conductas alimentarias de riesgo de malnutrición por exceso (CARME) elaborada por Carrasco, Pérez Villalobos y Cruzat Mandich, en 2020. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva en el programa SPSS, versión 22, y fue necesario integrar el análisis cualitativo por ser un método que permitió comprender los significados al observar, escuchar y comprender las conductas de las adolescentes en torno a la alimentación, lo cual se llevó a cabo a partir de entrevistas estructuradas a un grupo focal de 12 adolescentes seleccionadas con muestreo de bola de nieve para identificar las conductas específicas de falta de consumo de alimentos esto, una vez que se obtuvieron los datos cuantitativos.

---

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 Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México, [madejesus.ruiz@umich.mx](mailto:madejesus.ruiz@umich.mx) Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México,

<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 de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia México, [brenda.martinez@umich.mx](mailto:brenda.martinez@umich.mx)

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

**Resultados:** Existe una contraposición de variables predisponentes para el desarrollo de enfermedades en adolescentes, destacándose las conductas de riesgo por exceso calórico en varones, y las conductas de riesgo de exceso por deficiencia calórica y nutricional en las mujeres. **Conclusiones:** La información cualitativa evidenció la popularidad entre las adolescentes de llevar a cabo dietas “efectivas, discretas, económicas e imperceptibles para las personas” como lo es la dieta de la “Bella durmiente o dieta de la almohada” la cual, se generó durante la etapa de confinamiento derivada del Covid 19.

*Palabras clave:* Conductas, riesgo, adolescentes, alimentación.

## Abstract

**Introduction:** Risk eating behaviors (CAR) is one of the main issues of attention in the adolescent population by virtue of the fact that at this stage behavioral models are observed and acquired from the group of friends, excluding the configuration of the eating pattern acquired during childhood by the family. **Objective:** To determine the eating behaviors of risk to health carried out by adolescents of upper secondary school level of rural area in Morelia, Michoacan; Mexico. **Methodology:** Quantitative, descriptive, and cross-sectional study involved 46 female and male adolescents aged 13 to 15 years from a secondary school in rural areas. The information was retrieved from the instrument called eating behaviors at risk of malnutrition due to excess (CARME) prepared by Carrasco Marin, Pérez Villalobos, and Cruzat Mandich in 2020. It is made up of four factors: response to food, uncontrolled eating, consumption of highly caloric foods and emotional eating. The analysis was carried out through descriptive statistical analysis in SPSS program, version 22 and it was necessary to integrate the qualitative analysis because it was a method that allowed to understand the meanings when observing, listening and understanding the behaviors of adolescents around food which was carried out from structured interviews to a focus group of 12 adolescents selected with snowball sampling to identify the specific behaviors of lack of food consumption this, once the quantitative data were obtained. **Results:** There is a contrast of predisposing variables for the development of diseases in adolescents, highlighting the risk behaviors for caloric excess in men and the risk behaviors of excess due to caloric and nutritional deficiency in women. **Conclusions:** The qualitative information evidenced the popularity among adolescents of carrying out “effective, discreet, economical and imperceptible to people” diets such as the “Sleeping Beauty or Pillow Die” which was generated during the confinement stage derived from Covid 19.

*Key words:* Behaviors, risk, adolescents, feeding.

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) también llamados trastornos de la Conducta Alimentaria (TAC) son afecciones psicopatológicas complejas que suponen (Gayou, 2014), severas modificaciones en las actitudes y conductas relacionadas con la ingestión de alimentos, en respuesta a distorsiones perceptivas. Constituyen un problema de salud pública a nivel internacional.

La alimentación, constituye una práctica indispensable para el desarrollo estructural y funcional del cuerpo con lo cual, se puede favorecer el mantenimiento de la vida y el desarrollo favorable de las actividades diarias de las personas. Es necesario destacar que en la adolescencia se adquieren, reiteran o fortalecen los compartimientos alimentarios resultado de las prácticas habituales de consumo en el contexto familiar, con los amigos, familiares y actualmente derivados de la influencia de los medios de comunicación electrónicos y particularmente virtuales. Por lo anterior, las prácticas relacionadas con la alimentación en los adolescentes han retomado una importancia significativa considerando que el contexto sociocultural se encuentra importantemente saturado de imágenes y modelos que inciden en la modificación y/o adquisición de conductas excesivas de alimentación (aumento o disminución) ya sea por características, frecuencia y/o cantidades de consumo o modelos sociales.

Existe una tendencia a lo no saludable en el argor grupal de los adolescentes que consiste en el incremento de bebidas gaseosas, meriendas, comidas, rapidas y azúcares y disminución del consumo de verduras, leche y leguminosas por mencionar algunos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó a la obesidad como la epidemia del siglo XXI. Según un reciente trabajo de esta Organización, en colaboración con el Imperial College de Londres, el número de niños y adolescentes (Abarca, 2017), de 5 a 19 años que presentan obesidad se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios en el mundo.

A nivel nacional, (ENSANUT, 2012), se observa que el sobrepeso se encuentra por debajo de la media con una diferencia porcentual de 20.7%; en obesidad se encuentra una mínima diferencia por debajo de la media. En el grupo de 12 a 19 años, se observó una prevalencia de sobrepeso y obesidad mayor para los hombres (35.4%) en comparación con las mujeres (29.7%).

El 72.1% de los adolescentes (Lopez, 2008), están en riesgo de padecer obesidad según la encuesta, debido a una mala alimentación y sedentarismo. La trascendencia de esta enfermedad reside en un incremento casi paralelo en la morbi-mortalidad por diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular y algunos tipos de cáncer.

Además, existe una alta prevalencia de obesidad en la población mexicana con vulnerabilidad social y parece alcanzar al resto de la población de forma rápida, pero con importantes desventajas estructurales. La mayoría de los casos de sobrepeso en adolescentes son consecuencia de la falta de actividad física y de consumir más calorías de las que se necesitan para el nivel de actividad. El sobrepeso es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, tales como; las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en el año 2012, (OMS, 2021), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).

A la par de la condición anterior, en algunos adolescentes se llega a presentar la idea obsesiva e incluso compulsiva por bajar de peso lo cual, se ve reflejado en diversas investigaciones (Vaquero, 2013), que con mayor frecuencia se presenta en el grupo femenino derivado de la imagen corporal la cuál, es determinada por diferentes aspectos de índole sociocultural, biológico y ambiental principalmente.

Lo antecedente es referido (Muñoz, 2014), desde tiempos remotos ya que la cognación de la belleza física se ha configurado en el sexo femenino como una condición particular de este género desvirtuando la capacidad intelectual. Sin embargo, los cánones de belleza se configuran a lo largo del tiempo y en el siglo XX se ha evidenciado de manera muy importante la idea de mantener cuerpos esbeltos derivada de la presión social y estereotipos observados y asumidos desde diferentes escenarios donde se representan.

El constructo de la imagen corporal obedece a la percepción que se tiene de la figura corporal, la experiencia observada respecto a las actitudes de las personas en torno al tema, los pensamientos, sentimientos y valoraciones que se construyen, refirman y asumen de tal manera, que se configuran en conductas que pueden ser riesgosas para su vida y su salud tales como conductas de evitación de consumo de alimentos.

La selección de la cantidad, calidad y forma de preparación de los alimentos que consume el sujeto, son parte fundamental de los hábitos alimenticios y de igual manera, juega un papel determinante el tipo de alimentos que ingiere y la forma en la que los ingiere o combina, la hora del consumo de estos, el lugar donde se consumen, el lugar donde se preparan y la manera en la cual fueron adquiridos.

Como fundamento principal de la educación se encuentran los hábitos alimenticios, ya que posibilitan la adquisición de conductas saludables en los niños, brindando herramientas de prevención para conductas de riesgo asociadas a trastornos de conducta alimentaria (TCA) o de enfermedades producidas por déficit nutricional lo que desencadena un impacto en la aparición de problemáticas mentales o de índole psicológico.

Durante el periodo de la adolescencia se presentan distintos factores situacionales y personales que impactan sobre los hábitos o comportamientos alimentarios propios. Se ha encontrado (Borda, 2016), que la distorsión de la imagen corporal en los adolescentes tiene un fuerte impacto sobre su alimentación y su estado nutricional, porque conlleva a malnutrición por carencia o por exceso. Las conductas mayormente observadas y referidas por las adolescentes a fin de mantener el cuerpo esbelto son el ayuno, vomitos autoinducidos, uso de laxantes y diuréticos así como ejecutar dietas sin supervisión lo cual potencia el riesgo.

En la actualidad ha emergido (Stice, 2010), como moda en las adolescentes la dieta de la “Bella durmiente” aparentemente inofensiva y esta adquiriendo popularidad en las jóvenes como grupo particularmente vulnerable sensible a las presiones culturales relacionadas con la imagen corporal. Derivado de las conductas anteriormente descritas, se establecen círculos viciosos y modelos conductuales entre los grupos lo cual incrementa el riesgo de bulimia y anorexia que pueden desencadenar episodios fatales en las adolescentes si no se identifican oportunamente estas conductas. En relación con la situación expuesta es que el objetivo de la investigación fue determinar las conductas alimentarias de riesgo para la salud que llevan adolescentes de nivel escolar medio superior de área rural en Morelia, Michoacan; México.

## **MÉTODO**

### **Tipo, enfoque y alcance de investigación**

El estudio se llevo a cabo con enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal.

### **Participantes**

El estudio se realizo con 46 adolescentes mujeres y hombres de 13 a 15 años de una secundaria de área rural, 23 hombres y 23 mujeres. En el grupo focal se tuvo la participación de 12 mujeres adolescentes. El muestreo fue Aleatorio simple calculado con Survey Monkey.

Los criterios de inclusión de los estudiantes fue que tuvieran de 13 a 15 años, hombres y mujeres que cursaban del 1o al 3er grado de secundaria en el turno matutino, que desearán participar y que sus padres autorizarán la participación.

Respecto a los criterios de exclusión se consideraron a las adolescentes que se encontrar en proceso de gestación.

Para los criterios de eliminación se consideraron todos aquellos estudiantes que no se encontraran presentes al momento de la aplicación del instrumento de colecta de datos, instrumentos incompletos de información y aquellos estudiantes o padres de estos que no permitieron la participación para el presente estudio.

### **Instrumentos**

La información se recuperó a partir del instrumento llamado conductas alimentarias de riesgo de malnutrición por exceso (CARME) elaborada por Carrasco Marin, Pérez Villalobos y Cruzat Mandich en 2020.

El instrumento señalado esta conformado por 4 factores que corresponden a las respuestas frente a los alimentos conformado por los ítems 14, 15, 17, 21, 23, 26, 30, 31, 34, 37 y 38. En el factor I se determina la susceptibilidad a consumir alimentos apetecibles en contextos habituales, la consistencia interna de la escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de  $\alpha = 0.87$ , con correlaciones entre los ítems y el total corregido con valores de  $r = 0.46$  (ítem 26) a  $r = 0.67$  (ítem 40).

Los ítems 2, 4, 5, 8, 9, 16, 27, 28, 29, 33 y 35 corresponden al factor II y aluden a la perdida de control en la ingesta de comida motivada por placer de consume o por estímulos externos. Su confiabilidad fue de  $\alpha = 0.86$ , con correlaciones entre los ítems y el total corregido que oscilaban entre  $r = 0.37$  (ítem 7) y  $r = 0.65$  (ítem 30).

En el factor II se evalúa la tendencia a consumir alimentos con excesivo aporte calórico y está determinado por los ítems 6, 7, 10, 12, 13, 19, 22 y 25. Su confiabilidad fue de  $\alpha = 0,74$ , mostrando correlaciones entre los ítems y el total corregido desde  $r = 0.33$  (ítem 9) hasta  $r = 0.57$  (ítem 8). Y, por último, el factor IV se refiere a la autorregulación de emociones a través de los alimentos y está constituida en los ítems 1, 3, 11, 18, 20, 24, 32 y 36. Su confiabilidad fue de  $\alpha = 0.64$ , con correlaciones entre los ítems y el total corregido de  $r = 0.21$  (ítem 1) a  $r = 0.50$  (ítem 20).

### **Procedimiento**

Este estudio se realizó en cuatro etapas:

**Primera etapa.** El procedimiento llevado a cabo fue solicitar el consentimiento informado verbal y escrito por parte de los padres y/o tutores de los y las adolescentes, así mismo se solicitó el asentimiento informado a los participantes y solo cuando ambas partes aceptaron participar se llevó a cabo la colecta de datos a partir de que los adolescentes contestaron la encuesta y posteriormente, se llevó a cabo la medición antropométrica e IMC.

**Segunda etapa.** Al someter a análisis la información en el programa estadístico SPSS v. 20 se identificaron dos variables predispositorias de riesgo para la salud en los adolescentes donde un dato en particular generó la necesidad de realizar una indagación más profunda de una de las variables predispositorias de riesgo que fue la evitación de consumo de alimentos en un grupo de adolescentes femeninas.

**Tercera etapa.** Se llevó a cabo una exploración cualitativa, fenomenológica a partir de muestreo por bola de nieve donde se conformó un grupo focal de 12 participantes a las cuales, se les realizaron entrevistas en un periodo de tiempo de dos veces a la semana por dos semanas con duración aproximada de dos horas con el objetivo de obtener información respecto a la estructura ideológica de comportamiento alimentario compartido de las adolescentes en cuanto a la idea de evitación de consumo de alimentos y seguir una dieta. (Martínez, 2011).

**Cuarta etapa.** El análisis de datos se llevó a cabo en dos momentos metodológicos.

***Primer momento metodológico.*** Se realizó la descripción de la información respecto a las conductas alimentarias de riesgo para exponer los factores mas sobresalientes a partir de la información de estadística descriptiva.

***Para el segundo momento metodológico.*** Se realizó el análisis de datos cualitativos con muestreo por bola de nieve con un grupo focal de 12 adolescentes femeninas, se realizó la descripción de codificación abierta etiquetando los códigos y agrupándolos de acuerdo a las categorías y posteriormente, se realizó el ordenamiento conceptual con la codificación axial ilustrando las categorías y subcategorías de las entrevistas con esquema teórico para seleccionar la categoría central.

### **Consideraciones ético - legales**

Para salvaguardar la seguridad de los participantes de esta investigación, se realizó con estricto apego al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Cámara de Diputados, 2014), que establece los aspectos éticos que garantizan la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a esta investigación; además también se aplicó la guía los tratados internacionales del Informe de Belmont (Departamento de Salud, Educación y Bienestar, 1978) el cual considera los principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación y la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2103). Este contiene una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables, considerándose los principios bioéticos de beneficencia, autonomía y justicia, así como la autodeterminación, privacidad, anonimato y confidencialidad de los participantes.

Se informó a las participantes y sus padres y/o tutores sobre la investigación, para lo cual se contó con el consentimiento informado de los padres y/o tutores de los adolescentes y asentimiento por escrito y firmado de los participantes.

### **Análisis estadístico**

Se dio inicio la colecta de información y para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v. 17 para realizar la base de datos y consecuentemente el análisis de esta; fue necesario integrar en esta base de datos las mediciones de peso y talla así como índice de masa corporal (IMC) realizada a los adolescentes. OMS (2020).

Una vez que se llevó a cabo la sistematización de información, al observar dos variables en contra posición respecto a sobrepeso en adolescentes varones y bajo peso en mujeres adolescentes es que se hizo necesario fortalecer los datos estadísticos con información cualitativa respecto a las conductas alimentarias en las mujeres adolescentes identificadas y por ello, se realizaron entrevistas a un grupo focal de adolescentes a través de muestreo por bola de nieve para fortalecer la evidencia de los resultados obteniendo respecto a los motivadores que tienen las jóvenes para llevar a cabo la evitación del consumo de alimentos.

### **Resultados**

Se identificó que la población adolescente masculina tiene mayor riesgo de enfermedades crónico-degenerativas como diabetes y/o hipertensión arterial derivada de sobrepeso y obesidad. En tanto, las mujeres adolescentes inician conductas de riesgo para su salud derivadas de la falta calórica y nutricional de alimentos que pueden provocar anorexia y bulimia.

Los datos sociodemográficos de los participantes reflejaron que el 50% son de 13 años, seguidos de los de 14 años con un 34.8% y por último los de 15 años con 15.2% , mientras que la media de edad de los estudiantes fue de 13.65 (DE=.74), con rangos de 13 a 15 años (tabla 1). En cuanto al sexo, 50% fueron mujeres y 50% fueron hombres (tabla 2).

**Tabla 1**

*Edad de los participantes*

| Edad      | Frecuencia | Porcentaje  |
|-----------|------------|-------------|
| <b>13</b> | <b>23</b>  | <b>50.0</b> |
| 14        | 16         | 34.8        |
| 15        | 7          | 15.2        |
| Total     | 46         | 100.0       |

*Nota:* Encuesta aplicada a adolescentes de secundaria a través del instrumento “Conductas alimentarias de riesgo por exceso en adolescentes” (Carrasco, 2020).

**Tabla 2**

*Género de los participantes*

| Género    | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Femenino  | 23         | 50.0       |
| Masculine | 23         | 50.0       |
| Total     | 46         | 100.0      |

*Nota:* Encuesta aplicada a adolescentes de secundaria a través del instrumento “Conductas alimentarias de riesgo por exceso en adolescentes” (Carrasco, 2020).

En cuanto al peso, el rango de 50 a 69.90 kgs fue de 52.2% de los adolescentes, seguidos por los participantes de 35.80 a 49.90 kgs y, por último, 17.4% tuvieron de 70.00 a 85.80 kgs (tabla 3); mientras que 65% se encontraban en el estándar de edad de 1.55 mts a 1.65 metros (tabla 4).

**Tabla 3**

*Peso de los participantes*

| Peso (kg)       | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| 35.800 - 49.900 | 14         | 30.4       |
| 50.000 - 69.900 | 24         | 52.2       |
| 70.000 - 85.800 | 8          | 17.4       |
| Total           | 46         | 100.0      |

*Nota:* Encuesta aplicada a adolescentes de secundaria a través del instrumento “Conductas alimentarias de riesgo por exceso en adolescentes” (Carrasco, 2020).

**Tabla 4**

*Talla de los participantes*

| Peso (kg)  | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| 3143 – 154 | 8          | 17.4       |
| 155 – 165  | 30         | 65.2       |
| 166 – 176  | 8          | 17.4       |
| Total      | 46         | 100.0      |

*Nota:* Encuesta aplicada a adolescentes de secundaria a través del instrumento “Conductas alimentarias de riesgo por exceso en adolescentes” (Carrasco, 2020).

Respecto al Índice de Masa Corporal, se encontró que 30.4% de los adolescentes presentan obesidad, seguidos de los de peso normal que fueron el 28.3%, el grupo de peso bajo con 12 participantes correspondieron a 26.1% y, finalmente, 15.2% de los participantes presentaron sobrepeso.

**Tabla 4***IMC de los participantes*

| IMC             | Frecuencia | Porcentaje  |
|-----------------|------------|-------------|
| Peso bajo       | 12         | 26.1        |
| Normal          | 113        | 28.3        |
| Sobrepeso       | 7          | 15.2        |
| <b>Obesidad</b> | <b>14</b>  | <b>30.4</b> |
| Total           | 46         | 100.0       |

*Nota:* Encuesta aplicada a adolescentes de secundaria a través del instrumento “Conductas alimentarias de riesgo por exceso en adolescentes” (Carrasco, 2020).

Respecto a los componentes de las conductas alimentarias se obtuvo que prevalece la respuesta de consumo de aquellos alimentos con mayores propiedades organolépticas apetecibles en contextos habituales, destacándose los alimentos con alto contenido calorico que se venden en los centros escolares.

En lo concerniente a la alimentación sin control el 80.44% de los participantes expresaron nunca consumir los alimentos de manera apresurada y en la autorregulación de consumo de alimentos refieren consumir los alimentos en su totalidad el 89.13% de los participantes y se destaca el estado emocional de los adolescentes al referir que cuando están tristes evitan el consumo de alimentos en el 67.39% de los casos.

Cabe hacer mención que el grupo de adolescentes varones se encuentran en sobrepeso y obesidad mientras que el grupo de mujeres adolescentes (12 participantes) fue identificado con peso bajo por lo que respecto a la indagación cualitativa con muestreo por bola de nieve con este grupo focal se reflejo que las influencias contextuales son derivadas principalmente de los medios de comunicación electrónicos y básicamente virtuales para asumir modelos conductas de riesgo al ejercitar dietas de moda.

Las participantes refirieron que durante el confinamiento derivado de la pandemia tuvieron mas tiempo y oportunidad de explorar las redes sociales en donde una de las adolescentes encontró una dieta en internet llamada la “Bella durmiente o dieta de la almohada” y de esta manera en socialización con las amigas conformaron este modelo con la finalidad principalmente de mantenerse esbeltas y poder vestir sus “blusas ombligueras” asi como “para gustarles mas a los chicos” [verbalizaciones de las participantes].

## **Discusión**

Para cumplir con el objetivo de determinar las conductas alimentarias de riesgo para la salud que llevan adolescentes de nivel escolar medio superior de área rural, los resultados coinciden con el estudio denominado “Obesidad en adolescentes y criterios para el desarrollo de síndrome metabólico” realizado por Ávila – Alpírez en el año 2018 de la Universidad de Tamaulipas, ya que los problemas de sobrepeso y obesidad pueden producir diversas complicaciones como lo son las cardiovasculares y son un factor de riesgo para el desarrollo de síndrome metabólico (SM) en los adolescentes. Por lo que esta etapa, representa una oportunidad para fomentar hábitos saludables a fin de favorecer la salud evitando el desarrollo de enfermedades crónico – degenerativas a corto, mediano o largo plazo.

En lo que respecta a conductas alimenticias de acuerdo al género, el presente estudio difiere con lo indagado por Ramírez Díaz en el año 2020, que identificó en su investigación titulada “Conductas alimentarias de riesgo y su asociación con el exceso de peso en adolescentes del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca”, que la población varonil presentó un alto riesgo de conductas alimentarias de riesgo (CAR) y fue mas prevalente esta conducta de exceso calórico en las mujeres a diferencia de los resultados del presente estudio ya que se reflejó que esta condición fue mas representativa en el grupo varonil por lo que los contextos socioculturales influyen en las conductas alimenticias de acuerdo a género.

Derivado de lo antecedente, es necesario señalar que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en las mujeres suele representarse con trastornos psicológicos como la anorexia y bulimia nerviosa, por lo que este estudio, de igual forma, coincide con lo señalado por Moreno (2019) en su investigación titulada “Imagen corporal y autoestima en adolescentes” donde identificó una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios en las mujeres relativos a la insatisfacción con la imagen corporal observando que las mujeres presentan mayor preocupación por engordar motivo que fue externado de igual manera por las participantes del presente estudio.

Así mismo, el estudio de “Evaluación del riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes” realizado por Noriega-Riande (2017) señala que al igual que lo reportado anteriormente, se observó que la prevalencia de CAR se presenta principalmente en el sexo femenino siendo la preocupación por engordar la conducta de mayor prevalencia.

Por su parte, Guadarrama (2011) en su investigación respecto a los “Factores de riesgo de anorexia y bulimia en estudiantes de preparatoria: Un análisis por sexo, “señalo que de la muestra estudiada los síntomas de trastorno alimentario que predomino fue la anorexia siendo mayor en las mujeres”. Los resultados permitieron concluir que los adolescentes de zonas externas a las grandes urbes pudieran ser propensos a desarrollar este tipo de trastornos, siendo las mujeres el grupo más afectado.

Lo anterior, puede suponerse es derivado de la condición socioeconómica que generalmente priva en el escenario rural, sin embargo, en el presente estudio se deja ver que la estructura socio económica de esta área no es la causa de consumo insuficiente de alimentos en las mujeres adolescentes.

La explicación que ofrece Alvarez, (2003), para que la mujer siga siendo más proclive a sufrir anorexia o bulimia es precisamente resultado de la presión social a la cual ha sido sometida; en la mayoría de los casos, se le ha educado dentro de un contexto en el que para ser aceptada debe ser delgada.

Por lo anterior, el estudio “Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006 – 2018” realizado por Villalobos (2020), concluye que las CAR son un problema de trascendencia en el desarrollo y crecimiento de los y las adolescentes por lo que se requieren de estrategias de prevención.

De acuerdo a lo antecedente, la ocurrencia creciente de sobrepeso, obesidad, así como bajo peso derivan en riesgo para la salud de los adolescentes por lo que esta temática requiere ser estudiada desde la óptica social a fin de identificar oportunamente los contextos de desarrollo de conductas alimentarias desfavorables para la salud diferenciada por género así como área geográfica que permitan instrumentar programas de prevención y atención oportuna.

## **Conclusiones**

Existe una contraposición de variables predisponentes para el desarrollo de enfermedades en adolescentes, destacándose las conductas de riesgo por exceso calórico en varones, lo que predispone a complicaciones como lo son las cardiovasculares y representan un factor de riesgo para el desarrollo de síndrome metabólico; por otro lado, existen conductas de riesgo de exceso por deficiencia calórica y nutricional en las mujeres lo cual se puede configurar en riesgo de sufrir anorexia y/o bulimia.

Para profundizar en las conductas alimentarias de los adolescentes se requiere valorar los significados que los jóvenes le atribuyen a la alimentación, así como los modelos contextuales que incentivan dichas conductas.

La información cualitativa evidenció la popularidad entre las adolescentes de llevar a cabo dietas “efectivas, discretas, económicas e imperceptibles para las personas” como lo es la dieta de la “Bella durmiente o dieta de la almohada”, la cual se generó durante la etapa de confinamiento derivada por Covid 19 donde refieren haber navegado por internet y en este espacio haber encontrado esta modalidad de dieta que se inició en casa durante este periodo, dada la practicidad y falta de compromiso para realizar actividades como levantarse para ir a la escuela; ello permitió y permite la adopción de esta conducta de dormir mas horas de lo normal como estrategia de dieta para evitar comer y así bajar de peso, que suele pasar desapercibida para la familia.

Por otro lado, la idea de imagen corporal saludable la asociaron los adolescentes a la necesidad de poder lucir la ropa de moda, a la vez que les permite sentirse más cómodas con sus cuerpos esbeltos; asumiendo mayores posibilidades para ser “más populares” en la escuela y gustarle a “los muchachos” [verbalizaciones de las participantes].

Lo antecedente permitió identificar estas conductas de riesgo por exceso calórico y deficiencia; en ambos casos requieren intervenciones específicas para cada grupo poblacional a fin de favorecer el cambio de conductas saludables de manera informada, responsable y acompañada con un equipo interdisciplinario de la salud; a la vez de que resulta importante realizar orientación a los padres a fin de que sean agentes activos de cuidado dependiente de sus hijos adolescentes y detectar oportunamente la variabilidad en los ciclos, intensidad y duración de sueño ya que el inicio suele ser imperceptible confundiendo esta conducta con las necesidades propias de crecimiento y desarrollo de los adolescentes. Sin embargo, ésta es la primera señal que puede generar conductas más radicales como es el consumir somníferos u otros y con ello desencadenar condiciones de anorexia y bulimia. A la par de lo anterior, es necesario implementar acciones en los varones jóvenes que presentan sobrepeso y obesidad, ya que esta condición puede generar episodios fulminantes como lo es en la actualidad los infartos o diabetes juvenil por mencionar sólo algunos.

## Declaración de conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflicto de interés con respecto a la publicación de este artículo.

## Referencias

- Álvarez, R. G., Franco, P. K., Mancilla, D. y Vázquez, A.R. (2002). *Factores cognitivo-conductuales asociados a sintomatología de trastorno alimentario en una muestra de estudiantes mexicanas*. En L. E. Aragón y A. Silva (Comps.): Evaluación psicológica en el área clínica (pp. 175-191). México: Pax.
- Abarca-Gómez, L., Abdeen, ZA, Hamid, ZA, Abu-Rmeileh, NM, Acosta-Cazares, B., Acuin, C. (2017) Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128-9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 390, 2627-42. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)
- Villalobos, A., Unikel, C., Hernández-Serrato, M.I., Bojorquez, I. (2020). Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Revista Salud Publica de México*, 62(6),734-744. <https://doi.org/10.21149/11545>
- Asociación Médica Mundial. (2017). *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Ávila-Alpirez, H., Gutiérrez-Sánchez, G., Guerra-Ordoñez, J., Ruiz-Cerino, J. y Martínez-Aguilar, M. (2018). Obesidad en adolescentes y criterios para el desarrollo de síndrome metabólico. *Enfermería universitaria*, 15(4): 352-360. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.534>
- Borda, M., Santos, M. A., Martínez, H., Meriño, E., Sánchez, J., Solano, E. (2016). Percepción de la imagen corporal y su relación con el estado nutricional y emocional en escolares de 10 a 13 años de tres escuelas de Barranquillas. *Salud Uninorte*; 32(3): 472-482. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81750089010.pdf>

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Carrasco-Marín, F., Pérez-Villalobos, C. y Cruzat-Mandich, C. (2020). Cuestionario para medir conductas alimentarias de riesgo por malnutrición en adolescentes. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 37(1); 37- 45. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02666>
- Gayou-Esteva, U., Ribeiro-Toral, R. (2014). *Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5, 115-123. <https://www.redalyc.org/pdf/4257/425741622006.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública (ENSANUT). (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- López, A.MG., & Rodríguez, C.M. (2008). *Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad: Perspectiva de México en el contexto mundial*. *Bol. Med. Hosp. Infan. Mex*, 65(6), 421-430. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000600003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600003)
- Martinez, M. M. (2011). *Ciencia y arte en la metodología Cualitativa*. Trillas.
- Moreno, M. G, y Ortiz, G. R. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200004>
- Muñoz, A.M. (2014). *La imagen corporal en la sociedad del siglo XXI Título profesional*. [Tesis de Licenciatura, Universitat Internacional de Catalunya]. <https://bit.ly/3VrUCWV>
- Noriega, G. L., Rosas, T. J., Barranca, A., Carmona, Y. P., Arjona, J. L. y Palmeros, C. (2017). Evaluación del riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Revista Electrónica de la Coordinación Universitaria de Observatorios de la Universidad Veracruzana*, 1(2), 17-21. <https://www.uv.mx/uvserva/destacadas/evaluacion-del-riesgo-para-el-desarrollo-de-conductas-alimentarias-de-riesgo-en-adolescentes/>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Índice de masa corporal (IMC). Tabla de la OMS para IMC para hombres y mujeres*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ramírez, M.P., Luna, J.F. y Velázquez, D.D., (2021). Conductas Alimentarias de Riesgo y su asociación con el exceso de peso en adolescentes del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca: un estudio transversal. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(2), 246 – 255. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.25.2.1170>
- Stice E., Ng, J. y Shaw. H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 51 (4), 518-25. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M. y López-Miñarro, P. (2013). Imagen corporal: Revisión sistemática. *Nutrición hospitalaria*; 28(1): 27-35. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>



## Riesgo académico, síntomas depresivos y recursos psicológicos en estudiantes universitarios: un análisis de género

Academic risk, depressive symptoms and psychological resources in university students: a gender analysis

María Elena Rivera-Heredia<sup>1</sup>, Ma. Del Rocío Figueroa-Varela<sup>2</sup>, Claudia López-Becerra<sup>3</sup>, María Magdalena Lozano-Zúñiga<sup>4</sup>.

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad Autónoma de Nayarit y Universidad Pedagógica Nacional, Campus Ajusco, México.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 03/06/2022

Aceptado: 19/11/2022

### Resumen

**Introducción:** Estudiar en la universidad conlleva múltiples retos, como la adaptación, el desempeño satisfactorio y el mantener una trayectoria que permita concluir exitosamente el programa académico elegido, ante lo cual las y los estudiantes universitarios presentan diversos factores de riesgo y protección. **Objetivo:** La presente investigación tiene como objetivo contrastar los factores de riesgo académico y de salud mental, así como los recursos psicológicos entre las mujeres y los hombres que estudian en la universidad en México. **Metodología:** enfoque cuantitativo, transversal y comparativo. En total fueron 2460 estudiantes universitarios. Se aplicó una lista de chequeo de factores de riesgo académico, escalas de recursos psicológicos, escala de sintomatología depresiva CESD y de conductas problema. **Resultados:** Los principales hallazgos muestran que las mujeres en mayor porcentaje que los hombres tienen actividades de cuidado a otros estudian en la universidad, aunque tengan hijos, y viven con su familia en la misma ciudad.

---

Correspondencia remitir a: Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Autónoma de Nayarit, Nayarit, México. [marofiva@hotmail.com](mailto:marofiva@hotmail.com)

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

<sup>2</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Autónoma de Nayarit, Nayarit, México. [marofiva@hotmail.com](mailto:marofiva@hotmail.com)

<sup>3</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Pedagógica Nacional, Campus Ajusco, Ciudad de México, México. [claudialo64@yahoo.com.mx](mailto:claudialo64@yahoo.com.mx)

<sup>4</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería, Michoacán, México. [maria.lozano@umich.mx](mailto:maria.lozano@umich.mx)

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

En contraste, una mayor proporción de ellos tienen dificultades de tipo económico y amoroso, compaginan estudios y trabajo, vivieron la migración de un familiar directo y la de ellos mismos, presentan asignaturas pendientes por cursar y han vivido alguna situación de violencia. Ellas cuentan con mayores recursos sociales que ellos.

**Conclusiones:** Se confirma un perfil diferenciado entre hombres y mujeres en todas las variables estudiadas, lo cual trae implicaciones para el diseño de programas de atención integral y prevención de riesgos en la población universitaria.

*Palabras clave:* riesgo, depresión, educación, adulto joven.

## Abstract

**Introduction:** Studying at the university entails multiple challenges, such as adaptation, satisfactory performance and maintaining an academic trajectory that allows for the successful completion of the chosen academic program, before which university students present various risk and protection factors. **Objective:** This research aims to contrast the academic and mental health risk factors, as well as the psychological resources among women and men who study at the university in Mexico. **Methodology:** It has a quantitative approach, of a descriptive-comparative type and with a cross section. In total there were 2460 university students. A checklist of academic risk factors, psychological resources scales, CESD depressive symptoms scale and problem behaviors were applied. **Results:** The main findings show that women in a higher percentage than men have care activities for others, study at university with children, and live with their family in the same city. In contrast, a greater proportion of them have economic and love difficulties, they combine studies and work, they experienced the migration of a direct family member and that of themselves, they have pending subjects to study and have experienced some situation of violence. They have greater social resources than men. **Conclusions:** A differentiated profile between men and women is confirmed in all the variables studied, which has implications for the design of comprehensive care and risk prevention programs in the university population.

*Key words:* Risk, Depression, Education, Young adult

De acuerdo con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2018) el problema principal de la juventud mexicana es que su contexto se encuentra en precariedad económica, además, de sufrir discriminación, estigmatización, violencia familiar, grandes carencias sociales y falta de oportunidades, entre ellas de empleo, así como falta de reconocimiento de sus derechos, lo cual trae como consecuencia diversos tipos de malestar emocional que impactan su salud mental. A lo anteriormente mencionado se agregan nuevos estresores como el ser víctimas de delitos (Almanza-Avenida et al., 2018) o el enfrentar una pandemia por COVID 19 (Huremović, 2019).

Por lo que, son muchos los retos para los jóvenes mexicanos, ya que estas problemáticas afectan su salud mental, manifestándose en síntomas internalizados: depresivos, problemas somáticos, o mediante síntomas externalizados: comportamientos agresivos, consumo de alcohol y tabaco (Andrade et al., 2010; Sánchez-Ojeda y De Luna-Bertos, 2015).

En el escenario académico, los estudiantes manifiestan síntomas de estrés y ansiedad asociados a dificultades en su desempeño académico (Guerra, 2017) o derivadas de la falta de apoyo social de su grupo circundante (Díaz et al., 2017), así como dificultades de adaptación al entorno universitario luego de haber tenido que migrar para estudiar (Rangel et al., 2019). Asimismo, Larios et al. (2017) señalan que los trastornos mentales se asocian también al bajo rendimiento académico por parte del estudiante.

Ahora bien, la depresión es una de las principales causas de discapacidad y de morbilidad a nivel mundial que altera las actividades laborales, escolares y familiares, además, esta problemática puede llevar al suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018), por otra parte, afecta a todos los grupos poblacionales, entre ellos a jóvenes universitarios.

En México, la depresión es uno de los trastornos mentales más comunes al registrar una prevalencia de 7.2% (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión [INCYTU], 2018), asimismo, es una de las enfermedades con mayor tasa de discapacidad, por lo que es considerada un problema de salud pública, debido a que, por lo general, no se identifica y atiende de manera oportuna (Domínguez et al., 2016; Hermosillo-De la Torre et al., 2015; Rivera-Heredia et al., 2019), de ahí el interés de identificar y atender esta problemática en estudiantes.

En este sentido, diversos estudios reportan diferencias en los síntomas depresivos y en las conductas problemáticas entre hombres y mujeres, así como una mayor incidencia de trastornos afectivos en mujeres que en hombres (Berenzon et al., 2013; Rueda, 2018; Ssegonja et al., 2019). Sin embargo, escasamente se informa de programas de atención a la salud mental en universitarios que estén diseñados con perspectiva de género.

La salud mental de las y los estudiantes universitarios se estudia y analiza cada vez con mayor frecuencia desde el enfoque de la psicología positiva (Figuerola et al., 2019; Sánchez-Ojeda y De Luna-Bertos, 2015; Toribio et al., 2018), a partir del cual, se derivan las conceptualizaciones en torno a los recursos psicológicos (Domínguez et al., 2016; Pérez-Padilla et al., 2021; Rivera-Heredia et al., 2019), los cuales se conciben como aquellos elementos que los individuos y grupos hacen uso para enfrentar las situaciones de vida estresantes; aunque pueden ser innatos la gran mayoría de ellos se desarrollan u obtienen a lo largo de la vida. Los recursos se convierten en las fortalezas, capacidades o herramientas del ser humano, de igual manera, pueden considerarse como factores de protección (Hobfoll, 2011; McKenzie et al., 2004; Rivera-Heredia y Pérez-Padilla, 2012). Por ello cobra relevancia poder identificar el papel que estos tienen ante la sintomatología depresiva y los diferentes riesgos académicos y psicosociales con los que cuentan las y los estudiantes universitarios.

La frecuencia e intensidad de los problemas que presente el estudiantado universitario en las áreas académica, emocional y social, les coloca en una posición de mayor riesgo de continuar con sus estudios universitarios, lo cual debe ser detectado de manera temprana, para poder realizar intervenciones que les apoyen oportunamente, para que puedan transitar esta etapa sin mayores conflictos, y con ello, aumentar la posibilidad de favorecer el que cuenten con trayectoria de vida óptima (Domínguez et al., 2016; Hermosillo-De la Torre et al., 2015; Rivera-Heredia et al., 2019; Yépez-Herrera et al., 2019).

Es por ello por lo que el objetivo de esta investigación fue contrastar los indicadores de riesgo académico y de salud mental, así como los recursos psicológicos entre las mujeres y los hombres que estudian la universidad en México. Se parte de la hipótesis de que se encontrará un perfil diferenciado de los indicadores de riesgo académico y de salud mental en función del sexo de los participantes.

## **Método**

### **Diseño y tipo de investigación**

La presente investigación cuenta con un método cuantitativo, comparativo y transversal.

### **Participantes**

Con una población aproximada de  $N= 4300$  estudiantes universitarios de once estados de la República Mexicana: Aguascalientes, Baja California, Chihuahua, Estado de México, Jalisco, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Sinaloa, Veracruz y Zacatecas, se consideró una muestra de  $n= 2,460$  participantes con una media de edad de  $\bar{X}= 20.7$  años ( $DE= 2.8$ ). El muestro se realizó de manera intencional y por cuota, de lo cual se conformaron dos grupos equivalentes con un 50% de hombres y un 50% de mujeres.

La diversidad de programas de estudio en los que se encontraban fue amplia, entre ellas están diversas Ingenierías, Medicina, Enfermería, Biología, Química, Derecho, Arquitectura, Administración, Contabilidad, entre otras. Se contó con representación de estudiantes de cada uno de los semestres de estudio. Respecto a su situación marital, el mayor porcentaje de las y los estudiantes eran solteros (92.2%); la escolaridad promedio de ambos progenitores fue el bachillerato.

### **Instrumentos**

Para obtener la información necesaria para alcanzar el objetivo de la indagación se utilizaron cuatro cuestionarios. A continuación, se indican cuales:

- *Cuestionario para medir indicadores de riesgo para la trayectoria académica.* El cual incluye 16 situaciones que ponen en riesgo la continuidad de los estudios universitarios, con opciones de respuesta dicotómicas (Si, o No); elaborado por Rivera-Heredia (comunicado personal) para un proyecto interinstitucional dentro de las Cátedras Cumex de Psicología el cual fue publicado en una versión previa en Yépez-Herrera et al. (2019) y en Pérez-Padilla et al. (2021). Debido a que este cuestionario tiene estructura de lista de cotejo no se determinó su confiabilidad.
- *Escala CESD-R. Sintomatología depresiva.* Se utilizó una versión sintetizada, aunada a 4 reactivos que tradicionalmente se le han agregado para dar mayor consistencia a los temas de ideación e intento suicida, la cual fue desarrollada en su versión original por Radloff (1977) y adaptada en su versión revisada en México por Reyes-Ortega et al. (2003). Las subdimensiones con las que se trabajó en la presente investigación fueron: Estado de ánimo depresivo e Ideación suicida. La confiabilidad que reportan Pérez-Padilla et al. (2020) en población universitaria mexicana en estas subdimensiones es de .85 y .82 mediante el estadístico de alpha de Cronbach, respectivamente. Las opciones de respuesta de la escala se ubican en una escala Likert de 5 puntos que van de 0 (escasamente, 0 a 1 días) a 4 (casi diario durante las últimas dos semanas, de 10 a 14 días) en función de los días en que se ha presentado el síntoma en cuestión.
- *Escala de Conductas problema.* Esta escala fue desarrollada por Andrade et al. (2010); consta de 38 reactivos y siete subdimensiones: 1) Depresión; 2) Rompimiento de reglas; Consumo de alcohol y tabaco; 4) Problemas somáticos; 5) Conducta agresiva; 6) Problemas de pensamiento y 7) Lesiones auto infligidas. Tiene una estructura tipo Likert con 4 opciones de respuesta (siempre, muchas veces, algunas veces, nunca). En esta muestra presentó una confiabilidad con Alfa de Cronbach de .94.
- *Escalas de Recursos Psicológicos:* se utilizaron dos de las 5 escalas desarrolladas por Rivera-Heredia et al. (2006) y por Rivera-Heredia y Pérez-Padilla (2012). La *Escala de Recursos afectivos* ( $\alpha=.82$ ), contiene las subdimensiones de Autocontrol, Manejo de la tristeza, Manejo del enojo y Recuperación del equilibrio. La *Escala de Recursos Sociales* ( $\alpha=.75$ ) la componen las dimensiones de: Red de apoyo, Incapacidad para buscar apoyo y Altruismo. Todas ellas tienen una estructura tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (“casi siempre”, “algunas veces”, “rara vez” y “casi nunca”).

## Procedimiento

Se realizó la aplicación de las escalas dentro de las instalaciones educativas donde estudiaban los grupos de jóvenes participantes. Se les explicó el objetivo de la investigación y la confidencialidad con la que se guardaría la información recabada. El análisis de resultados se realizó con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS. En la estadística descriptiva, se aplicaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, asimismo, medidas de tendencia central y variabilidad para las variables numéricas, así como análisis de comparación de medias (*pruebas t* y *ANOVA*) además de pruebas de contrastación de frecuencias con tablas de contingencia con análisis de *Chi Cuadrada*. Los participantes fueron informados de las características de esta investigación y decidieron formar parte de esta de manera voluntaria por lo que firmaron una carta de consentimiento informado. Se cuidaron los principios éticos para la protección de los participantes y el resguardo de la información.

## Resultados

Respecto al rendimiento académico de las personas que participaron en este estudio, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres, en cuanto a las calificaciones que reportaron tenían cuando cursaron el nivel medio superior (hombres= 8.7; mujeres= 9.1,  $t = -2.3$ ;  $p = .02$ ), como las que tienen actualmente en el nivel superior (hombres = 8.5; Mujeres = 8.8,  $t = -2.3$ ,  $p = .04$ ). En ambos casos los promedios de las mujeres fueron mayores que a los de los hombres.

Como se puede observar en la Tabla 1 se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres en 10 de los 16 indicadores de riesgo académico evaluados. Lo que confirma un perfil diferenciado en los factores de riesgo académico según el sexo de las y los estudiantes universitarios. Los indicadores que presentan las mujeres en mayor porcentaje que los hombres son tener otras actividades de cuidado a otros, tener más hijos, vivir con su familia el mismo lugar. En contraste, en los hombres predominan el haber tenido dificultades de tipo económico y de tipo amoroso, el tener que compaginar estudios y trabajo, la migración de un familiar directo y la de ellos mismos, asignaturas pendientes por cursar y el haber vivido alguna situación de violencia.

**Tabla 1**

*Diferencias entre hombres y mujeres en los factores de riesgo para la permanencia y desempeño en los estudios de Educación Superior (n= 2,460)*

| <b>Factor</b>  | <b>Hombres<br/>n=1230</b> | <b>Mujeres<br/>n=1230</b> | <b>Chi<br/>cuadrada</b> | <b>Signifi-<br/>cancia</b> |
|--|---------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 1. Alguno de sus primos, tíos o sobrinos han migrado fuera de México                                 | 72.5% (888)               | 70.7% (866)               | 0.971                   | 0.173                      |
| 2. Viven con su familia en la ciudad en donde estudian   | 56.2% (690)               | 62.1% (760)               | 8.84                    | 0.003*                     |
| 3. Han tenido dificultades económicas que han puesto en riesgo el que continúen sus estudios         | 52.8% (543)               | 47.2% (486)               | 5.204                   | 0.013*                     |
| 4. Dedicar más de una hora en transportarse de su casa a la escuela                                  | 51.7% (476)               | 48.3% (445)               | 1.711                   | 0.103                      |
| 5. Tienen que compaginar estudios y trabajo  | 41.8% (508)               | 29.3% (359)               | 41.82                   | .0001*                     |
| 6. Alguno de sus padres, hermanos o abuelos han migrado fuera de México                              | 33.3% (412)               | 29.3% (359)               | 5.18                    | 0.013*                     |
| 7. Padres que no viven juntos  | 22.4% (273)               | 24% (289)                 | 0.797                   | 0.199                      |
| 8. Tienen asignaturas pendientes que tienen que volver a cursar                                      | 27% (331)                 | 14.8% (182)               | 55.47                   | .0001*                     |
| 9. Tienen otras obligaciones como cuidar a sus hijos, a sus padres, o hermanos                       | 15.3% (188)               | 20.1% (247)               | 9.72                    | 0.002*                     |
| 10. Han tenido algún problema de salud que haya puesto en riesgo el que continúen tus estudios       | 11.1% (136)               | 11.4% (140)               | 0.069                   | 0.421                      |
| 11. Han tenido dificultades de tipo amoroso que hayan puesto en riesgo el que continúen sus estudios | 11% (135)                 | 10.4% (128)               | 0.228                   | 0.34                       |
| 12. Ellos mismos han migrado fuera de México   | 9.8% (121)                | 6.5% (80)                 | 9.107                   | 0.002*                     |
| 13. Tienen hijos   | 6.1% (75)                 | 8.6% (106)                | 5.677                   | 0.01*                      |
| 14. Han vivido alguna situación de violencia que haya puesto en riesgo el que continúen sus estudios | 7.2% (88)                 | 4.9% (60)                 | 0.022                   | 0.011*                     |
| 15. Su padre está muerto   | 6.9% (84)                 | 7.8% (95)                 | 0.729                   | 0.219                      |
| 16. Su madre está muerta   | 3% (37)                   | 2.9% (35)                 | 0.056                   | 0.454                      |

*Nota: análisis obtenidos del Cuestionario para medir indicadores de riesgo para la trayectoria académica.*

*\* = Indicadores que presentan significancia estadística con valores inferiores a .05*

En seis de las siete subdimensiones evaluadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (Tabla 2). La tendencia general fue que los hombres presentaron puntajes más altos que las mujeres en todas las subdimensiones, a excepción de la de lesiones autoinflingidas.

**Tabla 2**

*Comparación de las conductas problema en hombres y mujeres universitarios (n= 2,460)*

| Subdimensiones              | Hombres |      | Mujeres |      | t     | gl   | p     | d<br>Cohen |
|-----------------------------|---------|------|---------|------|-------|------|-------|------------|
|                             | M       | DE   | M       | DE   |       |      |       |            |
| Rompimiento de reglas       | 1.82    | 0.56 | 1.67    | 0.53 | 6.83  | 2458 | 0.001 | 0.28       |
| Conducta agresiva           | 1.68    | 0.51 | 1.58    | 0.49 | 4.72  | 2452 | 0.001 | 0.19       |
| Problemas Somáticos         | 1.59    | 0.54 | 1.75    | 0.55 | -7.19 | 2458 | 0.001 | -0.29      |
| Consumo de alcohol y tabaco | 1.77    | 0.66 | 1.52    | 0.55 | 10.47 | 2377 | 0.001 | 0.42       |
| Problemas de pensamiento    | 1.75    | 0.74 | 1.62    | 0.72 | 4.56  | 2456 | 0.001 | 0.18       |
| Depresión                   | 1.41    | 0.48 | 1.57    | 0.55 | -7.52 | 2418 | 0.001 | -0.3       |
| Lesiones autoinflingidas    | 1.10    | 0.32 | 1.11    | 0.33 | -0.77 | 2458 | 0.44  | -0.03      |

*Nota = análisis obtenidos de la Escala para evaluar problemas emocionales y conductuales en adolescentes.*

Respecto a la sintomatología depresiva, tal como se refleja en la Tabla 3, son las mujeres quienes reportan mayores niveles de esta. Mientras que la ideación suicida no presenta diferencias por sexo.

**Tabla 3**

*Comparación del estado de ánimo depresivo e ideación suicida entre hombres y mujeres universitarios (n= 2,460)*

| Subdimensiones            | Hombres |      | Mujeres |      | t     | gl   | p     | d<br>Cohen |
|---------------------------|---------|------|---------|------|-------|------|-------|------------|
|                           | M       | DE   | M       | DE   |       |      |       |            |
| Estado de ánimo depresivo | 0.62    | 0.70 | 0.89    | 0.83 | -8.61 | 2314 | 0.001 | -0.36      |
| Ideación suicida          | 0.18    | 0.50 | 0.17    | 0.48 | 0.80  | 2391 | 0.42  | 0.03       |

*Fuente = análisis obtenidos de la Escala para Evaluar la sintomatología Depresiva CESD-R*

En la mayor parte de los recursos evaluados se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, a excepción de los subdimensiones de manejo del enojo y de la capacidad para pedir ayuda. Los recursos en donde el tamaño del efecto de las diferencias significativas fue mayor, de acuerdo con la prueba *d* de Cohen (ver Tabla 4) fueron la iniciativa para brindar ayuda, así como la red de apoyo donde las mujeres presentaron puntajes más altos que los hombres, y la subdimensión de manejo de la tristeza en donde los hombres reportan un mayor manejo de la tristeza que las mujeres.

**Tabla 4**

*Comparación de los recursos afectivos y sociales de las y los universitarios (n= 2,460)*

| Tipos de recursos y sus subdimensiones | Hombres  |           | Mujeres  |           | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>p</i> | <i>d</i><br>Cohen |
|--|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-------------------|
|  | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> |          |           |          |                   |
| <i>Afectivos</i>                       |          |           |          |           |          |           |          |                   |
| Autocontrol                            | 3.39     | 0.54      | 3.31     | 0.57      | 3.67     | 2458      | 0.001    | 0.14              |
| Manejo de la tristeza                  | 2.99     | 0.66      | 2.78     | 0.72      | 7.48     | 2444      | 0.001    | 0.3               |
| Manejo del enojo                       | 3.13     | 0.57      | 3.13     | 0.60      | 0.01     | 2449      | 0.99     | 0.0               |
| <i>Sociales</i>                        |          |           |          |           |          |           |          |                   |
| Iniciativa para brindar ayuda          | 3.63     | 0.57      | 3.78     | 0.44      | -7.3     | 2317      | 0.001    | -0.3              |
| Capacidad para pedir ayuda             | 2.76     | 0.69      | 2.75     | 0.72      | 0.12     | 2454      | 0.901    | 0.01              |
| Disponibilidad para ayudar             | 3.16     | 0.73      | 3.28     | 0.70      | -4.3     | 2458      | 0.001    | -0.17             |
| Red de apoyo                           | 3.04     | 0.72      | 3.31     | 0.69      | -9.4     | 2458      | 0.001    | -0.38             |

*Fuente = análisis obtenidos de las Escalas de Recursos Psicológicos Afectivos y Sociales.*

## Discusión

Se confirma que en las y los estudiantes universitarios existe un perfil diferenciado en los indicadores de riesgo académico, así como en las conductas problema, sintomatología depresiva y recursos psicológicos según el sexo. Por lo que la perspectiva de género (Macias, 2021) necesita incluirse en el diseño de los programas de intervención dirigidos a esta población.

Los hombres presentaron un mayor número de indicadores de riesgo académico que las mujeres, así como mayor presencia de conductas problemáticas, sobre todo las de tipo externalizado. En el caso de la sintomatología depresiva, que se clasifica como un síntoma internalizado, tanto en la escala de Conductas problema como en el CESD-R, las mujeres presentaron puntuaciones significativamente más altas que los hombres, lo cual vuelve a resaltar la importancia del diseño de estrategias o mecanismos de atención específicos para ellos y para ellas (Berenzon et al., 2013; Macias, 2021; Rueda, 2018).

El incluir el abordaje de los aspectos emocionales en la vida de las y los estudiantes universitarios es imperativo, de acuerdo con los resultados de este estudio, y a lo que se reporta en estudios previos (Domínguez, 2016; Hermosillo-De la Torre, 2015; Rivera-Heredia et al., 2019), pues gran parte de las problemáticas identificadas se ubican en el ámbito emocional, como son los problemas amorosos con la pareja, y la sintomatología depresiva.

El recurso psicológico más desarrollado en las y los estudiantes universitarios se encontró en el área social y fue la iniciativa para brindar ayuda. Pero también en esta área el recurso con menor puntuación fue la capacidad para pedir ayuda, en donde hombres y mujeres presentaron un comportamiento similar. Cabe aclarar que el déficit en este recurso está asociado a una mayor vulnerabilidad cognitiva a la depresión (Hermosillo-De la Torre y Rivera-Heredia, 2019) y con un mayor riesgo suicida (Rivera-Heredia y Andrade-Palos, 2006) por lo que es un elemento que se sugiere retomar en el diseño de programas de intervención para ambos grupos.

Aquellos recursos menos desarrollados fueron el manejo de la tristeza y el del enojo, lo que lleva a reflexionar en cuáles serán los motivos de que el manejo de emociones esté presentando este panorama de menor desarrollo. Los datos coinciden con estudios previos y confirman la necesidad de atender el ámbito emocional en los universitarios con programas de intervención al respecto (Hermosillo, 2015; Rivera-Heredia et al., 2019).

Las mujeres presentaron un mayor desarrollo de sus recursos sociales, tanto respecto a su red de apoyo como a su altruismo, así mismo, manifiestan mayor capacidad para pedir ayuda cuando la necesitan, lo cual es un factor protector de suma importancia, como lo muestra la evidencia empírica que indica la relación entre apoyo social y bienestar (Cohen y Symel, 1985; Davis et al., 1998). Sin perder de vista que puede explicarse desde las expectativas en torno al rol social femenino con las que se va construyendo el ser mujer, más ligado al interés por el vínculo y por el cuidado a los otros. En los hombres destacan las presiones económicas y el tener que trabajar y estudiar, mientras que en las mujeres el tener otras obligaciones en la familia además de estudiar, asociadas con el cuidado a otros. Nuevamente emergen estos patrones de las exigencias de género para cada rol.

En las dos mediciones que se realizaron sobre rendimiento académico (promedio de cuando se encontraban en bachillerato y promedio actual), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres. Los promedios de las mujeres fueron mayores a los de los hombres en ambos casos, coincidiendo con lo encontrado por Torres et al. (2017).

También, se requieren servicios de apoyo universitario dirigidos específicamente a estudiantes con experiencia de migración en la familia. En el caso de que se trate de su propia migración, es decir, desde su localidad de origen hasta el lugar de estudio, son necesarias una serie de estrategias de inducción y acompañamiento durante los primeros semestres que favorezcan su integración al medio universitario que permitan disminuir el riesgo de deserción, impacten en una menor sintomatología depresiva o ansiosa y en la disminución de enfermedades y síntomas psicosomáticos (Rangel et al., 2019; Rivera-Heredia et al., 2019).

El fortalecimiento del área afectiva es uno de los grandes retos que retomar si se quiere combatir el rezago o la deserción escolar. Corresponde a la institución el convertirse en una fuente de apoyo para su alumnado y responder a las necesidades que la juventud manifiesta, procurando así el bienestar de sus estudiantes.

## Conclusiones

Los resultados de la presente investigación, aunque no pueden generalizarse a toda la población universitaria, sí son un punto de partida que ofrece un panorama a nivel nacional de lo que está ocurriendo con estudiantes universitarios. Dichos resultados pueden aportar elementos que permitan reorientar los programas de atención estudiantil, la oportunidad de fortalecer la formación integral de las y los estudiantes y de expandir sus potencialidades actuales, hecho que requiere una especial atención y se convierte en un reto para la política universitaria. Así también, estos aspectos están considerados en la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), organismo que en México incide en las políticas universitarias, la cual formuló la Declaratoria “Caminos para la Igualdad” (ANUIES, 2021) en donde se enmarca la necesidad de considerar precisamente diferencias de género para alcanzar la Igualdad Sustantiva, así como entre otras estrategias, realizar estudios de las relaciones de género, con el fin de despejar roles y estereotipos de género que sobrecargan la vida afectiva del estudiantado y que en este estudio, quedan una vez más al descubierto, como son que los hombres tengan más conductas de riesgo, incorporándose en mayor medida al ámbito laboral y las mujeres tengan síntomas acentuados de depresión ante las presiones del cuidado de los otros; en ambos sexos esto puede constituir un riesgo para la deserción escolar, dado que el recurso de capacidad para pedir ayuda no está completamente desarrollado, aunque está más presente en las mujeres, cumpliendo así con la normatividad del deber ser masculino y femenino, que estereotipa la conducta estudiantil.

Se recomienda realizar estudios de tipo longitudinal que permitan el análisis de la trayectoria estudiantil. Por lo que se sugiere en futuros estudios incorporar una mayor observación a las fuentes de estrés y tensión, que pueden estar viviendo las y los estudiantes en función de las diferentes etapas de su proceso universitario, especial atención a los primeros y últimos semestres. Asimismo, la transición de la universidad al trabajo es un área de oportunidad que abordar en un futuro. Además, se requiere identificar las buenas prácticas en atención psicológica a universitarios, para que puedan ser adaptadas y evaluadas en los diferentes contextos en los que se apliquen.

Como se encontró en este estudio, y en coincidencia con lo reportado por la literatura, se identificaron perfiles diferenciados en los indicadores de riesgo académico y de salud mental tales como las conductas problema, la sintomatología depresiva y los recursos psicológicos, de ahí que el diseño de los programas de atención estudiantil deben tener en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres, de manera que puedan elaborarse con perspectiva de género, así, se deben considerar elementos que cambien los constructos socio-históricos de lo que se considera ser hombre y mujer, con la finalidad de alcanzar la igualdad sustantiva, así como institucionalizar la perspectiva de género en las organizaciones, tales como reflexiones sobre nuevas masculinidades, los retos de la corresponsabilidad en el cuidado de los otros, educación para la paz y las relaciones no violentas, inserción a la vida productiva de las mujeres con disminución de dobles y triples jornadas, emprendedurismo y liderazgo femenino, entre otros. Por todo ello, quedan nuevos retos para el diseño, aplicación y evaluación de estos nuevos programas en el futuro.

### **Agradecimientos**

Agradecemos el apoyo brindado por la Coordinación de Investigación Científica de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y a los integrantes de la mesa Social de las Cátedras CUMEX de Psicología que participaron en este proyecto de investigación, así como a los estudiantes que colaboraron en la captura de datos: Guadalupe Izquierdo Cázares, Montserrat Ramírez, Montserrat Mendoza, Eneyda Rayo Varona, Zaira Liliana Organe y Dulce María López.

### **Referencias**

Almanza-Avendaño, A. M., Gómez-San Luis, A. H., y Gurrola-Peña, G. M. (2018). Victimización, resiliencia y salud mental de estudiantes de universidad en Tamaulipas, México. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 16(1), 345–360. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16121>

- Andrade, P., Betancourt, D., y Vallejo, A. (2010). Escala para evaluar problemas emocionales y conductuales en adolescentes. *Revista de Investigación de la Universidad Simón Bolívar*, 9(9), 36-45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3705750>
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (2021). Red Nacional de Instituciones de Educación Superior, Caminos para la Igualdad de Género (RENIES Igualdad). <https://bit.ly/3BjV2G2>
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., y Medina, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Méx.*, 55(1), 74-80. <https://bit.ly/3QBUuRC>
- Cohen, S., & Syme S. L. (1985). *Social Support and Health*. Academic Press.
- Consejo Nacional para Prevenir La Discriminación. (2018). *Ficha Temática: Personas Jóvenes*. [https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/FichaTematica\\_Jovenes.pdf](https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/FichaTematica_Jovenes.pdf)
- Davis, M. H., Morris, M. M., & Kraus, L. A. (1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: associations with well-being and attachment. *J Pers Soc Psychol*, 74(2), 468-81. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.2.468>
- Díaz, S., Martínez, M., y Zapata, A. M. (2017). Rendimiento académico y calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes de odontología. *Salud Uninorte*, 33(2), 139-151. <https://bit.ly/3d6mOhh>
- Domínguez, D. L., Hermsillo, A. E., y Vacio, M. A. (2016). Efecto de los factores de protección y de riesgo sobre el comportamiento suicida en estudiantes de Psicología. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 74(69), 73-80. <https://doi.org/10.33064/iycuaa2016691873>
- Figuroa, M. R., Rivera, M. E., y Sánchez, M. L. (2019). Felicidad y gaudibilidad en estudiantes universitarios de Nayarit (México). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 79-91. <https://bit.ly/3BAsn0U>
- Guerra, S. N. (2017). *El modelo de salud mental dual y su relación con el rendimiento académicos de estudiantes universitarios* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio Académico Digital UANL. <http://eprints.uanl.mx/14295/1/1080243189.pdf>

- Hermosillo de la Torre, A. E., & Rivera Heredia, M. E. (2019). Depresión, recursos psicológicos y vulnerabilidad cognitiva a la depresión en jóvenes estudiantes universitarios. *Investigación y Práctica en Psicología del Desarrollo*, 5, 3–26. <https://doi.org/10.33064/ippd52470>
- Hermosillo-De la Torre, A. E., Vacio-Muro, M de los A., Méndez-Sánchez, C., Palacios-Salas, P., y Sahagún-Padilla, M. A. (2015). Recursos psicológicos y conductas problema en estudiantes de secundaria: diagnóstico e intervención preventiva. *Revista Acta Universitaria*, 25(2), 52-56. <https://bit.ly/3B9rTgO>
- Hobfoll, S. E. (2011). Conservation of resources theory: Its implication for stress, health, and resilience. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (pp. 127–147). Oxford University Press
- Huremović, D. (2019). *Psychiatry of Pandemics. A mental Health Response to Infection Outbreak*. Springer International Publishing
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (8 de agosto de 2019). *Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud*. [Comunicado de prensa]. <https://bit.ly/3DjYXoM>
- Larios, J., Laborde, C., Sánchez, M., Gaviria, G., y Lastre, G. (2017). Caracterización de factores de riesgo psicosociales que inciden en Trastorno depresivo mayor en adolescentes. *Cienc innov salud*, (2), 1-8. <https://doi.org/10.17081/innosa.4.2.2813>
- Macias-Esparza, L. K. (2021). La perspectiva de género y la pedagogía crítica: el uso del portafolio como herramienta reflexiva en la enseñanza de la psicología. *Br. J. Ed., Tech. Soc.*, 14, 17-30. <http://dx.doi.org/10.14571/brajets.v14.se1.2021>
- Martínez-Martínez, M. C., Muñoz-Zurita, G., Rojas-Valderrama, K., y Sánchez-Hernández, J. A (2016). Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de licenciatura en Medicina de Puebla, México. *Atención Familiar*, 23(4), 145-149. <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.10.004>
- McKenzie, V., Frydenberg, E., & Poole, C. (2004). What Resources matter to young people: the relationship between resources and coping style. *The Educational Developmental Psychologist*, 19(2), 78-96. <https://doi.org/10.1017/S0816512200029308>

- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. (enero de 2018). *Salud mental en México*. <https://bit.ly/3RVTt7N>
- Organización Mundial de la Salud (22 de marzo de 2018). *Depresión. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pérez-Padilla, M. L., Rivera-Heredia, M. E., Esquivel-Martínez, C., Quevedo-Marín, M. C., y Torres-Vázquez, V. (2021). Ser madre y estudiar la universidad. Recursos psicológicos, conductas problema y factores de riesgo. *Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 1-17. <https://doi.org/10.23923/rpye2021.01.198>
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A Self Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rangel, A. S., Vázquez, F. M., Ruiz, N., Juárez, S., Hernández, G., y Gallegos-Torres, R. M. (2019). Calidad de vida emocional en estudiantes foráneos de tres licenciaturas de una universidad pública del estado de Querétaro, México. *Horizonte de Enfermería*, 30(1), 16-26. [https://doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.30.1.16-26](https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.30.1.16-26)
- Reyes-Ortega, M., Soto-Hernández, A. L., Milla-Kegel, J. G., García-Ramírez, A., Hubard-Vignau, L., Mendoza-Sánchez, H., Mejía-Garza, L., García-Peña, M. C., y Wagner-Echeagaray, F. A. (2003). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental*, 26(1), 59-68. [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/937](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/937)
- Rivera-Heredia, M. E., Andrade-Palos, P. y Figueroa, A. (2006). Evaluación de los recursos de los adolescentes: validación psicométrica de cinco escalas, en Asociación Mexicana de Psicología Social (414-420), *XI Congreso de Psicología Social, volumen I*. Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Rivera-Heredia, M. E., Martínez-Ruiz, D. T., Cervantes-Pacheco, E. I., & Obregón-Velasco, N. (2019). The Effectiveness and Impact of an Intervention Program on Migration and Health with Mexican Undergraduate Students. *REMHU Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 27(55), 63-78. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005505>

- Rivera-Heredia, M. E., y Pérez-Padilla, M. L. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha. Revista de Psicología*, 9(19), 1-19.  
<https://bit.ly/3LcJVTN>
- Rivera-Heredia, M.E y Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida, *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8, 2, 23-40. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80280203.pdf>
- Rueda, M. A. (2018). Depresión en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(1), 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.12.007>
- Sánchez-Ojeda, M. A., y De Luna-Bertos, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutr. Hosp.*, 31(5), 1910-1919.  
<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8608>
- Sregonja, R., Alaie, I., Philipson, A., Hagberg, L., Sampaio, F., Möller M., Knorrning, L., Sarkadi, A., Langenskiold, S., Knorrning, A., Bowman, H., Jonsson, U., y Feldman, I. (2019). Depressive disorders in adolescence, recurrence in early adulthood, and healthcare usage in mid-adulthood: A longitudinal cost-of-illness study. *Journal of Affective Disorders*, 258, 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.077>
- Toribio, L., González, N. I., Oudhof, H., y Gil, M. (2018). Salud mental positiva en fvadolentes mexicanos: diferencias por sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 37(2), 131-143. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v37i02.03>
- Torres, C., Espinosa, V., Sandoval, A., y Eguiluz L. L. (2017). Bienestar psicológico, conductas asociadas al suicidio y el desempeño académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 1124-1150.  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/61757>
- Yépez-Herrera, E. R., Rivera-Heredia, M.E., Valadez-Sierra, M. D., Pérez-Daniel, M. R., y González-Betanzos, F. (2019). Hacia una comprensión de la reprobación universitaria en las carreras de ingeniería de Ecuador y México. *Revista Educación y Desarrollo*, 48, 41-52. <https://bit.ly/3eKP35j> xcds



## Riesgo de genotoxicidad oral: diferencias entre conocimiento y práctica en el contacto con citostáticos por enfermería

Risk of oral genotoxicity: differences between knowledge and practice in contact with cytostatics by nursing

Ma. Lilia Alicia Alcántar-Zavala<sup>1</sup>, Mayra Itzel Huerta-Baltazar<sup>2</sup>,  
Ma. de Jesús Ruiz-Recéndiz<sup>3</sup> y Lizbeth Barajas de la Vega<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Enfermería. Morelia, Michoacán. México<sup>2</sup> Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica

Recibido: 01/06/2022

Aceptado: 20/12/2022

### Resumen

**Introducción.** Citostáticos, medicamentos utilizados en tratamiento del cáncer interactuando con Ácido Desoxirribonucleico (ADN) o sus precursores; inhiben la síntesis del nuevo material genético pudiendo causarle daños irreparables. Genotoxicidad, toxicidad manifiesta en el ADN celular. Enfermería tiene riesgo elevado de presentar genotoxicidad oral durante preparación, manejo y contaminación por citostáticos manifestándose por Micronúcleos y Yemas Nucleares orales. **Objetivo.** Analizar el riesgo de genotoxicidad oral por las diferencias entre el conocimiento y la práctica en el contacto con citostáticos por enfermería. **Metodología.** Estudio descriptivo, transversal, observacional. Muestreo no probabilístico por conveniencia. Muestra conformada 94 participantes; por dominio: 35, 44 y 54 (preparación, manejo y contaminación respectivamente) profesionales de enfermería en contacto con citostáticos en institución de segundo nivel, Morelia, Michoacán. México.

---

Correspondencia remitir a: Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala, Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Michoacán de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán de Ocampo, México. [lilia.alcantar@umich.mx](mailto:lilia.alcantar@umich.mx)

<sup>1</sup>Doctora. Profesora Investigadora, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán de Ocampo, México, [lilia.alcantar@umich.mx](mailto:lilia.alcantar@umich.mx)

<sup>2</sup>Doctora. Profesora Investigadora. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán de Ocampo [mayra.huerta@umich.mx](mailto:mayra.huerta@umich.mx)

<sup>3</sup>Doctora. Profesora Investigadora, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán de Ocampo, México, [madejesus.ruiz@umich.mx](mailto:madejesus.ruiz@umich.mx)

<sup>4</sup>Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología. CD. México [lizabethbv@hotmail.com](mailto:lizabethbv@hotmail.com)

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

Aplicación de instrumento validado, que mide el autocuidado en contacto con citostáticos; realización de estudio de sombra mediante lista de verificación para evaluar el autocuidado en contacto con citostáticos en escenario real. **Resultados.** Promedio edad, participantes con genotoxicidad oral: 35.9 años  $\pm$ 8.6; 93.3% (28) eran mujeres y 40% (12) con nivel técnico de enfermería. Gráficas de dispersión entre puntuaciones por cuestionarios y lista de verificación por estudio de sombra en dominios: preparación, manejo y contaminación mostrando correlación negativa. **Conclusiones.** De acuerdo con resultados de cuestionarios aplicados a población de estudio comparados con la lista de verificación obtenida por estudio de sombra existe riesgo de genotoxicidad en personal de enfermería en contacto con citostáticos; contestan correctamente el cuestionario de medición del autocuidado con citostáticos y en un escenario real, ejecutan acciones de autocuidado incorrectas.

*Palabras clave:* genotoxicidad, citostáticos, conocimiento y práctica, enfermería

## Abstract

**Introduction.** Cytostatics, drugs used in cancer treatment interacting with Deoxyribonucleic Acid (DNA) or its precursors; inhibit the synthesis of new genetic material, they can cause irreparable damage. Genotoxicity, manifest toxicity in cellular DNA. Nursing has a high risk of presenting oral genotoxicity during preparation, handling and contamination by cytostatics manifested by Micronuclei and Nuclear Buds. **Goal.** To analyze the risk of oral genotoxicity due to the differences between knowledge and practice in contact with cytostatics by nursing. **Methodology.** Descriptive, cross-sectional, observational study. Non-probabilistic sampling for convenience. Sample made up of 94 participants; by domain: 35, 44 and 54 (preparation, handling and contamination respectively) nursing professionals in contact with cytostatics in a second level institution, Morelia, Michoacán. Mexico. Validated instrument application, measures self-care in contact with cytostatics; Carrying out a shadow study using a checklist to evaluate self-care in contact with cytostatics in a real setting. **Results.** Average age of participants with oral genotoxicity: 35.9 years 8.6; 93.3% (28) were women and 40% (12) had a technical nursing level. Dispersion graphs between scores by questionnaires and checklist by shadow study in domains: preparation, handling and contamination showing negative correlation. **Conclusions.** According to the results of questionnaires applied to the study population compared with the checklist obtained by the shadow study, there is a risk of genotoxicity in nursing personnel in contact with cytostatics; they correctly answer the self-care measurement questionnaire with cytostatics and in a real scenario they perform incorrect self-care actions.

*Keywords:* genotoxicity, cytostatics, knowledge and practice, nursing

La práctica de enfermería se basa (Kérouac et al., 2005), en el cuidado de la persona, familia y comunidad; es mucho más que el cumplir una serie de tareas, requiere de la reflexión para atender las necesidades del usuario; engloba un cuidado individualizado y la integración de habilidades terapéuticas. En relación con lo anterior y tomando en consideración que el personal de enfermería debe ofrecer al usuario un cuidado de calidad, es importante que este ejerza acciones para su autoprotección; al respecto, Orem (1993), define al autocuidado como “una actividad aprendida por los individuos orientados hacia un objetivo”. Es una conducta del ser humano dirigida hacia sí mismo o hacia el medio ambiente para regular factores que pueden afectar su propio desarrollo y que beneficien su salud, su vida y su bienestar; en este sentido, el personal de enfermería en contacto con citostáticos debe realizar acciones de autocuidado para minimizar los riesgos a los que se encuentra expuesto por el contacto con estas sustancias.

Los citostáticos son un grupo de medicamentos ampliamente utilizados en el tratamiento del cáncer y en otras enfermedades no oncológicas; la mayoría de estas sustancias interactúan con el Ácido Desoxirribonucleico (ADN) o sus precursores e inhiben la síntesis del nuevo material genético (Sindicato de Enfermería de España [SATSE]). El efecto citostático (Martínez et al., 2002), no se limita exclusivamente a las células malignas, también lo ejerce en las células sanas sobre todo en las de proliferación rápida como son piel, mucosas, intestino y otros.

Existe gran preocupación por los riesgos profesionales a los que se encuentra expuesto el personal de enfermería al estar cerca de citostáticos; tomando en cuenta dichos riesgos, resulta indispensable gestionar ante quien corresponda para tratar de disminuirlos, para lo cual, se deben considerar varios aspectos entre los que se encuentran: la evaluación cuantitativa del riesgo que implica el empleo de nuevos medicamentos contra el cáncer y la múltiple exposición a los mismos, lo que involucra mejorar las prácticas de su manejo; la estandarización de los métodos para realizar estudios comparativos; la utilización de la robótica para la preparación de dichos fármacos y el evitar, hasta donde sea posible, el transporte innecesario de estas sustancias; impedir los vertidos accidentales y en caso de presentarse la manera de neutralizar sus efectos, así como la forma de realizar la limpieza de los mismos, además de la prevención de envíos a las empresas de frascos contaminados.

Además de las recomendaciones previas (Sorsa et al., 2006), y con el fin de realizar de mejor manera evaluaciones cuantitativas al personal de enfermería sobre los riesgos, es preciso el empleo de estudios epidemiológicos en donde se incluyan aspectos relacionados con la salud reproductiva.

Prevalecen otras varias razones (Arencibia, et al., 2009), de suma importancia por las cuales interesa estudiar al ser humano que se encuentra expuesto a sustancias mutagénicas como lo son los citostáticos: la primera de ellas es por el incremento en el grado de mutaciones de las células germinales, lo que puede traer consigo un aumento en la incidencia de enfermedades genéticas en futuras generaciones; el segundo motivo está relacionado con la estabilidad genómica de las células somáticas con el cáncer y las enfermedades degenerativas crónicas y una tercera razón es por el origen ambiental del cáncer. Si se toma en cuenta lo anterior, permitirá la orientación sobre el uso de ensayos a corto plazo que brinden información sobre la actividad mutagénica de los citostáticos y en relación con los niveles de seguridad de estos para el ser humano.

Fue a mediados de los años 80 cuando se alcanzó un consenso internacional sobre la necesidad de adoptar medidas de protección durante la manipulación de citostáticos en la búsqueda de disminuir los riesgos de los efectos reproductivos, genotóxicos y mutagénicos. (Cajaraville, et al., 2004). Según la American Society of Hospital Pharmacists (ASHP, 1990), los medicamentos que representan un peligro ocupacional son los que generan genotoxicidad o daño al material genético tanto en modelos animales, como en el ser humano e incluso en ambos.

Falck et al.,(1981) en los resultados de una investigación de casos y controles, evidenciaron en los primeros la presencia de mutagenicidad urinaria en las enfermeras que manejaban citostáticos, estos niveles se fueron incrementando a medida que transcurrían las semanas en contacto con dichas sustancias lo que se relacionó con la absorción de las mismas, mientras que en el grupo control, los valores obtenidos fueron menores; a partir de ese momento surgió la inquietud de considerar esta situación como un posible riesgo ocupacional.

En los últimos años ha prestado una gran atención (Sorsa, et al., 2006), a los citostáticos para el tratamiento y prevención del cáncer, no obstante, estudios toxicológicos han demostrado que algunas de estas sustancias pueden ser genotóxicas tanto en el usuario tratado con estos medicamentos, como en personas que participan en la fabricación de estos y en el personal de enfermería que los prepara, administra y brinda cuidado a los usuarios bajo tratamiento con dichos fármacos. El riesgo que representa para el personal de enfermería por su contacto puede ser controlado (Martínez et al., 2002), a través de acciones, controles y prácticas de trabajo adecuados, para lo cual, es necesario su formación y capacitación para minimizar los riesgos a los cuales están expuestos a través de precauciones y técnicas de trabajo adecuadas.

En México, Alcántar et al., (2009), realizaron un estudio a 32 enfermeras y enfermeros para encontrar los factores que influyen en el autocuidado de enfermería en la preparación y manejo de citostáticos en un hospital de segundo nivel; se identificaron factores de tipo personal, institucional y ambiental que intervienen de manera significativa para que el personal de enfermería no lleve a cabo un correcto autocuidado; en este estudio se concluye que este personal no identifica a estos fármacos de otros que no lo son aunque se usen concomitantemente en el tratamiento contra el cáncer, además de que no existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre estas sustancias y el llevar a cabo un correcto autocuidado. Dentro de los factores institucionales encontraron que no se ofrece inducción al puesto, además de no proveer del material ideal para el manejo de estas sustancias, tampoco del equipo indispensable, ni de un espacio especialmente diseñado para la preparación de citostáticos, todo ello obligatorio para evitar riesgos en la salud de estos profesionales derivados del contacto con ellos.

Se ha demostrado (Zalacain et al., 2005), que el contacto repetido con estas sustancias puede causar mutaciones, inmunotoxicidad y cáncer, ya que alteran la división celular sobre todo en las células de rápida proliferación, lo que conlleva a un aumento importante de los micronúcleos (MN); estas modificaciones se extrapolan a trabajadores de zonas hospitalarias en donde el contacto ocurre diariamente como parte de su actividad laboral.

En Croacia, Kopjar et al. (2009), efectuaron un estudio sobre la evaluación de los riesgos genotóxicos en trabajadores de atención en salud ocupacionalmente expuestos a los fármacos citotóxicos: un enfoque de biomarcadores múltiples; se utilizaron biomarcadores como el ensayo cometa alcalino y los puntos finales citogenéticos (análisis de aberraciones cromosómicas estructurales, la cinética de proliferación de linfocitos y la citocinesis de bloque del ensayo de MN entre otros). La población de estudio estuvo conformada por 50 trabajadores de la salud ocupacionalmente expuestos a citotóxicos y 50 sujetos sin exposición, pero con algunas características similares al grupo anterior como fueron: edad, sexo y el hábito de fumar.

Los resultados arrojaron que, en la población expuesta, el daño al ADN y citogenético fue mayor que en la población general; la edad de los sujetos de estudio y el ser fumador influyeron de manera considerable en las cifras obtenidas, ya que estas fueron mayores. De forma general, los resultados de este estudio confirmaron que el manejo de citostáticos sin las precauciones apropiadas implica un riesgo potencial genotóxico para los sujetos expuestos, por lo cual debe existir en ellos una vigilancia estrecha, si no es posible que en todos estos trabajadores se realice de manera sistemática, por lo menos se recomienda en aquellos en quienes exista una exposición accidental.

En un estudio similar al previo, El-Ebiary et al. (2011), reportaron resultados semejantes, solo que en este se tuvieron como grupos de estudio a enfermeras y farmacéuticos. El primer grupo mostró niveles más altos de daño cromosómico, además de una diferencia significativa en la frecuencia de MN. Confirman los autores del estudio, que el manejo de fármacos antineoplásicos sin las precauciones estándar conlleva a un riesgo genotóxico mayor para el personal más expuesto, que en este caso fue el personal de enfermería en relación con los farmacéuticos, haciendo énfasis en que es necesario la aplicación de medidas de intervención encaminadas a eliminar o reducir los riesgos por el contacto con estas sustancias.

Los riesgos a los que el personal de enfermería se encuentra expuesto a citostáticos (Sorsa et al., 2006), debe estar siempre en mente, lo que implica, que se debe realizar de manera personal pero instituido por el centro de trabajo, una evaluación cuantitativa del riesgo de cáncer, esta es una situación muy complicada en los hospitales, ya que las exposiciones varían en gran manera durante la vida laboral, además de que cada vez son más de este tipo de drogas que se emplean en el tratamiento para el cáncer, con lo que se incrementa la complejidad del riesgo y su detección, este riesgo, indudablemente va aumentando condicionado por el número de personas involucradas que ofrecen cuidado a los pacientes que reciben tratamiento con problemas oncológicos.

Con respecto a la seguridad ocupacional, es importante, (Martínez et al., 2002; Cajaraville y Tamés, 2004), reducir el riesgo de contaminación a través de la formación adecuada y de la capacitación del personal de enfermería previo a la realización de tareas con citostáticos y de manera periódica, por lo menos cada seis meses, lo que incluye la adopción de medidas de autoprotección consecuentes con la actividad que se realiza y el nivel de exposición; también se debe estar perfectamente informado sobre la naturaleza de los productos, sus actividades biológicas, toxicidad, características de los equipos de protección y materiales de trabajo, así como su evaluación habitual para ver el grado de cumplimiento de las normas establecidas, además de contar con suficiente personal humano que posibilite la aplicación de la normativa y la programación del trabajo para evitar el acúmulo del mismo.

Para la preparación de citostáticos se recomienda la utilización de guantes quirúrgicos de látex y en algunos casos también de material de PVC sin talco en el interior o con mínima cantidad, ya que en caso de punción el talco absorbe el citostático (National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH], 2004); se aconseja cambiarlos frecuentemente (cada media hora) y siempre que se contaminen con alguna de estas sustancias, de igual manera, cuando sufran rotura y al finalizar cada sesión de trabajo. Debe emplearse (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [CISNS], 2003), doble guante (o guantes de máximo grosor 0.45 milímetros en los dedos y 0.27 milímetros en la palma de la mano) especialmente para la limpieza de superficies, materiales y envases que contengan residuos, en particular, cuando hay riesgo de exposición por derrames. (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [CISNS], 2003).

Las batas de elección serán desechables de polietileno, revestidas de polipropileno (National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH], 2004). Las mascarillas y adaptadores buconasales deben tener un filtro incorporado que evite la inhalación de partículas de citostáticos líquidas y sólidas (SATSE, 2003); la mascarilla con filtro recomendada es la FFP3 (Guardino et al., 2006); las quirúrgicas (CISNS, 2003), no ofrecen protección respiratoria frente a los aerosoles.

La acción de buena parte de los fármacos citostáticos sobre las mucosas hace necesaria la utilización de gafas durante su manejo, sobre todo si son medicamentos muy agresivos o en casos de accidentes en su manipulación o riesgo de salpicaduras; para brindar más seguridad, las gafas deben tener protecciones laterales (CISNS, 2003); también debe colocarse (Sindicato de Enfermería de España [SATSE], 2003), gorro como parte del equipo de protección.

Durante la preparación y administración de estos agentes, las agujas y ampulas rotas pueden ser la causa de pinchazos o cortaduras constituyendo una vía potencial de exposición. Otra de las vías de contaminación la conforman (Rodríguez et al., 2004), los derrames accidentales y la formación de aerosoles de la droga por la generación de sobrepresión o de vacío en el vial, estas partículas pueden ser captadas por la piel, los guantes, la ropa y las superficies de trabajo en general.

Cuando se diluyen medicamentos citostáticos se retirarán (CISNS, 2003; SATSE, 2003), las burbujas de aire que se forman en la jeringa, para lo cual se efectúa antes una succión con el émbolo de la jeringa con el fin de que el fármaco contenido en la aguja no salga proyectado; se expulsarán las burbujas colocando una gasa estéril impregnada con alcohol de 70°.

Para perforar una solución preparada con citostáticos, se recomienda (Guardino et al., 2000), usar una gasa o algodón humedecidas con alcohol de 70° alrededor del sitio de punción del frasco para que absorba las partículas que pudieran salir durante este proceso, previo a lo cual, los sistemas o el equipo deben estar “purgados” con solución fisiológica; no deben perforarse los frascos que se encuentren colgados y una vez que vayan a ser desechados, no sacar los sistemas del frasco, ni romperlos, sino eliminarlos juntos.

Las excretas de los pacientes que han recibido algún citostático pueden contener altas concentraciones de la droga o de sus metabolitos peligrosos. Por ejemplo, los pacientes que reciben ciclofosfamida, la saliva contiene grandes cantidades de dicha sustancia. (Siebert et al., 1973). Se deben adoptar medidas (SATSE, 2003), siempre que se atienda a pacientes con incontinencia urinaria como son el uso de guantes y bata, estos deben emplearse también para el cambio de pañal en los pacientes pediátricos y en el cambio de ropa de cama; la duración de dichas medidas estará en función del fármaco administrado.

Todas las recomendaciones previas hacen alusión al autocuidado del personal de enfermería que se encuentra en contacto con citostáticos, sin embargo, cuando el contacto es prolongado y aunado a la falta de autoprotección conllevan probables repercusiones, en torno a ello, existen estudios que ponen de manifiesto sus efectos, también los hay en donde los resultados demuestran que no se lleva a cabo un correcto autocuidado, otros reflejan incongruencia en lo que el personal de enfermería dice hacer con su autocuidado y lo que realmente realizan en su práctica profesional.

### **Problema**

¿Existe riesgo de genotoxicidad oral por diferencias en el conocimiento y la práctica en el contacto con citostáticos por enfermería?

### **Objetivos**

Analizar el riesgo de genotoxicidad oral por las diferencias entre el conocimiento y la práctica en el contacto con citostáticos por enfermería.

## **MÉTODO**

### **Diseño**

Estudio descriptivo, transversal, observacional.

### **Muestreo**

No probabilístico, por conveniencia.

## **Instrumento**

Se utilizó el instrumento denominado: “Escala de Medición del Autocuidado de Enfermería en la preparación y manejo de Citostáticos” (Alcántar-Zavala et al., 2008), instrumento validado constituido por dos partes: la primera ausculta sobre el conocimiento de citostáticos y la segunda parte mide el autocuidado en la preparación y manejo de citostáticos.

El instrumento está dividido en tres dominios: preparación, manejo y contaminación por citostáticos, es decir, cada uno de los aspectos se evalúan separadamente para identificar el dominio en donde el autocuidado que lleva a cabo el personal de enfermería no es correcto.

## **Participantes**

Se estudiaron un total de 94 profesionales de enfermería de cuatro instituciones de salud de Morelia, Michoacán. México; cabe señalar que no todos los participantes preparaban, no todos manejaban citostáticos ni estaban en contacto con artículos contaminados con dichas sustancias, por lo cual, es diferente el número de participantes en cada uno de los dominios (35, 44 y 54 respectivamente realizaban esa actividad).

Los participantes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: personal de enfermería que prepara y/o maneja y/o se encuentra en contacto con material contaminado y personas con tratamiento de citostáticos de las diferentes instituciones de salud participantes al momento de la toma de muestras, quienes preparaban y manejaban citostáticos, con un mínimo de tiempo de seis meses en la institución participante y que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. La realización del estudio desde el punto de vista ético se basó en la Ley General de Salud (Cámara de Diputados, 2014), en materia de Investigación en seres humanos

## Procedimiento

Al personal de enfermería expuesto a citostáticos que cumplió con los criterios de inclusión se les invitó de manera oral a participar en el estudio, quienes aceptaron, se les aplicó un instrumento para medir el autocuidado. A los mismos se les realizó estudio de sombra durante una jornada laboral correspondiente a su turno de trabajo, observando, a través de una lista de verificación, el autocuidado que llevan a cabo en relación con los citostáticos en un escenario real

## RESULTADOS

Se presentan los resultados arrojados en este estudio. Primeramente, se encuentran en tablas las variables sociodemográficas contempladas en el mismo, y a continuación se presentan las gráficas de dispersión organizadas de acuerdo con los dominios del instrumento utilizado, es decir, en el manejo, preparación y manejo de contaminación por citostáticos y su correlación los mismos dominios a través del empleo de una lista de verificación que fue contestada por la investigadora al llevar a cabo el estudio de sombra.

**Tabla 1**

*Edad de los participantes expuestos a citostáticos y genotoxicidad oral.*

|       | Con genotoxicidad | Sin genotoxicidad |
|-------|-------------------|-------------------|
| Media | 35.93             | 35.59             |
| DE    | 8.66              | 8.00              |

Nota. DE = Desviación Estándar.

La tabla 1 muestra que la edad de los participantes expuestos a citostáticos con y sin genotoxicidad oral fue muy semejante.

**Tabla 2***Género de los participantes expuestos a citostáticos y genotoxicidad oral*

| Género    | Con genotoxicidad |       | Sin genotoxicidad |       |
|-----------|-------------------|-------|-------------------|-------|
|           | <i>f</i>          | %     | <i>f</i>          | %     |
| Femenino  | 28                | 93.33 | 62                | 96.88 |
| Masculino | 2                 | 6.67  | 2                 | 3.13  |

Nota: *f* = Frecuencia. % = Porcentaje

Se puede observar que la tabla 2 muestra el mayor porcentaje de participantes que presentaron genotoxicidad oral de acuerdo con el género y corresponde al femenino.

**Tabla 3***Nivel académico en expuestos a citostáticos y genotoxicidad oral*

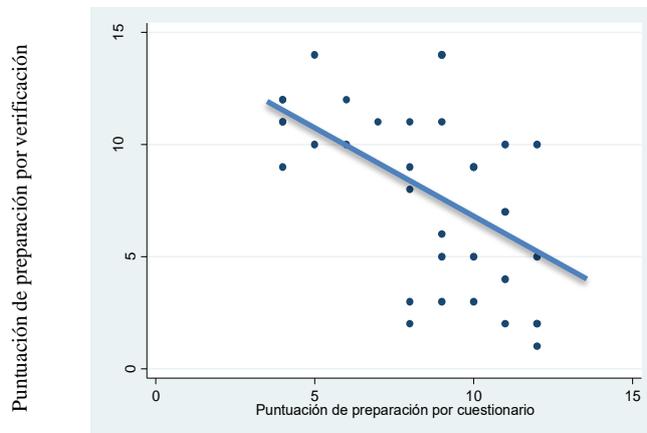
| Nivel académico             | Con genotoxicidad |      | Sin genotoxicidad |       |
|-----------------------------|-------------------|------|-------------------|-------|
|                             | <i>f</i>          | %    | <i>f</i>          | %     |
| Auxiliar de enfermería      | 0                 | 0.0  | 2                 | 3.13  |
| Técnico                     | 12                | 40.0 | 16                | 25.0  |
| Técnico con postécnico      | 1                 | 3.53 | 1                 | 1.56  |
| Licenciatura                | 11                | 36.7 | 33                | 51.56 |
| Licenciatura con postécnico | 3                 | 10.0 | 4                 | 6.25  |
| Licenciatura con diplomado  | 1                 | 3.33 | 7                 | 10.94 |
| Maestría                    | 2                 | 6.67 | 1                 | 1.56  |
| Doctorado                   | 00                | 0.0  | 00                | 0.0   |

Nota: Nota: *f* = Frecuencia. % = Porcentaje. Análisis citogenético y respuesta a instrumento

Se muestra en la tabla 3 el nivel académico presente en mayor porcentaje en los participantes con genotoxicidad oral y corresponde al técnico, aunque se observa que las cifras son semejantes al nivel licenciatura.

**Figura 1**

*Correlación entre puntuaciones por respuestas a cuestionario y lista de verificación del dominio preparación de citostáticos.*

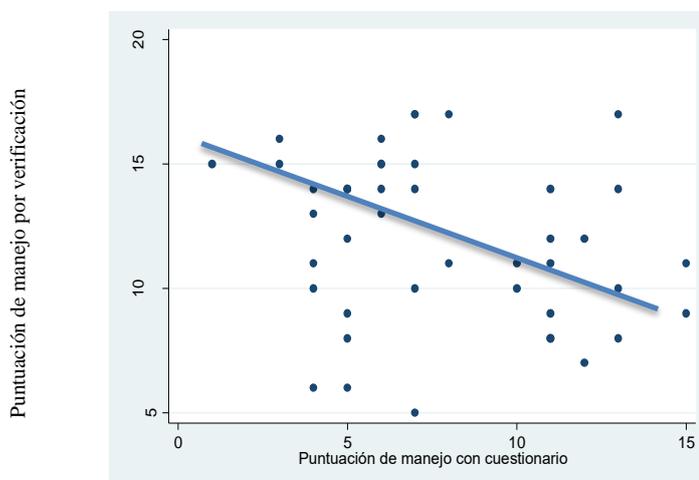


Nota: n=35 r= -0.59 Puntuación preparación por verificación = 15.24 + (-0.87) puntuación preparación por cuestionario t= -4.17 p=0.0001 IC95%= -1.29 a -0.45

Se muestra una gráfica de dispersión (Figura 1) donde se observa que existe una correlación y relación lineal negativas entre la puntuación de la lista de verificación y la puntuación de las respuestas al cuestionario por los participantes sobre la preparación de citostáticos, por lo tanto, las respuestas de ambas evaluaciones son opuestas (p<0.05).

**Figura 2**

*Correlación entre puntuaciones por respuestas a cuestionario y lista de verificación del dominio manejo de citostáticos*

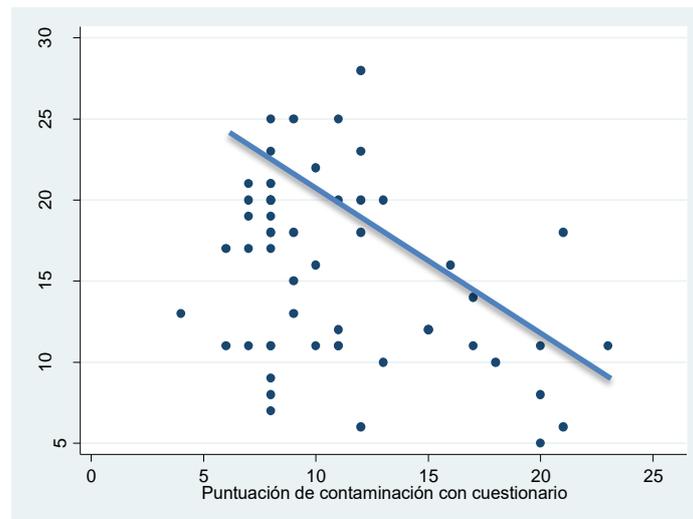


Nota: n=44 r= -0.24 Puntuación manejo por verificación = 13.68 + (-0.22) puntuación manejo por cuestionario.

En la figura 2 se observa que las puntuaciones obtenidas a través del cuestionario y de la lista de verificación sobre el manejo de citostáticos tienen una correlación negativa, en ambas puntuaciones existe una relación lineal ( $p < 0.05$ ).

### Figura 3

*Correlación entre puntuaciones por respuestas a cuestionario y lista de verificación del dominio contaminación por citostáticos*



Nota:  $n=54$   $r = -0.36$  Puntuación contaminación por verificación =  $20.50 + (-0.45)$  puntuación contaminación por instrumento.  $t = -2.83$   $p = 0.007$  IC95% = -0.76 a -0.13

La figura 3 muestra una relación negativa entre las puntuaciones del cuestionario y la lista de verificación sobre la contaminación por citostáticos, por lo cual, existe una relación lineal entre ambas puntuaciones ( $p < 0.05$ ).

## DISCUSIÓN

En este estudio pudo observarse que en relación con la edad de los participantes que presentaron genotoxicidad y en quienes no la hubo, todos pertenecían a adultos jóvenes, sin embargo, es preocupante considerando que por la media de edad y que se encuentran en etapa reproductiva, por lo cual, los riesgos en este sentido, para el personal de enfermería, aumentan.

Al respecto, Ratner, et al. (2010), en su estudio sobre genotoxicidad refiere que las enfermeras que trabajaron alguna vez en un centro contra el cáncer o en una unidad oncológica tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, en tanto que los recién nacidos cuya madre permaneció por mucho tiempo en contacto con fármacos citostáticos el riesgo de padecer cáncer de recto fue más elevado.

De acuerdo con el nivel académico de los participantes expuestos a citostáticos que presentaron genotoxicidad oral, el personal de enfermería de niveles técnico y licenciatura fueron en quienes estuvo más presente dicha condición. Los resultados mostrados en este estudio en relación con lo reportado por Constantinidis, et al. (2011), fueron semejantes ya que su población de estudio con genotoxicidad fueron los Licenciados en Enfermería quienes mostraron mayor daño.

En las instituciones de salud el grupo mayoritario corresponde a enfermería y de este, el género que predomina es el femenino, por ende, fueron quienes manifestaron genotoxicidad con mayor frecuencia. Cabe hacer especial mención que lo observado a través del estudio de sombra difiere de los resultados arrojados al dar respuesta al instrumento que mide el autocuidado en contacto con citostáticos; probablemente el personal de enfermería conoce el riesgo al que se encuentra expuesto por el contacto con dichas sustancias, sin embargo, en la práctica no realizan ese autocuidado que dicen llevar a cabo.

## **CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES**

En este estudio se identificaron los riesgos a los que el personal de enfermería se encuentra expuesto por el contacto con citostáticos, registrando si se ejerce o no un correcto autocuidado.

El personal de enfermería estudiado responde al instrumento llevar un adecuado autocuidado en el manejo de citostáticos, sin embargo, en el estudio de sombra se observa que dicho autocuidado es inadecuado.

El contacto con citostáticos representa riesgo de genotoxicidad para el personal de enfermería al no tener un autocuidado correcto en el contacto con dichas sustancias. Se requiere protocolizar o normar el autocuidado por el contacto con citostáticos, con lo que se pretende minimizar los riesgos por la exposición en el personal de enfermería.

Se sugiere proporcionar al personal de enfermería, que se encuentra en contacto con citostáticos, material, equipo e insumos con las características que recomiendan organismos internacionales para evitar riesgo de genotoxicidad en dichos profesionales.

## REFERENCIAS

- Alcántar-Zavala, M. L. A., García-Valenzuela, M. L. R. y Gómez-Alonso, C. (2008). Escala de Medición del Autocuidado de Enfermería en la Preparación y Manejo de Citostáticos. *Rev. Desarrollo Científico de Enfermería*, 16(5):203-207.
- Alcántar, Z. M. L. A., García, V. M. L. R. y Gómez, A. C. (2009). Factores que influyen en el autocuidado de enfermería en la preparación y manejo de citostáticos. *Rev Evidentia*. <http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2799.php>
- American Society of Hospital Pharmacists. (1990). Technical Assistance Bulletin on Handling Cytotoxic and Hazardous Drugs. *Am. J. Hosp. Pharm*, 47:1033-49.
- Arencibia, D. F. y Rosario, L. A. (2009). Actualización sobre el ensayo cometa y de micronúcleos in vitro. *Retel*, 20(3):24-41.
- Cajaraville, G. y Tamés, M. J. (2004). Guía de manejo de medicamentos citostáticos. *Pfizer Oncología*. <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/citostaticos/guiamanejocitos.pdf>
- El-Ebiary, A. A., Abuelfadl, A. A. y Sarhan, N. I. (2011). Evaluation of genotoxicity induced by exposure to antineoplastic drugs in lymphocytes on oncology nurses and pharmacists. *J Appl Toxicol*, 33:196-201.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. *Diario Oficial de la Federación*. [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2003). Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Agentes Citostáticos. *GeoSalud*.  
<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/Agentescitostaticos.pdf>
- Constantinidis, T. C., Vagka, E., Dallidou, P., Basta, P., Drakopoulos V, Kakolyris, S. y Chatzaki, E. (2011). Occupational health and safety of personnel handling chemotherapeutic agents in Greek hospitals. *Eur. J. Cancer Care*, 20:123-13. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2009.01150.x
- Falck, K., Sorsa, M. y Vainio, H. (1981). Use of the bacterial fluctation test to detect mutagenicity in urine of nurses handling cytostatic drugs. *Mutat Res*, 85:236-7.
- Guardino, S. X, Rosell, F. M. G. y Galisteo, M. M. (2006). NTP 740: Exposición laboral a citostáticos en el ámbito sanitario.  
[http://www.google.com/search?hl=es&rlz=1T4AMSA\\_en\\_MX264&q=NTP+740%3A+Exposici%C3%B3n+laboral+a+citost%C3%A1ticos+en+el+%C3%A1mbito+sanitario&btnG=Buscar&lr](http://www.google.com/search?hl=es&rlz=1T4AMSA_en_MX264&q=NTP+740%3A+Exposici%C3%B3n+laboral+a+citost%C3%A1ticos+en+el+%C3%A1mbito+sanitario&btnG=Buscar&lr)
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (1996). El pensamiento enfermero. Última reimpresión 2005. Elsevier-Masson.
- Kopjar, N., Garaj-Vrhovac, V., Kasuba, V., Rozgaj, R., Ramic S, Pavlica. (2009). Assessment of genotoxic risks in Croatian health care workers occupationally exposed to cytotoxic drugs: a multi-biomarker approach. *Int J Hyg Environ Health*, 212(4):414 – 31
- Martínez, M. T., García, F., Hernández, M. J., Manzanera Sausra, J. T. y Garrigós, J. A. (2002). Los Citostáticos. *Enfermería Global*.  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/687>
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2004). Preventing Occupational Exposure to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Health Care Settings.  
<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-165/2004-165b.html#j>
- Orem, D. E. (1993). Conceptos de Enfermería en la Práctica. México. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Ratner, P. A., Spinelli, J. J., Beking, K., Lorenzi, M., Chow, Y. y Teschke, K. (2010). Cancer incidence and adverse pregnancy outcome in registered nurses potentially exposed to antineoplastic drugs. *BMC Nursing*, 9:15.

- Rodríguez, M. I., Valdés, Y. C. y Proveyer, D. S. (2004). Citostáticos: medicamentos riesgosos. *Rev cubana med.*  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232004000200009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000200009&lng=es&nrm=iso)
- Siebert, D. y Simon, U. (1973). Genetic activity of metabolites in the ascitic fluid and in the urine of a human patient treated with cyclophosphamide: Induction of mitotic gene conversion in *Saccharomyces cerevisiae*. *Elsevier*.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0165116173900204>
- Sindicato de Enfermería de España. (2003). Guía para el Manejo Seguro de Citostáticos. *GeoSalud*. <http://geosalud.com/Salud%20Ocupacional/citostaticos.htm>
- Sorsa, M., Hamella, M. y Jarviluoma, E. (2006). Handling anticancer drugs: from hazard identification to risk management? *Ann N Y Acad Sci*, 1076:628-34.
- Zalacain, M., Sierrasesúmaga, L. y Patiño, A. (2005). El ensayo de micronúcleos como medida de inestabilidad genética inducida por agentes genotóxicos. *Anales Sis San Navarra*.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113766272005000300007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272005000300007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272005000300007>



## Conductas de riesgo en universitarios: una revisión sistemática

### Risk behaviors in university students: a systematic review

María Magdalena Lozano-Zúñiga<sup>1</sup>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Mexico.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 28/02/2022

Aceptado: 18/11/2022

### Resumen

**Introducción:** Las conductas de riesgo asociadas a los universitarios han cobrado relevancia, ya que se ha observado que la adopción de estas prácticas puede ocasionar consecuencias perjudiciales para su salud física y mental, por ello, la necesidad de implementar estrategias de prevención. En ese sentido, la Enfermería desempeña un papel fundamental ya que como promotores de la salud son los encargados de hacer énfasis en la necesidad del autocuidado. **Objetivo:** Analizar la evidencia científica sobre las conductas de riesgo en universitarios. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica con la finalidad de realizar un análisis descriptivo. De ese modo, se seleccionó LATINDEX, Google Académico, Dialnet, Scielo, Scopus, Redalyc, así como otras fuentes nacionales o internacionales. **Resultados:** Se encontraron 17 artículos, los cuales indican que las principales conductas de riesgo en los universitarios son: el tabaquismo, alcoholismo, prácticas sexuales de riesgo, trastornos alimenticios y del sueño. **Conclusiones:** Dado el carácter de estos comportamientos es necesario la implementación de políticas y programas de prevención, que sean gestionados a partir de un trabajo multidisciplinar, y que sean aplicados a los diferentes escenarios sociales. Sin embargo, las instituciones educativas también son co-responsables y, por ende, este espacio debe ser prioritario para la concientización sobre la problemática señalada.

*Palabras clave:* conductas de riesgo, universitarios, prácticas, factores de protección, estilo de vida.

<sup>1</sup>Correspondencia remitir a: [maria.lozano@umich.mx](mailto:maria.lozano@umich.mx) [lozanoz2003@gmail.com](mailto:lozanoz2003@gmail.com)

<sup>2</sup>Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) o [normacopparipy@gmail.com](mailto:normacopparipy@gmail.com) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

## Abstract

**Introduction:** Risk behaviors associated with university students have become relevant, since it has been observed that the adoption of these practices can cause harmful consequences for physical and mental health, therefore, the need to implement prevention strategies. In this sense, Nursing plays a fundamental role since, as health promoters, they are in charge of emphasizing the need for self-care. **Objective:** Analyze the scientific evidence on risk behaviors in university students **Methodology:** A bibliographic review was carried out in order to carry out a descriptive analysis, with that in mind chosen sources were: LATINDEX, Google Scholar, Dialnet, Scielo, Scopus, Redalyc, as well as other national or international sources were selected. **Results:** Seventeen articles were found which indicate that the main risk behaviors in university students are: smoking, alcoholism, risky sexual practices, eating and sleeping disorders. **Conclusions:** Given the nature of these behaviors, it is necessary to implement prevention policies and programs, which are managed based on multidisciplinary work, and which should be applied to the different social scenarios. However, educational institutions are also co-responsible and therefore, this space must be a priority for raising awareness of the aforementioned problem.

*Keywords:* risk behaviors, university students, practices, protective factors, lifestyle.

La formación de una carrera universitaria compromete al estudiante el desarrollo de competencias para cumplir de forma plena las exigencias que implican estudiar determinada profesión, sin embargo, se ha observado que con frecuencia se llegan a sentir rebasados y en consecuencia asumen prácticas de riesgo, esto, independientemente del área en la que se encuentren estudiando. Sin embargo, si se considera que un universitario tiene entre 17 a 25 años aproximadamente se puede concluir que se ubica en una etapa clave de su vida para la construcción de estilos de vida que incorporen hábitos saludables (Endo et al., 2021).

En ese sentido, es importante señalar que las conductas de riesgo son los “comportamientos que pueden atentar contra el equilibrio y el desarrollo de una persona, están presentes en los valores que priman actualmente en la sociedad” (Salas, 2018, p.2).

En otras palabras, son toda acción que perjudica el bienestar biopsicosocial y que depende de diversos factores asociados a las normas culturales en las que se desenvuelve un sujeto. Cabe mencionar, que esas conductas han sido practicadas, aceptadas e incluso “normalizadas” por algunos sujetos, sin embargo, es importante no olvidar que estas tendrán efectos a corto, mediano y largo plazo en su vida. Es así, como durante el ciclo vital habrá factores que faciliten la adopción de algunas de esas conductas.

Entre las principales conductas de riesgo se ubican las siguientes: “sedentarismo, estrés, conductas de riesgo frente a la salud sexual y reproductiva, y consumo de drogas” (Vélez, 2018, p.131), conductas de alto riesgo sexual (Mejía, 2019), tabaquismo, alcoholismo (Rangel et al., 2017), uso inadecuado de internet (Guerra et al., 2019), entre otras; e incluso estas pueden derivar en suicidio (Gómez et al., 2019).

De acuerdo con Morrison y Bennett (2008) existen diversas influencias que facilitan la adopción de estas conductas, entre ellas se ubican el tipo de personalidad; normas sociales, familiares y amistades; sentido de autoeficacia; actitudes; percepción del riesgo y optimismo; y objetivos y metas para la conducta. Derivado de lo anterior, se puede afirmar que el estudiante universitario va estructurando un estilo de vida y que este debe contar con actividades de autocuidado como, por ejemplo: el ejercicio, la recreación y ocio, buenos hábitos alimenticios, higiene del sueño, entre otros (Urrea et al., 2021).

Si bien, las exigencias de cursar una carrera sumadas a factores propios de su experiencia personal son dos aspectos que pueden derivar en conductas de riesgo, lo cierto es que es necesario la intervención multidisciplinar, donde participen médicos, enfermeros, psicólogos, profesores, e incluyan tanto al alumno, compañeros y familiares. Además, sería importante hacer una revisión sobre como desde el ámbito educativo se pueden hacer reformas al curriculum, cuerpo colegiado, etc., para cumplir con el objetivo educativo sin olvidar la salud de sus miembros. La salud debe ser una prioridad.

En otras palabras, las instituciones educativas deben tener la capacidad de proporcionar una educación integral y no meramente limitarse al contenido temático que abarca el plan de estudios, por ello, es necesario determinar la situación en la que se encuentran los alumnos para poder brindarles atención oportuna, puesto que estas conductas pueden ser visibles a simple vista, pero ignoradas con frecuencia.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) indica algunas acciones para mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes (por lo general los universitarios se ubican en estas etapas del desarrollo humano), pero todas ellas giran sobre un solo eje: la concientización de la problemática a nivel social.

Es importante señalar que las conductas de riesgo no deben pasarse por alto, ya que ponen en una situación vulnerable a la persona, en este caso, los universitarios y sus familiares; además, de aumentar la demanda al sector salud, por lo que dentro de las universidades se debe hacer conciente al alumno sobre la importancia del autocuidado y promover hábitos saludables.

En ese sentido, esta investigación tiene como objetivo analizar la evidencia científica sobre las conductas de riesgo en este grupo poblacional.

Por ello, cuenta con tres objetivos específicos:

- Realizar una búsqueda en diferentes buscadores para estructurar una revisión sistemática de las conductas de riesgo en universitarios (Seleccionar documentos).
- Análisis e interpretación de la información encontrada en los buscadores.
- Sistematizar la información encontrada.

## **Método**

### **Diseño y tipo de investigación**

La metodología corresponde a una revisión bibliográfica, de tipo descriptiva.

Se seleccionó LATINDEX, Google Académico, Dialnet, Scielo, Scopus, Redalyc, PubMed, así como otras fuentes nacionales o internacionales. Cabe mencionar que se utilizó para la búsqueda las siguientes palabras clave: *conductas de riesgo, universitarios, prácticas de riesgo, conductas saludables, hábitos, factor de riesgo y jóvenes*. Se tomaron como criterios de inclusión:

- Artículos científicos y de divulgación, así como material académico que relacione las variables de interés: conductas de riesgo y universitarios.
- Artículos publicados a partir de finales del 2018 hasta la fecha.
- Artículos que tuvieran como participantes a universitarios.
- Artículos nacionales e internacionales.
- Artículos con metodología cuantitativa, cualitativa y mixta.

El proceso de selección de documentos constó de tres etapas: en la primera se buscó investigaciones que incluyeran las palabras clave; en la segunda etapa se dividieron los artículos que abordaran únicamente a universitarios de aquellos estudios que tenían como participantes a población general (obviamente incluidos los universitarios) y se identificó la pertinencia de incluirlos. Finalmente, en la tercera etapa se clasifica la información. Este proceso se llevó a cabo durante dos meses aproximadamente.

## Resultados

El presente estudio recopiló en primera instancia 25 documentos de los cuales únicamente se tomaron a consideración 17, ya que eran los que cumplían satisfactoriamente con los criterios de inclusión. A continuación, en la Tabla 1 se puede observar la información recopilada, posteriormente se describen los principales hallazgos encontrados en dichos documentos:

**Tabla 1***Recopilación de escritos sobre la variable de interés: conductas de riesgo.*

| <b>N</b> | <b>Autores/Año</b>      | <b>Principales hallazgos</b>  |
|----------|-------------------------|---|
| 1        | Alonso et al. (2018).   | Los resultados ubicaron que los universitarios consumen una alta cantidad de alcohol. Sin embargo, se encontró una diferencia significativa con el sexo, donde hombres tienen más consumo.  |
| 2        | Concha et al. (2018).   | Los resultados indicaron que los hombres fueron más propensos a presentar exceso de peso corporal que las mujeres. Del mismo modo, aquellos con bajo nivel de actividad física, lesiones musculoesqueléticas y fumadores eran más propensos a tener exceso de peso corporal.      |
| 3        | Navarro et al. (2018).  | Los resultados indicaron que visualizar anuncios con contenido de alcohol en redes sociales se relacionó con el consumo de alcohol; y que las horas en estas plataformas se relacionan con el estrés percibido.   |
| 4        | Vélez et al. (2018).    | Los resultados apuntan a que las principales conductas de riesgo en los universitarios son el consumo de drogas, sedentarismo, estrés, actividades reproductivas y sexuales de alto riesgo, entre otros.  |
| 5        | Castelao et al. (2019). | Los resultados evidenciaron que el 5% de la población tiene peso insuficiente, el 16% sobrepeso y el 4% obesidad. Asimismo, que más del 50% no realiza las cinco comidas/día.   |
| 6        | Chales y Merino (2019). | Los resultados fueron que la mayoría de los y las estudiantes reconocieron tener comportamientos alimentarios poco saludables y más de la mitad desarrollan bajos niveles de actividad física, independiente de si cursaba una carrera de pregrado relacionada o no con la salud. |
| 7        | Mejia (2019).           | Los resultados muestran que el 1.4% presenta conductas de alto riesgo sexual, el 13% conductas mediano riesgo y el 21.7% de bajo riesgo. Cabe mencionar, que observaron una correlación negativa, baja entre el desarrollo de estas conductas con el funcionamiento familiar.     |
| 8        | Mora y Herrán (2019).   | Los resultados muestran que la prevalencia del alcohol es de 87.1%, sin diferencia por sexo; donde también obtuvieron que la dependencia es de 4.3%.  |
| 9        | Urday et al. (2019).    | Los resultados señalaron que el 34,8% declaró haber tenido relaciones sexuales entre una y varias veces bajo los efectos del alcohol y drogas ilícitas.   |
| 10       | Navarro et al. (2019).  | Los resultados fueron ue el 14% de las mujeres y el 35% de los hombres presentaron exceso de peso; donde la Neofobia fue ligeramente mayor en mujeres que en hombres. Es decir, las mujeres tienen una mejor alimentación.  |

**Continuación Tabla 1**

|    |                 |        |  |
|----|-----------------|--------|--|
| 11 | Badillo (2020). | et al. | Los resultados observados fueron que el 63% de los participantes inició actividad sexual antes de los 18 años, que el 87% han participado una o más veces en comportamientos sexuales de riesgo.   |
| 12 | Correa (2020).  | et al. | Los resultados mostraron una asociación entre el sexo masculino con el consumo de tabaquismo, el consumo de este con la variable de padres fumadores.  |
| 13 | Cuenca (2020).  | et al. | Los resultados no especifican las conductas de riesgo, pero apunta a una diferenciación entre los sexos, donde las mujeres son más propensas a sufrir de trastornos mentales derivados de la adopción de dichas conductas.                 |
| 14 | Freire (2020).  | et al. | Los resultados apuntan que los principales trastornos alimenticios son la ingesta compulsiva, anorexia y bulimia nerviosas.  |
| 15 | Herazo (2020).  | et al. | Los resultados fueron que las mujeres son más inactivas y tienen menor calidad del sueño que los hombres. Asimismo, que los universitarios más jóvenes que consumen tabaco y no duermen bien presentan incapacidad para manejar el estrés. |
| 16 | Ramón (2019).   | et al. | Los resultados indicaron que la prevalencia de la alimentación no saludable fue del 82,3%, mayor en las mujeres que en los hombres. Esta se relacionó con el surgimiento de ansiedad, depresión y estrés.                                  |
| 17 | Endo (2021).    | et al. | Los resultados indican que el 92% presentaban un estilo de vida adecuado y un 5% tenía un estilo de vida algo bajo, asociado con la falta de prácticas como el ejercicio y la dieta.   |

---

Con base en la información recopilada de los artículos se encontró que los textos fueron escritos en Colombia, Perú, México, Chile, España y Ecuador; y que en un porcentaje mayor al 90% son estudios bajo una metodología cuantitativa, de tipo descriptiva-correlacional, lo que hace evidente la necesidad de realizar otro tipo de estudios con metodología cualitativa o mixta. En primer lugar, se ubica que las conductas de riesgo en los universitarios son: *el consumo de tabaco y alcohol, prácticas sexuales de riesgo, trastornos de la alimentación y la falta de actividades como el ejercicio*. En el caso del consumo de alcohol los hombres tienen una prevalencia de riesgo mayor y las mujeres en los trastornos de alimentación.

Asimismo, se pudo observar una relación directa entre los trastornos de alimentación con la práctica del ejercicio, desafortunadamente quién se cuida más lo hace no por una condición de salud sino estética derivada de los estereotipos culturales y sociales que continuamente marcar los estándares de belleza, lo que conduce a mujeres universitarias a enfrentarse a una realidad cruel, lo que, en ocasiones, las conduce a desarrollar problemas alimenticios.

De forma general, gran parte de los universitarios realizan prácticas de riesgo ya sea por la poca capacidad de afrontamiento ante la situación académica o por factores relacionados a su vida personal, lo que a su vez los conduce al desarrollo de enfermedades o problemas psicosociales, que limitan su potencial, disminuyen la probabilidad de culminar una carrera profesional.

## **Discusión**

Los resultados encontrados en esta revisión sistemática coinciden con las investigaciones de Guerra et al. (2019), Mejía (2019), Rangel et al. (2017) y Vélez (2018), donde señalan que los universitarios tienen un alto consumo de alcohol y tabaco, realizan prácticas sexuales de riesgo y tienen problemas con su alimentación, lo que los coloca en una posición altamente riesgosa debido a la seriedad de estos factores; lo que a su vez aumenta el gasto del sector salud.

Además, como mencionan Agualongo y Naranjo (2020) el consumo excesivo y prolongado de diferentes tipos de drogas traen como consecuencia, el deterioro de diversas capacidades cognitivas, entre las que resaltan las funciones ejecutivas, el nivel atencional y la memoria, mismas que permiten llevar a cabo diferentes estrategias cognitivas, conductuales y emocionales y así solucionar problemas de manera que faciliten a la persona a desenvolverse en la vida cotidiana de forma productiva.

Si bien, durante la adolescencia es “normal” que se realicen ciertas prácticas de riesgo debido a que su lóbulo frontal no se ha terminado de desarrollar, es de esperarse que como a los 17-18 años (que en su mayoría han ingresado a la universidad) tengan cierto grado de madurez que le permita discernir entre lo que beneficia y lo que afecta su estado de salud.

Por lo anterior, Urrea et al. (2021) mencionan la importancia de hacer ejercicio, practicar algún deporte o actividad de ocio, seguir una dieta balanceada, dormir de forma adecuada, entre otros. Pero, muchas veces el universitario no sabe como cambiar un hábito no saludable en uno que sí lo sea, es ahí donde surgen los modelos que pueden ayudar a modificar esas conductas.

En ese sentido, desde la Psicología de la Salud algunos modelos que facilitan el proceso a aquellos sujetos que buscan un cambio de estas conductas por unas saludables. Entre los principales se ubican los modelos de conducta saludable, modelos de continuo sobre el cambio de conducta y modelos por etapas de la conducta de la salud. Entre estos últimos se ubica el Modelo Transteórico de la Salud donde la persona atraviesa por cinco fases (Morrison y Bennett, 2008): pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Además, Endo et al. (2021) y la OMS (2021) hacen recomendaciones de como se puede mejorar la condición de salud del universitario, y como se están llevando a cabo estrategias externas al sujeto que beneficien su salud.

## **Conclusiones**

Estudiar la universidad implica enfrentarse de forma constante a diversos retos, por lo que en ocasiones puede conducir a la adopción de conductas de riesgo en las que el estudiante debe prestar atención para poder hacer los cambios necesarios para mejorar su calidad de vida.

Como se pudo observar a través de la evidencia científica es necesario hacer visibles estos comportamientos y ser facilitadores, desde el campo universitario, del desarrollo o potencialización de recursos de afrontamiento, que disminuyan la probabilidad de asumir estas prácticas no saludables.

Lo anterior propiciaría universitarios pro-activos, saludables y con un gran sentido de responsabilidad en su autocuidado, lo que a su vez permitiría disminuir el gasto sanitario. Además, es importante que durante este período (entre el final de la etapa de la adolescencia y propiamente la juventud) de formación académica se tome conciencia de la importancia de la salud integral para el desarrollo del bienestar biopsicosocial.

Siguiendo lo anterior, se sugiere hacer un análisis desde el diseño instruccional de las materias, la planeación, el curriculum de los docentes, las condiciones de la institución y las características personales con las que ingresan los universitarios, para poder diseñar programas orientados al desarrollo de hábitos saludables, ya que en ocasiones, las conductas de riesgo se asumen por el desconocimiento de las consecuencias que conllevaría a su vida, y otras veces porque se ha normalizado la práctica.

Asimismo, se considera necesario la promoción de la salud integral dentro de la malla curricular, donde se fomente la expresión de las emociones y pensamientos, se les enseñe a gestionar su salud mental. Si bien, la modificación de una conducta es un proceso complejo y arduo tanto para el experto en salud como para la persona que desea el cambio, puesto que implica un alto compromiso y motivación, si es necesario. Sin embargo, con las intervenciones multidisciplinares se logran cambios de manera eficaz: como disminuir los atracones alimentarios, eliminar o disminuir el consumo de alcohol y otras drogas, entre otros.

En consecuencia, se sugiere que para tratar estas conductas se debe hacer frente a los diferentes aspectos que se ven involucrados y desde los diversos flancos; es decir, realizar un tratamiento adecuado, personalizado y con alta probabilidad de eficiencia. En ese sentido, para obtener un mejor pronóstico se necesita llevar a cabo un diagnóstico e intervención temprana; Si bien, en algunos casos no existe conciencia por parte de la persona que lo hace, es necesario que esta desee el cambio.

En resumen, este tipo de intervenciones cobra un sentido importante para la labor de los expertos de la salud, incluidas las y los enfermeros, ya que son los promotores del autocuidado, y si a esto se le suma el profesional de la Psicología que contribuye en la búsqueda, identificación y tratamiento de la causa psicológica que frecuentemente subyace a la conducta a modificar; se favorece la disminución de la probabilidad de sufrir enfermedades y aumentar la calidad de vida de las personas mejorando su funcionamiento global.

## **Sugerencias y Limitaciones**

A futuros investigadores interesados sobre el tema se les recomienda hacer una revisión sistemática que abarque un período más largo de tiempo, para poder observar si han cambiado, modificado o incrementado las conductas de riesgo en universitarios.

Asimismo, resultaría interesante producir datos de tipo cualitativo sobre estas variables, e incluso diseñar propuestas de intervención viables para su desarrollo desde el espacio educativo.

Entre las principales limitaciones se encontró que a pesar de que es un tema estudiado desde hace mucho tiempo, no existen tantos estudios como era de esperarse.

## Referencias

- Agualongo, D. J. y Naranjo, M. N. (2020). *Consecuencias del consumo de drogas en las funciones ejecutivas en jóvenes entre 15 a 25 años* [Tesis de licenciatura, Universidad Internacional SEK]. Repositorio UISEK. <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3757/1/Art%c3%adculo%20Agualongo%20Amandangi.pdf>
- Alonso, M.M., Un, L.T., Armendáriz, N.A., Navarro, E.I.P., y López, M.A. (2018). Sentido de coherencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Investigación y Ciencia*, 26 (75), 66-72. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67457300008>
- Badillo, M., Mendoza, X., Barreto, M., y Díaz, A. (2020). Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enfermería Global*, 19(59), 422-449. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412161>
- Castelao, O., Blanco, A., Meseguer, C.M., Thuissard, I.J., Cerdá, B., y Larrosa, M. (2019). Estilo de vida y riesgo de trastorno alimentario atípico en estudiantes universitarios: realidad versus percepción. *Enfermería Clínica*, 29(5), 280-290. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862118300810>
- Chales, A. y Merino, J.M. (2019). Physical activity and eating behaviors among Chilean university students. *Ciencia y enfermería*, 25, 16. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100212>
- Concha, Y., Guzmán, E., Valdés, P., Lira, C., Petermann, F., y Celis, C. (2018). Factores de riesgo asociados a bajo nivel de actividad física y exceso de peso corporal en estudiantes universitarios. *Revista médica de Chile*, 146(8), 840-849. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000800840>

- Correa, L.E., Morales, A.M., Olivera, J.E., Segura, C. L., Cedillo, L., y Luna, C. (2020). Factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes universitarios de lima metropolitana. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 227-232. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2872>
- Cuenca, N.E-. Robladillo, L.M., Meneses, M.E., y Suyo, J.A. (2020). Salud mental en adolescentes universitarios Latinoamericanos: Revisión sistemática. *Archivos venezolanos de Farmacología y terapéutica*, 39(6), 689-705. <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosvenezolanosdefarmacologiayterapeutica/2020/vol39/no6/3.pdf>
- Endo, N., Mayor, T.A., Correa, M.A., y Cruz, F.E. (2021). Estilos de vida en estudiantes universitarios de un programa académico de salud. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 6(4), 12-18. <http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v6i4.1199.2021>
- Freire, D., Utreras, A.I., Bonilla, S., Macias, E.C., y Real, E. (2020). Trastornos de alimentacion en estudiantes universitarios. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 7(2), 1-17. <https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/2025/2082>
- Gómez, A.S., Núñez, C., Caballo, V., Agudelo, M.P., y Grisales, A.M. (2019). Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(3), 391-413. <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/03.Gomez-27-3oa.pdf>
- Guerra, C., Montiel, I., Molina, N., Escalona, Y., Riquelme, J., y Rojas, L. (2019). Análisis de una escala breve de conductas de riesgo en internet en jóvenes chilenos. *Anuario de Psicología*, 49(1), 32-39. <https://doi.org/10.1344/anpsic2019.49.4>

- Herazo, Y., Nuñez, N., Sánchez, L., Vázquez, F., Lozano, A., Torres, E., y Valdelamar, A. (2020). Estilos de vida relacionados con la salud en estudiantes universitarios. *Retos*, 38, 547-551. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7446315.pdf>
- Mejía, N. A. (2019). *Funcionamiento familiar y conductas de riesgo sexual en estudiantes universitarios de una institución pública de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio de Universidad Nacional Federico Villarreal. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2815>
- Mora, C.A., y Herrán, O.F. (2019). Prevalencia de consumo de alcohol y de alcoholismo en estudiantes universitarios de Villavicencio, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(2), 225-233. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.69282>
- Morrison, V., y Bennett, P. (2008). Predicción de la conducta saludable. En *Psicología de la salud* (133-173). Pearson
- Navarro, E.I.P., Silva, E.C., Álvarez, J., y Guzmán, F.R. (2018). Uso de Facebook, estrés percibido y consumo de alcohol en jvenes universitarios. *Ciênc. saúde colet.*, 23(1), 3675-3681. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.27132016>
- Navarro, I., Periago, M., Vidaña, M., y Rodríguez, A. (2019). Neofobia alimentaria y trastornos de conducta alimentaria: Impacto en la adherencia a la dieta mediterránea de universitarios españoles. *Revista chilena de nutrición*, 46(2), 174-180. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182019000200174>
- Organización Mundial de la Salud. (18 de enero de 2021). *Salud del adolescente y el joven adulto*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Ramón, E., Martínez, B., Granada, J.M., Echániz, E., Pellicer, B., Juárez, R., Guerrero, S., y Sáez, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 1339-1345. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02641>
- Rangel, L.G., Gamboa, E.M., y Murillo, A.L. (2017). Prevalencia de factores de riesgo comportamentales modificables asociados a enfermedades no transmisibles en estudiantes universitarios latinoamericanos: una revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5), 1185-1197. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1057>

- Salas, F. (2018). Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. *Revista ABRA*, 38(56), 1-16. <https://doi.org/10.15359/abra.38-56.3>
- Urday, F., Gonzáles, C., Peñalva, L.J., Pantigos, E.L., Cruz, S.H., y Pinto, L. (2019). Percepción de riesgos y consumo de drogas en estudiantes universitarios de enfermería, Arequipa, Perú. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (36), 19-35. <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i36.33416>
- Urrea, A.M., Arenas, J.A., y Hernández, J.A. (2021). Relación entre los estilos de vida y autoconcepto en jóvenes universitarios. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (41), 291-298. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7947940>
- Vélez, C., Hoyos, M., Pico, M. E., Jaramillo, C. P., y Escobar, M.P. (2018). Comportamientos de riesgo en estudiantes universitarios: la ruta para enfocar acciones educativas desde los currículos. *Latinoamericana de Estudios Educativos*, 15(1), 130-153. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/latinoamericana/article/view/3917>



## Modelo para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal

### Model for the use of contraceptives in perinatal adolescents

Clara Teresita Morales Alvarez <sup>1</sup>, Norma Elva Sáenz Soto<sup>2</sup>,

Juan Carlos Barrera de León<sup>3</sup>, María Luisa Fores Arias<sup>4</sup>

Universidad Autónoma de Nuevo León, Instituto Mexicano del Seguro Social,  
Universidad de Guanajuato. Mexico

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido:01/06/22

Aceptado: 19/11/2022

## Resumen

**Introducción:** El embarazo subsecuente en la adolescencia representa un problema de salud pública que implica varios determinantes, el desarrollo de conexiones teóricas- empíricas son necesarias para comprender el fenómeno desde diferentes enfoques contextuales y contribuir a su solución **Objetivo:** presentar una subestructuración teórica que permita guiar el cambio de conducta de las adolescentes gestantes hacia el uso de anticonceptivos en el posparto inmediato y ontexto clínico. **Metodología:** Se utilizó la propuesta de Dulock y Holzemer (1991) para vincular la teoría al método; se identificaron las principales variables, después analizarlas se conectaron con la base teórica. **Resultados:** se elaboró el Modelo para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal para explicar como se desarrolla el cambio de conducta de las adolescentes hacia el uso de anticonceptivos **Conclusiones:** La conexión de la base teórica con los aspectos operacionales del presente modelo permite visualizar el transito de las adolescentes por las etapas de cambio hasta llegar al uso de anticonceptivos en el posparto.

**Palabras clave:** Embarazo en adolescencia, planificación familiar, adolescente, anticonceptivo.

---

Correspondencia remitir a: Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. [norma.saenzst@uanl.edu.mx](mailto:norma.saenzst@uanl.edu.mx)

<sup>1</sup> Estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey Nuevo León, México, [clara.moraleslv@uanl.edu.mx](mailto:clara.moraleslv@uanl.edu.mx) y Profesora Investigadora, Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México

<sup>3</sup> Doctor, Director de educación e investigación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara Jalisco, México, [jcbarre@hotmail.com](mailto:jcbarre@hotmail.com)

<sup>4</sup> Doctora, Profesora Investigadora, Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México, [ml.flores@ugto.mx](mailto:ml.flores@ugto.mx)

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

## Abstract

**Introduction:** Subsequent pregnancy in adolescence represents a public health problem that involves several determinants, the development of theoretical-connections empirical are necessary to understand the phenomenon from different contextual approaches and contribute to its solution **Objective:** present a theoretical sub-structure that allows to guide the behavior change of pregnant adolescents towards the use of contraceptives in the immediate postpartum and clinical context. **Methodology:** The proposal of Dulock and Holzemer (1991) was used, a process to link theory to method; the main variables were identified, after analyzing them they were connected with the theoretical basis. **Results:** The Model for the Use of Contraceptives in Perinatal Adolescents was developed to explain how the behavior change of adolescents towards the use of contraceptives develops **Conclusions:** The connection of the theoretical basis with the operational aspects of this model allows us to visualize the transition of adolescent girls through the stages of change to the use of contraceptives in the immediate postpartum period.

*Keywords:* Pregnancy in adolescent, family planning, adolescent, contraceptive agents.

En México del 20 al 25% de los embarazos en las adolescentes son Embarazos Subsecuentes (ES) y no han disminuido en los últimos diez años (Hubert et al., 2018), situación que eleva la Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA) representada por el número de nacimientos por cada 1000 adolescentes la cual ha llegado a 70.6 en 2017 y desde entonces este país ha destacado en los primeros lugares de Embarazo Adolescente entre los afiliados a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (De Castro et al., 2020; Sánchez-Pájaro et al., 2019).

Enfocarse en la prevención del ES desde el primer embarazo, podría contribuir a la disminución de la TFA, ya que durante éste periodo las adolescentes asisten a la consulta prenatal y esto representa una área de oportunidad para brindar consejería anticonceptiva en virtud de que el 98.4% de las mujeres en México reciben atención prenatal en instituciones de salud (Heredia-Pi et al., 2016), el 50 % de las mujeres reanudan su actividad sexual antes de las 6 semanas posparto (Krashin et al., 2019).

El 40% de las mujeres no regresa a la consulta médica a la sexta semana, por tanto una intervención durante el primer embarazo adolescente y en contexto clínico podría prevenir la ambivalencia de un ES en los primeros meses post parto (Chacko et al., 2016). La pertinencia de este tipo de intervenciones obedece a la ventaja de ser menos costosas en comparación con las intervenciones domiciliarias (Rabin et al., 1991) y de acuerdo a Frederiksen et al.(2018) las intervenciones en este contexto son escasas.

En consideración con lo anterior, se realizó una subestructuración teórica del Modelo Transteórico (MT) de Diclemente y Prochaska (2005) sumando a éste el Control Conductual Percibido (CCP) de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) de Fishbein y Ajzen (1975) y conceptos del Modelo de cambio de conducta para el uso de anticonceptivos en madres adolescentes de (MCC-MAC) de Manjarres-Posada (2021).

La fusión de estos constructos obedece a las contribuciones sobre la TCP podría contribuir a explicar como las personas transitan por las etapas de cambio del MT (Akinola et al., 2019), en específico en el CCP, pues éste es un motivador que influye tanto en la intención como en el comportamiento (Armitage & Conner, 2001) y por lo tanto cualquier manipulación a la intención debería ejercer un efecto comparable en la etapas de cambio (Ajzen, 2002). Con respecto al MCC-MAC de Manjarres en (2020) muestra evidencia de que los conceptos conocimiento y la actitud anticonceptiva resultaron ser predictores para la conducta anticonceptiva, cabe mencionar que este modelo también fue guiado por el MT.

Ante las evidencias científicas ofrecidas por la TCP, MCC-MAC y MT se plantea el Modelo para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal, con el objetivo de explicar cómo transitan las adolescentes gestantes a través de las etapas de cambio, evaluar el CCP como moderador y determinar los predictores del uso de anticonceptivos en el postparto inmediato.

## MÉTODO

Se seleccionaron los modelos y teorías que demostraron eficacia en el uso de anticonceptivos de adolescentes en otros contextos, después se identificaron y aislaron los conceptos principales, se especificó la relación entre los conceptos, se jerarquizaron por nivel de abstracción y por último se hizo una representación de la relación entre las variables (Dulock & Holzemer, 1991).

## RESULTADOS

Frente al hecho de que el embarazo en la adolescencia generalmente no es planeado (Núñez-Urquiza, 2003) y ante la gama de sentimientos y pensamientos durante este proceso, podría ser que la adolescente no cuente con los recursos sociales, familiares, psicológicos y culturales necesarios para planear el uso de anticonceptivos al final del embarazo. Por lo que se debe considerar que asesorar a las adolescentes sobre anticoncepción implica el reconocimiento de barreras únicas y propias de este grupo para facilitar la elección de un anticonceptivo de una manera que priorice su autonomía (Raidoo & Kaneshiro, 2017). De aquí la importancia de la comunicación entre los proveedores de salud (PS) y las adolescentes gestantes (AG).

En la construcción de la presente sub-estructuración se identificaron los constructos CCP para abordar la comunicación entre los PS y AG en el contexto clínico, conocimiento y actitud anticonceptiva como elementos predictores del uso de anticonceptivos y del MT las etapas de cambio, procesos de cambio, balance decisional y la autoeficacia, los cuales guían de forma volitiva la conducta de las AG.

El CCP se basa en el razonamiento, entre más fuerte sea una intención en acción ésta, estará determinada, al menos parcialmente por barreras personales y ambientales, por lo tanto, el CCP se hace presente a medida que disminuye el control volitivo sobre el comportamiento. Cuando la conducta no está bajo control volitivo completo el CCP puede moderar la relación entre la intención y la conducta (Armitage & Conner, 2001).

Del CCP surge la Comunicación Anticonceptiva Perinatal (CAP) que es la percepción de ser escuchada, valorada y no enjuiciada sobre su condición de salud actual y edad, además manifiesta que el PS toma en cuenta sus opiniones con respecto a su salud reproductiva (Carvajal et al. 2021), le brinda información segura y confianza para expresar sus dudas (Safran et al., 1998) en un contexto clínico.

La actitud anticonceptiva son los sentimientos positivos o negativos hacia el uso de anticonceptivos y que podrían ser referidas como preocupaciones de las adolescentes por los efectos secundarios y riesgos para la salud a largo plazo que podrían superar sus preocupaciones por el embarazo y determinar el uso de un anticonceptivo (Manjarres-Posada, 2021). De la actitud anticonceptiva, surge la *disposición contraceptiva*, conformada por los pensamientos y posturas de la AG con respecto a la utilización de los anticonceptivos (Morales et al., 2018), priorizando sus metas a futuro y salud reproductiva sobre las barreras del entorno clínico como la presión del PS o influencia de los familiares (Bucknall & Bick, 2019; De la Vara-Salazar et al., 2018).

Los conocimientos en anticoncepción, se relaciona con el proceso biológico reproductivo, la forma como se usan los anticonceptivos, así como la farmacodinamia de los mismos (Manjarres-Posada, 2021). Del conocimiento anticonceptivo emana *el saber contraceptivo perinatal*, es la comprensión de la información brindada a través de la CAP sobre la estructura y función del aparato reproductor de las adolescentes así como las reacciones secundarias, contraindicaciones de los anticonceptivos, esta comprensión brinda la pauta consciente sobre el espaciamiento de sus hijos y uso de anticonceptivos (Hall et al., 2014; Ritter et al., 2015).

### ***Etapas de cambio del MT***

Estas etapas representan actitudes, intenciones y comportamientos relacionados con la preparación de un individuo en el ciclo de cambio. Cada etapa refleja un conjunto de tareas necesarias para pasar a la siguiente etapa (Prochaska & Norcross, 2013). La transición a través de las etapas está mediada por los procesos de cambio, el balance decisional y la autoeficacia (Prochaska & Prochaska, 2019), ver Tabla 1.

**Tabla 1**

*Estados y procesos de cambio del Modelo Transteorico*

| Precontemplación         | Contemplación    | Preparación    | Acción                 | Mantenimiento         |
|--------------------------|------------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Concientización          |                  |                |                        |                       |
| Alivio dramático         | Autoreevaluación |                | Contracondicionamiento |                       |
| Reevaluación del entorno |                  | Autoliberación | Liberación social      |                       |
|                          |                  |                | Relaciones de ayuda    | Manejo de recompensas |
|                          |                  |                |                        | Control de estímulos  |

*Nota.* La tabla muestra la relación entre los diez procesos de cambio utilizados a medida que la persona transita por las etapas de cambio adaptado de Prochaska, J. O., DiClemente, C., & Norcross, J. C. (1994). *Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. RET, Revista Toxicomanias, 1*, 3–14.

Las etapas de cambio son dimensiones interrelacionadas para evaluar adecuadamente la modificación del comportamiento nombradas precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación estas representan los aspectos temporales, motivacionales y de constancia de la conducta en el individuo (DiClemente et al., 1991). Para efectos en este trabajo solo se consideran las primeras cuatro etapas.

*Las etapas de cambio para llegar al uso de anticonceptivos en las adolescentes en etapa perinatal*, son las fases que cursa la AG durante el cambio de conducta hacia el uso de anticonceptivos en el periodo postparto inmediato, comienzan en la *precontemplación*, en este estadio, la AG no está pensando en cambiar su conducta anticonceptiva (Galavotti et al., 1995), debido a la falta de interés y motivación para utilizarlos (Stevens-Simon et al., 1996). Por lo que, el desplazamiento de una etapa a otra dependerá de la consejería que brinde el PS en un entorno clínico para incrementar el saber y disposición contraceptivos perinatal, así como de la activación de los procesos de cambio, realización del balance decisional, autoeficacia hasta llegar a la *acción* que es el uso de un anticonceptivo en el postparto inmediato.

En la precontemplación no hay ninguna intención de cambiar, por lo menos en los 6 meses próximos, básicamente la persona no está consciente de que existe un problema o tiende a minimizar el problema, sin embargo, el problema es percibido por personas cercanas (DiClemente & Prochaska, 2005). De la etapa descrita anteriormente, se construye la *precontemplación anticonceptiva perinatal*, donde las adolescentes se encuentran entre la 20-26 SDG y no perciben la necesidad de utilizar un anticonceptivo (Kamalikhah et al., 2015) posterior al nacimiento de su bebé, debido a varios factores que acontecen durante el embarazo y simplemente los anticonceptivos no son relevantes en este periodo de su vida o están predispuestas de forma negativa hacia efectos secundarios de los anticonceptivos, (Moreno et al., 2020; Stevens-Simon et al., 1996) además de que carece de saber contraceptivo (Govender et al., 2020; Zabin, 1991).

La segunda etapa, contemplación es cuando las personas reconocen que existe un problema y piensan en la superación de este problema en los siguientes 6 meses, son más conscientes de las ventajas y desventajas del cambio, pero aún no se han comprometido a pasar a la acción. Este equilibrio puede producir una ambivalencia que puede mantener a las personas atrapadas por largos periodos, como una contemplación crónica, debido a que la persona no está preparada para el cambio (Prochaska & Prochaska, 2016; Prochaska & Prochaska, 2019). En esta etapa se consideran los pros y contras del problema, así como la solución, por lo cual las personas luchan con sus evaluaciones positivas del comportamiento inadecuado y gastan energía para superar el problema (DiClemente et al., 1991; Prochaska & Norcross, 2013).

En la *contemplación anticonceptiva perinatal* las adolescentes se encuentran en la semana de gestación (SDG) 27 - 29 y están pensando en cambiar dentro de un futuro predecible (Kamalikhah et al., 2015), comienza el cambio hacia una predisposición positiva hacia los anticonceptivos, pero aún no toman la decisión concreta para usar un anticonceptivo (Galavotti et al., 1995). Las adolescentes se sienten motivadas y discuten las razones para evitar un segundo embarazo como; conciencia de la responsabilidad de los padres, metas a futuro (Melo et al., 2015), además manifiesta la necesidad de consejería anticonceptiva al PS (Chemutai et al., 2020).

La tercera etapa del MT es la preparación, dónde se combina la intención y criterio de comportamiento, las personas se encuentran preparadas para la acción e informan pequeños cambios de comportamiento a diferencia de los precontempladoras y contempladoras. Están seriamente pensando abandonar la conducta nociva en los próximos 6 meses, con acciones concretas en los próximos 30 días (DiClemente et al., 1991). No obstante, ellas aún no han alcanzado el criterio para una acción efectiva, como la abstinencia de fumar o tomar alcohol. Algunos investigadores nombran a esta etapa como un principio de movimiento hacia el cambio de conducta (Prochaska & Prochaska, 2016).

En la *preparación hacia el uso de anticonceptivos perinatal* la adolescente se encuentra entre las 27- 33 SDG y tienen la intención para comenzar a usar un anticonceptivo en los próximos 30 días (DiClemente et al., 1991; Galavotti et al., 1995; Grimley et al., 1993). Las adolescentes externan preocupaciones personales con respecto a la salud reproductiva, la efectividad, duración, dolor al momento de la instalación, miedos de los efectos adversos y reversibilidad. También mencionan que valoran la consejería de planificación familiar (Melo et al., 2015).

En la etapa de acción del MT la persona modifica su comportamiento, experiencias o entorno a fin de superar sus problemas, esta etapa implica cambios de comportamiento más visible y requiere un considerable compromiso de tiempo y energía. Los individuos se clasifican en la etapa de acción si han modificado con éxito el comportamiento durante el periodo de 1 día a 6 meses (Prochaska & Prochaska, 2016; Prochaska y Norcross, 2013). De la cuarta etapa del MT subyace el *uso de anticonceptivos perinatal*, la adolescente se encuentra entre la 37-40 SDG y ha decidido de forma consciente e informada usar un anticonceptivo adaptado a sus necesidades entre 1 a 180 días (Grimley et al., 1993; Melo et al., 2015) considerando que sus metas a futuro pueden contabilizarse desde el primer día post parto hasta el término del puerperio tardío, pero no menos de seis meses (Galavotti et al., 1995).

### ***Procesos de cambio***

En interacción con el equilibrio decisional se encuentran los diez procesos de cambio, representando un nivel intermedio de abstracción entre las asunciones meta-teóricas y técnicas específicas, vistos como el área de satisfacción más cercana a la convergencia teórica (Norcross et al., 2011; Prochaska & Velicer, 1997a).

Los diez procesos de cambio son: la concientización, alivio dramático, la reevaluación del entorno la autoevaluación, la auto liberación, las relaciones de ayuda, el contracondicionamiento, el manejo de reforzamiento, el control de estímulos y la liberación social (Prochaska & Prochaska, 2019), a continuación, se describen cada uno de los procesos del MT.

*Los procesos de cambio anticonceptivo perinatal*, son actividades en las que participan las adolescentes mientras intentan progresar a través de las etapas de cambio anticonceptivo perinatal para usar un anticonceptivo, (Dempsey et al., 2011) y a medida que ocurren estas experiencias, la adolescente pasa de no tener conciencia sobre el no uso de AC a considerar un cambio (precontemplación/contemplación) para luego tener la intención de utilizar un anticonceptivo y finalmente decidirlo (Parrish et al., 2016). A continuación, se muestran los diez procesos de cambio y su adaptación hacia el uso de anticonceptivos:

1. Concientización, implica una mayor conciencia de las causas, consecuencias y respuestas de un problema en particular (Prochaska & Velicer, 1997b; Prochaska y Norcross, 2013; Prochaska & Prochaska, 2019). En la *concientización anticonceptiva perinatal* la adolescente reconoce los beneficios de usar un anticonceptivo, comienza a buscar información formal e informal sobre los anticonceptivos (Moreno et al., 2020; Quintero-Rondón & Rojas-Bentancur, 2015)

2. El alivio dramático (prestar atención a los sentimientos) implica la excitación emocional sobre el comportamiento actual y el alivio que puede surgir al cambiar el miedo, la inspiración, la culpa y la esperanza son algunas de las emociones que pueden llevar a las personas a contemplar el cambio (Prochaska & Velicer, 1997; Prochaska & Prochaska, 2019). El *alivio dramático anticonceptivo perinatal*, se refiere a la disposición negativa que experimenta la AG para utilizar un anticonceptivo por sí sola (De la Vara-Salazar et al., 2018) y a su vez visualiza a futuro la satisfacción de cuidar de su salud prolongando el periodo intergenésico, además de la posibilidad de alcanzar sus metas personales (Fernandez, 2017).

3. La auto-reevaluación (crear una nueva imagen de sí mismo), combina evaluaciones cognitivas y afectivas de sí mismo, libre de un comportamiento no saludable (Prochaska & Velicer, 1997b; Prochaska & Prochaska, 2019). En *la auto-reevaluación anticonceptiva perinatal*, la adolescente genera una imagen positiva, adquiere seguridad para manifestar su interés por usar un anticonceptivo para llevar su maternidad y sexualidad con mayor disfrute (Ahinkorah et al., 2019; Eliason et al., 2013; Tocce et al., 2012).

4. La reevaluación del entorno (observa su efecto en los demás) combina evaluaciones afectivas y cognitivas de cómo un comportamiento no saludable afecta su entorno social y cómo el cambio afectaría ese entorno (Prochaska & Norcross, 2013; Prochaska & Prochaska, 2019). *La reevaluación del entorno anticonceptivo perinatal* es aquella que realiza la adolescente sobre cómo podría ser su vida familiar con y sin la utilización de los anticonceptivos (Eliason et al., 2013; Govender, Naidoo, et al., 2020b; Quintero-Rondón & Rojas-Bentancur, 2015).

5. La autoliberación (hacer un compromiso) implica tanto la creencia de que uno puede cambiar y generar un nuevo compromiso de actuación de acuerdo con esa creencia (Galbraith et al., 2016; Prochaska & Velicer, 1997b; Prochaska & Prochaska, 2019). *La autoliberación anticonceptiva perinatal*, es la sensación y pensamiento de la adolescente de un mayor conocimiento sobre los anticonceptivos, elimina mitos sobre el uso de anticonceptivos, por lo tanto se siente capaz de elegir un AC de acuerdo a sus metas y necesidades (Mutumba et al., 2018; Santos et al., 2018).

6. El contracondicionamiento (usar sustitutos). El individuo requiere del aprendizaje de un comportamiento más saludable que pueden sustituir el comportamiento no saludable (Prochaska & Velicer, 1997a; J. Prochaska & Prochaska, 2016). En el *contracondicionamiento anticonceptivo perinatal* la adolescente sustituye la conducta de procrastinación de uso de anticonceptivos por una conducta anticonceptiva responsable resultado del balance de las conveniencias e inconveniencias con respecto a los anticonceptivos, lo que la conduce a interesarse en el tema y disminuir la vergüenza para preguntar sus dudas (Gejo et al., 2019; Stevens-Simon et al., 1996).

7. Manejo de recompensas, (recompensas de uso) implica el uso sistemático de refuerzos y castigos por dar pasos en una dirección particular, es útil enfatizar los refuerzos para progresar en lugar de los castigos para retroceder (Prochaska & Prochaska, 2019). *El Manejo de recompensas anticonceptiva perinatal* es cuando la adolescente satisface su necesidad anticonceptiva y experimenta el uso del método de forma consciente lo que le permite identificar y corregir percepciones erróneas adquiridas en el pasado (Álvarez-Nieto et al., 2012; Eliason et al., 2013; Moreno et al., 2020).

8. La liberación social (notar el apoyo del público) es el proceso mediante el cual los cambios en la sociedad aumentan las opciones y oportunidades para tener una vida más saludable y feliz, libre de conductas de riesgo (Prochaska & Prochaska, 2019). La *liberación social anticonceptiva perinatal* visualiza de forma positiva de retomar sus planes personales, familiares o escolares a futuro, posterior a la adopción de un anticonceptivo (Álvarez-Nieto et al., 2012; Quintero-Rondón & Rojas-Bentancur, 2015; Reyes-López, et al., 2020).

9. El control de estímulos (administrar su entorno) significa modificar el entorno para aumentar las señales que provocan respuestas saludables y disminuir las señales que conducen a una recaída (Prochaska & Prochaska, 2019). El *control de estímulos anticonceptivo perinatal*, es cuando la adolescente, dialoga con los PS sobre sus dudas y temores hacia los anticonceptivos, además de dialogar o negociar su uso con las personas significativas de su entorno (Carvajal et al., 2019; Chandra-Mouli & Akwara, 2020).

10. Las relaciones de ayuda (obtener apoyo) combinan cariño, franqueza, confianza y aceptación, así como apoyo para el cambio, la persona busca ayuda a través de la creación de relaciones, alianzas terapéuticas y red de amigos (Prochaska & Prochaska, 2019). Las *relaciones de ayuda anticonceptiva perinatal* es cuando la adolescente establece una relación terapéutica basada en la confianza con los PS situación que le permite usar un anticonceptivo de forma segura y de acuerdo a sus necesidades (Carvajal et al., 2019; Morse et al., 2017), ver Figura 1.

La forma en la que se utilicen los procesos de cambio en concordancia con las etapas de cambio debe realizarse con cautela para progresar a las personas a la siguiente etapa. Se ha demostrado que los pacientes progresan de manera óptima de la precontemplación y contemplación a la preparación mediante la concienciación, la autoliberación y el alivio dramático y que las personas progresan mejor a la acción o al mantenimiento mediante el uso del contracondicionamiento, control de estímulos y manejo de recompensas (Norcross et al., 2011).

### **Balance decisional**

Refleja la ponderación de los pros y contras de un comportamiento objetivo que incluye ganancias para uno mismo y los demás, aprobación de uno mismo y los demás (Galbraith et al., 2016, p. 337), lo que hace fortalecer la confianza en sí mismo, incrementando su capacidad interna para alcanzar el objetivo conductual percibido (Prochaska & Velicer, 1997). En el *balance anticonceptivo perinatal* el cual se refiere a la evaluación que hace la adolescente sobre las conveniencias o inconveniencias de utilizar un con una visión interna y hacia las personas significativas que se encuentran a su alrededor para decidir usar o no usar un anticonceptivo o bien, el tipo de contraceptivo de acuerdo con sus necesidades, durante el curso del tercer trimestre de gestación y postparto inmediato.

En las adolescentes en etapa de acción o mantenimiento el balance decisional enfatiza los aspectos positivos de un cambio de comportamiento pero cuando las adolescentes están en etapas de precontemplación o contemplación el balance enfatiza aspectos negativos (Galavotti et al., 1995). Las conveniencias de usar o no usar un anticonceptivo se equilibran antes de llegar a la etapa de acción (Dempsey et al., 2011).

### **Autoeficacia**

Es la confianza en una situación específica que las personas tienen mientras se enfrentan a situaciones de alto riesgo (Prochaska & Prochaska, 2019), sin caer en sus antiguas conductas, a medida que las personas transitan a la etapa de preparación y acción la disparidad entre los sentimientos de autoeficacia y tentación se cierran para lograr un cambio de conducta (Galbraith et al., 2016).

La *autoeficacia* anticonceptiva perinatal es cuando la AG se encuentra al final de su embarazo y se siente capaz de elegir el uso de un anticonceptivo en pro de su salud reproductiva (Galavotti et al., 1995). La autoeficacia conlleva el tránsito de la etapa de precontemplación a la etapa de acción en donde la adolescente ha evaluado las conveniencias de usar un anticonceptivo.

Para representar el tránsito de la AG en las etapas de cambio y constructos del MT, la influencia de los predictores y moderación de la CAP se construyó la figura 1.

## **DISCUSIÓN**

La presente sub-estructuración además de establecer la relación teórica- empírica permite a la disciplina de enfermería realizar intervenciones considerando el contexto de desarrollo, en el entendido de que éstas ocurren dentro de un entorno que incluye múltiples niveles: el individuo y el entorno, dado que existen interacciones significativas entre estos niveles, es más probable que las intervenciones tengan éxito y sean sostenibles si se consideran características de cada nivel y las interacciones entre ellos (Gitlin & Czaja, 2016).

Al respecto Kuri et al. (2020) menciona que el abordaje del ES debe priorizar necesidades de los adolescentes para incrementar el uso de AC y acceso a los mismos por lo que es urgente diseñar intervenciones en salud, replicables y sostenibles en todo el país, de aquí la relevancia de conjuntar la teoría y la práctica hacia la solución de problemas de salud desde diferentes enfoques. Ante la multicausalidad del ES en la adolescencia se requiere el surgimiento de nuevos enfoques los argumentos respecto a considerar el embarazo adolescente como problema individual, pierden poco a poco validez y hace ver al adolescente como estático y fuera de su contexto, ya que no se consideran las condiciones sociales específicas de dicho fenómeno (Jesús Reyes & González Almontes, 2014) en este caso la interacción con los PS en un ambiente clínico.

Esta sub-estructuración se considera vanguardista ya que aborda un problema de salud pública poco estudiado en el país, considera al menos dos niveles de interacción en la posible solución del ES, además de que en futuro podría servir de guía a intervenciones en el contexto clínico y adolescentes en etapa perinatal que al momento mayoría de intervenciones dirigidas al embarazo adolescente y ES abordan adolescentes en etapa posparto.

## **CONCLUSIONES**

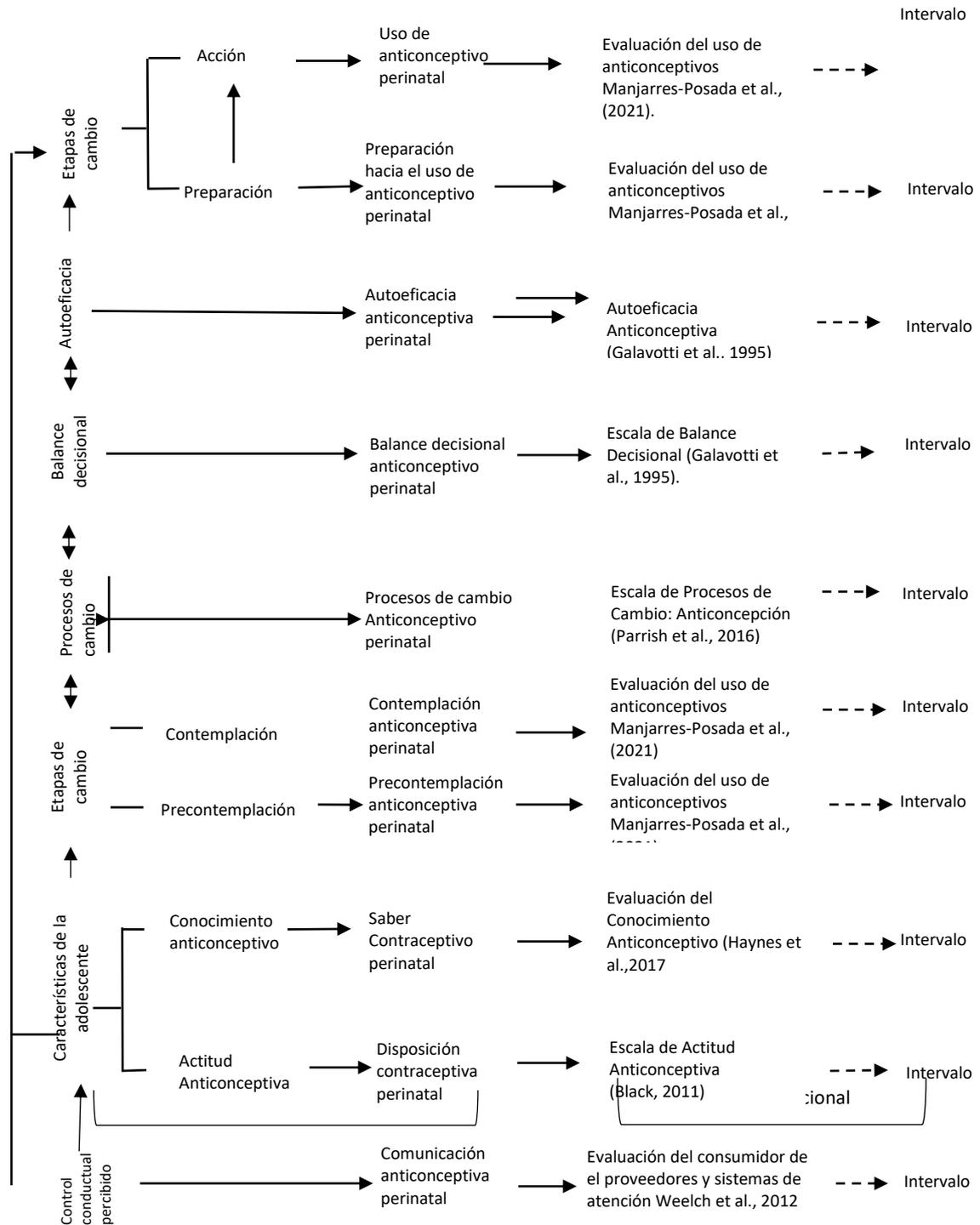
Esta metodología permite visualizar los constructos y conceptos desde su forma abstracta hasta su evaluación empírica, situación que facilita guiar la conducta anticonceptiva de las adolescentes a través de las etapas de cambio y evaluar la moderación de la comunicación anticonceptiva perinatal en un contexto clínico, por lo que podría ser un referente para brindar intervenciones en hospitales de primer y segundo nivel.

## **SUGERENCIAS Y LIMITACIONES**

Manejar varios niveles en una intervención implica el manejo de varias teorías por lo que se debe seguir trabajando en la construcción de conexiones teórico-empíricas que aborden otros determinantes o niveles causales del ES a fin de abordar el fenómeno con la mayor integralidad posible.

**Figura 1**

*Sub-estructuración teórica del Modelo para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal adaptado de la TCP, MCC-MAC y MT.*



## Referencias

- Ahinkorah, B.O., Seidu, A-A., Appiah, F., Baatiema, L., Sambah, F., Budu, E., & Ameyaw, E. K. (2019). What has reproductive health decision-making capacity got to do with unintended pregnancy? Evidence from the 2014 Ghana Demographic and Health Survey. *PLoS ONE*, *14*(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223389>
- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior1. *Journal of Applied Social Psychology*, *32*(4), 665–683. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Akinola, M., Hebert, L. E., Hill, B. J., Quinn, M., Holl, J. L., Whitaker, A. K., & Gilliam, M. L. (2019). Development of a Mobile App on Contraceptive Options for Young African American and Latina Women. *Health Education & Behavior*, *46*(1), 89–96. <https://doi.org/10.1177/1090198118775476>
- Álvarez, C., Grande, L., Linares, M., & Ojeda, A. (2012). Análisis del embarazo adolescente: Miradas cualitativas a los casos de Bucaramanga y Jaén. *Matronas*, *12*(2), 51–59.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, *40*(4), 471–499. <https://doi.org/10.1348/014466601164939>
- Black, K., y Pollack, R. (2011). Contraceptive Attitude Scale. En *Handbook of sexuality-related measure* (3th ed., Vol. 1, pp. 179-180). Taylor & Francis.
- Bucknall, A., & Bick, D. (2019). Repeat pregnancies in teenage mothers: An exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, *75*(11), 2923–2933. <https://doi.org/10.1111/jan.14140>
- Carvajal, D., Klyushnenkova, E., & Barnet, B. (2021). Latina contraceptive decision-making and use: The importance of provider communication and shared decision-making for patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, S0738399121001762. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.03.006>

- Carvajal, D., Mudafort, R., Barnet, B., & Blank, A. E. (2019). Contraceptive Decision Making Among Latina Immigrants: Developing Theory-Based Survey Items. *Hispanic Health Care International*, 154041531988342. <https://doi.org/10.1177/1540415319883422>
- Chacko, M. R., Wiemann, C. M., Buzi, R. S., Kozinetz, C. A., Peskin, M., & Smith, P. B. (2016). Choice of Postpartum Contraception: Factors Predisposing Pregnant Adolescents to Choose Less Effective Methods Over Long-Acting Reversible Contraception. *Journal of Adolescent Health*, 58(6), 628–635. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.12.002>
- Chandra-Mouli, V., & Akwara, E. (2020). Improving access to and use of contraception by adolescents: What progress has been made, what lessons have been learnt, and what are the implications for action? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 66, 107–118. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.04.003>
- Chemutai, V., Nteziyaremye, J., & Wandabwa, G. J. (2020). Lived Experiences of Adolescent Mothers Attending Mbale Regional Referral Hospital: A Phenomenological Study. *Obstetrics and Gynecology International*, 2020, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2020/8897709>
- De Castro, F., Rodríguez-Hernández, J. A., Hubert-López, C., Sánchez-Pájaro, A., Rosas-Magallanes, C., Villalobos, A., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2020). Curso masivo en línea “Salud sexual y reproductiva”: Cambios en conocimientos, deserción, reprobación y satisfacción. *Salud Pública de México*, 62(5, sep-oct), 559–568. <https://doi.org/10.21149/11183>
- De la Vara-Salazar, E., Suárez-López, L., Rivera, L., & Lazcano-Ponce, E. (2018). Providers perspective and geographic and institutional factors associated with family planning counseling. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.01.005>
- Dempsey, A. R., Johnson, S. S., & Westhoff, C. L. (2011). Predicting Oral Contraceptive Continuation Using The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(1), 23–29. <https://doi.org/10.1363/4302311>

- DiClemente, C., & Prochaska, J. (2005). The transtheoretical Approach. En *Psychotherapy Integration* (2nd ed., Vol. 1, pp. 147–170). Oxford University Press.
- DiClemente, C., Prochaska, J. Q., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1991). The Process of Smoking Cessation: An Analysis of Precontemplation, Contemplation, and Preparation Stages of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 10.
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: Improving the Linkage from Theory to Method. *Nursing Science Quarterly, 4*(2), 83–87. <https://doi.org/10.1177/089431849100400209>
- Eliason, S., Baiden, F., Quansah-Asare, G., Graham-Hayfron, Y., Bonsu, D., Phillips, J., & Awusabo-Asare, K. (2013). Factors influencing the intention of women in rural Ghana to adopt postpartum family planning. *Reproductive Health, 10*(1), 34. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-34>
- Fernandez, M. (2017). Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres. *RCUB, 2*(1), 18. <https://doi.org/10.1344/musas2017>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Formation of intention. En *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. (Vol. 1). Addison\_Wesley Pub. <https://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>
- Frederiksen, B. N., Rivera, M. I., Ahrens, K. A., Malcolm, N. M., Brittain, A. W., Rollison, J. M., & Moskosky, S. B. (2018). Clinic-Based Programs to Prevent Repeat Teen Pregnancy: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine, 55*(5), 736–746. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.08.001>
- Galavotti, C., Cabral, R. J., Grimley, D. M., Riley, G. E., & Prochaska, J. O. (1995). Validation of Measures of Condom and Other Contraceptive Use Among Women at High Risk for HIV Infection and Unintended Pregnancy. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 14* (6), 570-578. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.14.6.570>
- Galbraith, J., Wolfgang, J., Miller, & Rollnick. (2016). Motivational interview and the stages of change theory, *the third force in psychotherapy*. (313-344) SAGE Publications Inc. [https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/65225\\_Jones\\_Smith\\_Chapter\\_10.pdf](https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/65225_Jones_Smith_Chapter_10.pdf)

- Gejo, N. G., Anshebo, A. A., & Dinsa, L. H. (2019). Postpartum modern contraceptive use and associated factors in Hossana town. *PLOS ONE*, *14*(5), e0217167. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217167>
- Gitlin, L., & Czaja, S. (2016). *Behavioral intervention research: Designing, evaluating, and implementing* (1a ed.). Springer.
- Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2020). My partner was not fond of using condoms and I was not on contraception”: Understanding adolescent mothers’ perspectives of sexual risk behaviour in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health*, *20*(1), 366. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08474-2>
- Grimley, D. M., Prochaska, G. E., & Prochaska, J. O. (1993). Condom Use Assertiveness and the Stages of Change With Main and Other Partners. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, *1*(2), 152–173. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.1993.tb00033.x>
- Hall, K. S., Castaño, P. M., & Westhoff, C. L. (2014). The Influence of Oral Contraceptive Knowledge on Oral Contraceptive Continuation Among Young Women. *Journal of Women’s Health*, *23*(7), 596–601. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4574>
- Haynes, M. C., Ryan, N., Saleh, M., Winkel, A. F., y Ades, V. (2017). Contraceptive Knowledge Assessment: Validity and reliability of a novel contraceptive research tool. *Contraception*, *95*(2), 190-197. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.002>
- Heredia-Pi, I., Servan-Mori, E., Darney, B. G., Reyes-Morales, H., & Lozano, R. (2016). Measuring the adequacy of antenatal health care: A national cross-sectional study in Mexico. *Bulletin of the World Health Organization*, *94*(6), 452–461. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.168302>
- Hubert, C., Estrada, F., Villalobos, A., Sánchez, A., De Castro, F., & Barrientos, T. (2018). *Trazando la ruta: embarazos subsecuentes en adolescentes*. Instituto Nacional de Salud Pública. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101316.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101316.pdf)

- Jesús Reyes, D. D., & González Almontes, E. (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 00 (17), 98–123. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.17.07.a>
- Kamalikhah, T., Rakhshani, F., Rahmati Najarkolaei, F., & Gholian Avval, M. (2015). Evaluation of Transtheoretical Model-Based Family Education Among Females of Zahedan (Southeast of Iran). *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(10). <https://doi.org/10.5812/ircmj.18895>
- Krashin, J. W., Lemani, C., Nkambule, J., Talama, G., Chinula, L., Flax, V. L., Stuebe, A. M., & Tang, J. H. (2019). A Comparison of Breastfeeding Exclusivity and Duration Rates Between Immediate Postpartum Levonorgestrel Versus Etonogestrel Implant Users: A Prospective Cohort Study. *Breastfeeding Medicine*, 14(1), 69–76. <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0165>
- Kuri, P. A., Guevara-Guzmán, R., Phillips-Gutiérrez, V., Mota-Sánchez, A., & Díaz-Olavarrieta, C. A. (2020). National panorama of adolescent pregnancy in Mexico: Lessons learned in a six-year period. *Gaceta de Mexico*, 156(2), 3933. <https://doi.org/10.24875/GMM.M20000357>
- Manjarres-Posada, N. (2021). Theoretical substruction: Transtheoretical Model and Contraceptive Use in Adolescent Mothers. En M. Valle Solis (Ed), *Use of Nursing Models and Theories from a Sexuality Perspective*. NOVA Science Publisher.
- Melo, J., Peters, M., Teal, S., & Guiahi, M. (2015). Adolescent and Young Women's Contraceptive Decision-Making Processes: Choosing "The Best Method for Her". *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(4), 224–228. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2014.08.001>
- Morales, A., Vallejo-Medina, P., Abello-Luque, D., Saavedra-Roa, A., García-Roncillo, P., Gomez-Lugo, M., García-Montaña, E., Marchal-Bertrand, L., Niebles-Charris, J., Pérez-Pedraza, D., & Espada, J. P. (2018). Sexual risk among Colombian adolescents: Knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC Public Health*, 18(1), 1377. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6311-y>

- Moreno, C., Peralta Cruz, A., & Velásquez Monroy, N. (2020). Convertirse en madre durante la adolescencia: Transiciones en el rol materno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.cmda>
- Morse, J. E., Ramesh, S., & Jackson, A. (2017). Reassessing Unintended Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 44(1), 27–40. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.10.003>
- Mutumba, M., Wekesa, E., & Stephenson, R. (2018). Community influences on modern contraceptive use among young women in low and middle-income countries: A cross-sectional multi-country analysis. *BMC Public Health*, 18(1), 430. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5331-y>
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- Núñez-Urquiza, R. M. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México*, 45. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4610>
- Parrish, D. E., von Sternberg, K., Castro, Y., & Velasquez, M. M. (2016). Processes of change in preventing alcohol exposed pregnancy: A mediation analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(9), 803–812. <https://doi.org/10.1037/ccp0000111>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997a). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997b). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Prochaska, J., & Prochaska, J. (2016). *Changing to thrive: Using the stages of change to overcome the top threats to your Health and Happiness* (1<sup>st</sup> Ed). Hazelden Publishing.

- Prochaska y Norcross. (2013). *Systems of Psychotherapy a Transtheoretical Analysis* (8<sup>th</sup> Ed). CENGAGE Learning.
- Prochaska y Prochaska. (2019). Transtheoretical Model. En *Lifestyle Medicina [edited by] James M. Rippe* (3rd Ed). Taylor & Francis Group
- Quintero-Rondón, A., & Rojas-Bentancur, H. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 22–237.
- Rabin, J. M., Seltzer, V., & Pollack, S. (1991). The Long Term Benefits of a Comprehensive Teenage Pregnancy Program. *Clinical Pediatrics*, 30(5), 305–309. <https://doi.org/10.1177/000992289103000508>
- Raidoo, S., & Kaneshiro, B. (2017). Contraception counseling for adolescents. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 29(5), 310–315. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000390>
- Reyes-López, S. V., Cordero-Cruz, I. C., Báez-Hernández, F. J., & Nava, V. (2020). Experiencias de las adolescentes que cursan un embarazo, desde un enfoque cualitativo. *SANUS*, (15), 1. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi15.179>
- Ritter, T., Dore, A., & McGeehan, K. (2015). Contraceptive knowledge and attitudes among 14-24-year-olds in New South Wales, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39(3), 267–269. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12367>
- Safran, D. G., Taira, D. A., Rogers, W. H., Kosinski, M., Ware, J. E., & Tarlov, A. R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *The Journal of Family Practice*, 47(3), 213–220.
- Sánchez-Pájaro, A., Braverman-Bronstein, A., De Castro, F., Vidaña-Pérez, D., Villalobos-Hernández, A., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2019). Contribution of Second and Higher-Order Births to Adolescent Fertility in Mexico: Contribution of Second and Higher-Order Births to Adolescent Fertility in Mexico. *Studies in Family Planning*, 50(1), 63–70. <https://doi.org/10.1111/sifp.12083>

- Stevens-Simon, C., Kelly, L., Singer, D., & Cox, A. (1996). Why pregnant adolescents say they did not use contraceptives prior to conception. *Journal of Adolescent Health, 19*(1), 48–53. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(95\)00281-V](https://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00281-V)
- Tocce, K. M., Sheeder, J. L., & Teal, S. B. (2012). Rapid repeat pregnancy in adolescents: Do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 206*(6), 481.e1-481.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.04.015>
- Zabin, L., Stark, H., & Emerson, M. (1991). Reasons for delay in contraceptive clinic utilization: Adolescent Clinic and Nonclinic Populations Compared. *J Adolesc Health, 12*(12), 225–232. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(91\)90015-E](https://doi.org/10.1016/0197-0070(91)90015-E).
- Weech-Maldonado, R., Carle, A., Weidmer, B., Hurtado, M., Ngo-Metzger, Q., y Hays, R. D. (2012). The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®) Cultural Competence (CC) Item Set. *Medical care, 50*(9 0 2), S22-S31. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318263134b>



## Experiencia Viva Durante el Aprendizaje en Línea: La Salud Mental del Estudiante

Lived Experience During Online Learning: The Student's Mental Health

María de Jesús Pérez Vazquez<sup>1</sup>, Ma. Gloria Calixto-Olalde<sup>2</sup>,  
Alma Delia Frayre de la O.<sup>3</sup> y Lucrecia Monserrat López Lizárraga<sup>4</sup>  
Universidad Autónoma de Sinaloa y Universidad de Guanajuato. México

CDID "Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica"

Recibido: 01/06/2022

Aceptado: 19/11/2022

### Resumen

**Introducción:** Las estrategias de aprendizaje en línea durante el confinamiento ocasionado por la pandemia de la COVID 19 trajeron consigo grandes desafíos que impactaron en la formación y salud mental del estudiante de enfermería. **Objetivo:** Comprender la experiencia vivida durante el aprendizaje en línea del estudiante de enfermería en tiempos de pandemia. **Metodología:** Estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico bajo el referencial filosófico y metodológico de Martín Heidegger, participaron 14 estudiantes de licenciatura en enfermería de Sinaloa, la información se recolectó a través de la entrevista fenomenológica, se realizó análisis fenomenológico. **Resultados:** Se develaron tres principales categorías: 1. El estado mental se hace patente; ya que derivado del aprendizaje en línea el estudiante de enfermería vivencia situaciones que le generan estrés, auto-discriminación, incertidumbre y miedo, que repercuten en su salud mental y física. 2. El ser del docente; que mostro la característica humana y comprensiva del profesor, percibida positivamente en el proceso de aprendizaje en línea y 3. El estar con el otro: Ser solidario; representada por las actitudes y comportamientos de colaboración, apoyo y solidaridad de los estudiantes de enfermería durante el aprendizaje en línea implementado en tiempos de pandemia.

Correspondencia remitir a: Doctora, Profesora Investigadora de la Universidad Autónoma de Sinaloa, México.  
Correo institucional: [maryperez123@ms.uas.edu.mx](mailto:maryperez123@ms.uas.edu.mx)

<sup>1</sup> Doctora Profesora Investigadora, de la Escuela Superior de Enfermería Mazatlán. Universidad Autónoma de Sinaloa. correo institucional: [maryperez123@ms.uas.edu.mx](mailto:maryperez123@ms.uas.edu.mx)

<sup>2</sup> Doctora, Profesora Investigadora. Universidad de Guanajuato, [calixto@ugto.mx](mailto:calixto@ugto.mx)

<sup>3</sup> Maestra Investigadora de la Escuela Superior de Enfermería Mazatlán. Universidad Autónoma de Sinaloa. [deliadelaohotmail.com](mailto:deliadelaohotmail.com)

<sup>4</sup> Maestra Investigadora de la Escuela Superior de Enfermería Mazatlán. Universidad Autónoma de Sinaloa. [lucmon13@hotmail.com](mailto:lucmon13@hotmail.com)

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

**Conclusiones:** El aprendizaje en línea en épocas de pandemia ha sido un gran reto en la formación del estudiante de enfermería, las experiencias vividas han generado alteraciones en la salud mental del estudiante, que deben ser prioritarias para su atención con el propósito de formar profesionales que desempeñen sus funciones con eficacia, eficiencia y con salud plena.

*Palabras clave:* aprendizaje en línea, salud mental, estudiante de enfermería, investigación cualitativa.

## Abstract

**Introduction:** The virtual learning strategies during the confinement occasioned by the COVID 19 pandemic brought with them great challenges that impacted the training and mental health of the nursing student. **Objective:** Understand the lived experience during the online learning of the nursing student in times of pandemic. **Methodology:** Hermeneutical phenomenological qualitative study under Martin Heidegger's philosophical methodological framework in which 14 undergraduate nursing students from Sinaloa participated, the information was collected through a phenomenological interview, phenomenological analysis was performed. **Results:** Three main categories were unveiled: **1. The mental state becomes patent**, since, derived from online learning, the nursing student experiences situations that generate stress, self-discrimination, uncertainty and fear that affect their mental and physical health. **2. The being of the teacher**, who showed the human and understanding characteristic of the teacher, perceived positively in the process of online learning and **3. Being with one another: Being solidary**, represented by the attitudes and behaviors of collaboration, support and solidarity of the nursing students during the online learning implemented in times of pandemic. **Conclusions:** The online learning in times of pandemic has been a great challenge in the training of the nursing student, the lived experiences have generated alterations to the mental health of the student that should be prioritized for their attention with the purpose of training professionals that perform their duties effectively, efficiently and enjoying full health.

*Key words:* online learning, mental health, nursing student, qualitative research.

Con la llegada de la COVID 19 se han experimentado diversos desafíos en el proceso enseñanza aprendizaje que ponen en riesgo la salud mental de los estudiantes, entre ellos los de enfermería. La enseñanza vía remota trajo consigo alteraciones de salud mental en los estudiantes, quienes experimentaron estrés, cansancio y frustración (Saldívar-Garduño, et al., 2020).

La COVID 19 obligo a vivir un periodo de confinamiento preventivo, lo que significó la suspensión de actividades económicas, sociales y políticas. En este contexto, en los procesos educativos de todos los niveles, se vivió la necesidad de abandonar los espacios áulicos y llevar hasta los hogares los procesos de enseñanza aprendizaje, ocupando para esto, el uso de herramientas virtuales las cuales han formado parte de las mejores estrategias para dar continuidad al proceso educativo. Sin embargo, en la formación de los estudiantes de enfermería esta modalidad representa un riesgo, ya que por las características de formación en esta profesion necesariamente se requieren del desarrollo de prácticas de cuidado en escenarios reales, dado que la práctica clínica para enfermería constituye el principal apoyo para los estudiantes, les permite adquirir conocimientos nuevos y desarrollar habilidades para brindar cuidado de forma holística (Meléndez, 2020).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2020) estima que, 1,500 millones de estudiantes en todo el mundo se vieron afectados por la interrupción de las clases presenciales, esta crisis prevén posibles efectos a corto plazo en el aprendizaje y el bienestar físico y mental de los estudiantes.

En México, como en todo el mundo, hubo la necesidad de continuar los procesos educativos con el apoyo de tecnologías virtuales, que si bien, este método es de larga data y a través del tiempo se han incrementado las instituciones, los programas y los modelos de su oferta, así como sus áreas y sus componentes (Zubieta, et al., 2015), en la época de confinamiento permitieron rescatar contenidos teóricos y prácticos, programas y ciclos escolares que parecían venirse abajo. Sin embargo, en el marco de estos procesos surgieron diversas situaciones (sociales y educativas) que pusieron en riesgo el bienestar de docentes y estudiantes, la pandemia de la COVID-19 produjo efectos en la salud mental de la comunidad académica (da Silva et al., 2021). Por parte de los estudiantes de enfermería se han referido dificultades para lograr migrar a la vida digital (carencia de equipos de cómputo e internet, hacinamiento y dificultad para concentrarse, falta de espacios adecuados en el hogar para estudiar, sobrecarga de trabajo, estrés, ansiedad, etc.).

Franco-Coffré et al. (2021) señalan que, los estudiantes tuvieron que enfrentarse a un mundo virtual con limitaciones tecnológicas y económicas para poder adquirir dispositivos electrónicos, estudiantes que vivían en lugares remotos, sin duda, estas fueron barreras que enfrentaron y generaron en ellos temor (p. 772), se presentaron problemas de salud que en su mayoría fueron vivenciados desde la subjetividad del estudiante de enfermería. En relación a lo expuesto, los problemas derivados del confinamiento y la necesidad de llevar los procesos de aprendizaje en línea compromete la salud mental y el bienestar del estudiante, por tanto, requieren ser observados y atendidos de manera oportuna, dado que el estudiante de enfermería debe perfilarse para promover, atender y restablecer la salud de las personas y conservar la suya.

### **Estado del Conocimiento**

La educación a distancia ha sido vista como una importante modalidad de educación no presencial vinculada a la utilización de tecnologías de la información y la comunicación para el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje. Así pues, la educación a distancia, también conocida como en línea o virtual ha reportado un amplio crecimiento en el ámbito de la educación superior a través de muy diversas formas y expresiones (Zubieta, et al., 2020).

La virtualidad trae consigo profundos cambios educativos, formativos, productivos, organizativos, culturales, etc. Sin embargo, hasta antes del confinamiento, para la formación del estudiante de enfermería la enseñanza se destacaban por métodos desarrollados de manera presencial, no podría pensarse en optar por una educación a distancia ni virtual en carreras de la salud, por la complejidad y gran compromiso que es formar profesionales de esta rama (Franco-Coffré et al., 2021), sobre todo para los procesos que ameritan de una práctica real, donde la interacción persona a persona es esencial para lograr en el estudiante de enfermería la habilidad y la capacidad para ejercer un cuidado con calidad y sentido humano.

No obstante, durante los tiempos de confinamiento la educación virtual fue la mejor estrategia con la que se logró hacer frente a los desafíos educativos, esto generó la necesidad en docentes y estudiantes, a adaptarse a este método de enseñanza aprendizaje.

Para el caso de los estudiantes de enfermería, ellos tuvieron que reajustar sus roles y actividades para llevar de manera pertinente el proceso de aprendizaje virtual, el cual vino a reemplazar drásticamente a los escenarios presenciales de aprendizaje, el estudiante dejó de lado el contacto social para entrar en contacto directo con dispositivos digitales, la relación docente-alumno se volvió asimétrica (Aguilar, 2020). En este escenario el aprendizaje virtual impactó en el desarrollo del proceso educativo, afectó significativamente la estabilidad mental del estudiante (Lovón, et al., 2020), le obligó a afrontar un periodo de crisis, experimentaron agotamiento mental, ansiedad, estrés, malestar emocional y desmotivación del aprendizaje (Casazola-Rivera, 2022), lo que generó problemas de salud relacionados no solo con la enfermedad de la COVID 19, sino con todo lo que se derivó con esta. Vale la pena destacar que, a pesar de que los alumnos sospechaban desde un principio lo difícil que sería aceptar este reto, decidieron confiar en su capacidad, no pospusieron sus estudios y se mantuvieron entusiastas (Lovón, et al., 2020), con el fin de salvar su proceso de formación profesional.

En este contexto, la salud mental de los estudiantes se vio seriamente afectada. Casasola-Rivera (2022) plantea que, la salud mental es un tema transversal en toda actividad humana (p. 303), es una condición que permite a la persona mantenerse productiva y en completo bienestar. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) refiere que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es evidente que, no hay salud sin salud mental, y esta es algo más que la ausencia de trastornos mentales (OMS, 2018). De manera que mantener adecuados niveles de salud mental le da oportunidad a la persona de tener las condiciones para ejercer adecuadamente sus roles en la sociedad, interactuar con otros y sobrellevar dificultades sin sufrir mayor estrés o una conducta anormal perturbadora (Organización Panamericana de la salud [OPS], 2001).

Por ello, los estudiantes de enfermería para su formación requieren de espacios adecuados que le permitan gozar de bienestar mental (Casasola-Rivera, 2022), sin embargo, los problemas derivados de la pandemia, la necesidad de llevar los procesos de aprendizaje en línea, la restricción para la socialización y las situaciones del contexto virtual (equipos de cómputo, internet, espacios físicos, etc.) fueron eventos para los que el estudiante no estaba preparado, ocasionándole una serie de alteraciones de salud mental.

La OMS (2018) da a conocer que la mala salud mental se asocia a los cambios sociales rápidos y a las condiciones de trabajo estresantes. Aun cuando los problemas de salud relacionados con la pandemia y el confinamiento social total han sido abordados de manera importante en los últimos años, todavía hace falta mayor evidencia de los estados de salud mental de los estudiantes del área de enfermería, tomando en cuenta que ellos manejan cargas de estrés más elevadas generadas por las actividades de cuidados que realizan durante sus prácticas clínicas en los centros hospitalarios y comunitarios. Como lo señala Casasola-Rivera (2022), existen pocos estudios sobre los efectos en la salud mental de estudiantes universitarios asociados a la pandemia por COVID-19, y los trastornos mentales explorados se refieren a estados de depresión, ansiedad y agitación (da Silva, et al., 2021; Yusvisaret, et al., 2021). Bajo esa lógica, es importante continuar formulando evidencias de los problemas relacionados con la salud mental sobre todo abordando los aspectos subjetivos de los estudiantes de enfermería en formación, con el propósito de que se establezcan estrategias de atención oportunas, dando la importancia que esto amerita, ya que son ellos y ellas las personas que se encargarán del cuidado a la salud en un futuro cercano.

### **Problema**

En el sector educativo los estudiantes se vieron afectados por el confinamiento durante la pandemia de la COVID 19, migrando de la presencialidad a la virtualidad como una de las estrategias que permitieron dar continuidad a los procesos enseñanza y aprendizaje.

En la formación de los estudiantes de enfermería se ha cuestionado la efectividad de los métodos virtuales. Lovón, et al., (2020), destacan que, aún cuando mucho se ha escrito sobre la creciente educación virtual y sus ventajas en la educación superior, y aunque algunos universitarios se han visto beneficiados, son muchos los afectados por otro tipo de brechas, de naturaleza social y digital. Muchos de los estudiantes no estaban preparados mentalmente para enfrentar estos desafíos inesperados originados por la pandemia.

Existen evidencias que datan que la salud mental de los estudiantes se vio afectada por el confinamiento, el miedo, la incertidumbre, la tristeza, el estrés y la fatiga, son parte del estado anímico y la salud mental de las personas en estos momentos de crisis (Fernández, 2020). De tal forma, que se compilan una serie de fenómenos subjetivos que influyen en la salud mental de los estudiantes. Es por ello que en este trabajo de investigación se aborda esta problemática desde un enfoque cualitativo fenomenológico hermenéutico tomando como base los postulados de Martín Heidegger desde su perspectivas filosófica y metodológica para la producción interpretativa-comprensiva de la experiencia vivida durante el aprendizaje en línea del estudiante de enfermería en tiempos de pandemia. Guerrero-Castañeda et al. (2017) describen que toda experiencia puede ser abordada fenomenológicamente, dado que, los fenómenos experimentados por las personas forman parte de una construcción humana situacional y que precisa señalar momentos concretos donde el fenómeno es vivido por ellas.

Por lo expuesto anteriormente se buscó indagar ¿Como fueron las experiencias vividas por los estudiantes de enfermería durante el aprendizaje en línea en tiempos de pandemia? Este es un asunto de interés, ya que los resultados de esta investigación permitirán fundamentar intervenciones de enfermería encaminadas al cuidado de la salud mental de los estudiantes y a la planeación, aplicación y evaluación de estrategias que permitan hacer frente de manera eficaz, eficiente y oportuna a futuros eventos como el que se experimentó con la Covid 19.

## **Supuesto**

Las experiencias vividas del estudiante de enfermería durante el aprendizaje virtual en tiempos de confinamiento ocasionado por la pandemia de la COVID 19 se matizan con problemas que afectan su salud mental.

## **Objetivo General**

Comprender la experiencia vivida del estudiante de enfermería durante el aprendizaje en línea en tiempos de pandemia.

## **Método**

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo fenomenológico hermenéutico basada en el referente filosófico y metodológico de Martín Heidegger para comprender la experiencia vivida del estudiante de enfermería durante el aprendizaje en línea en tiempos de pandemia. Aguirre-García, et al., (2013) señalan que la fenomenología favorece a la comprensión de las realidades escolares, hacienda hincapié, a las experiencias de los representantes del proceso formativo (p.51). Por su parte, Guerrero-Castañeda et al. (2017) destacan que la fenomenología es considerada existencialista hermenéutica, cuyo objetivo es la comprensión de los fenómenos que son traídos a la consciencia del ser humano permitiendo aprehender de aquello que esa consciencia sea capaz de revelar respecto a un fenómeno vivido (p.2).

**Participantes:** En el estudio participaron 14 estudiantes de ambos sexos (11 mujeres y 3 hombres) de 18 a 26 años de edad pertenecientes a la carrera de licenciatura en enfermería de una universidad pública de Sinaloa, la participación fue voluntaria, se les presento el objetivo del trabajo de investigación, se obtuvo el consentimiento informado para su participación, se les pidió que participaran en una o varias entrevistas las cuales se autorizaron para su grabación lo que permitió su análisis posterior. Se destacó la confidencialidad y el anonimato para su participación.

**Instrumento:** La entrevista fenomenológica fue el método para la recolección de la información, este tipo de entrevistas tiene la particularidad de que a través de un diálogo entre el investigador y el participante se logre recopilar datos sobre la experiencia vivida, la intención primordial es lograr una buena comprensión de estas (Moreno, 2014). Las entrevistas se llevaron a cabo en los tiempos libres de clases de los participantes.

Se partió de una pregunta norteadora con característica de ser abierta: platícame ¿Como fueron tus experiencias vividas durante el aprendizaje en línea en tiempos de pandemia?, la información se recolectó de enero a mayo del 2022, se realizaron en promedio de una a dos entrevistas por participante, que fueron grabadas y transcritas conforme se concluían, en total fueron 21 entrevistas que duraron en promedio de una a dos horas. Al finalizar se agradeció a los estudiantes su participación.

**Procedimiento:** Este estudio es parte de una investigación de método mixto, se presenta el componente cualitativo en este artículo. En este sentido para el inicio de las entrevistas el investigador realizo un acercamiento previo a los estudiantes en los espacios físicos de la escuela, se les invitó a participar en el estudio de manera directa durante las visitas hechas en el aula, se les presentaron los objetivos del trabajo de investigación, a los estudiantes que aceptaron participar se les invitó a formalizar su consentimiento informado. Se programó la fecha y hora para las entrevistas las cuales se realizaron en horarios libres de clases en la sala de reuniones de tutorías, las entrevistas se concluyeron hasta la “saturación de los datos” (Hernández et al., 2014). Se realizó análisis fenomenológico de la información ya que se busco generar una descripción minuciosa y en profundidad de las experiencias particulares tal cual como son vividas y entendidas (Duque, et al., 2019) en este proceso se destacó plenamente la esencia de las palabras y voces grabadas de los estudiantes para que el fenómeno se mostrara. La descripción de la experiencia vivida y su análisis dieron el acceso a los aspectos subjetivos experimentados durante el aprendizaje en línea de los estudiantes de enfermería. Las unidades de significados se obtuvieron a través de la lectura de las descripciones hechas por los estudiantes acerca de la experiencia vivida.

Esta actividad permitió categorizar o asignar unidades de sentido a los datos para posteriormente llegar a la interpretación y comprensión del fenómeno investigado bajo el referencial teórico-filosófico de Martín Heidegger. Es pertinente resaltar que en el proceso de transcripción de cada entrevista cuando la información se repetía se dio por finalizada estas, dado que se llegaba a la saturación de información o bien en la forma fenomenológica en lo que se desveló el fenómeno (Pérez et al., 2018) de la experiencia vivida durante el aprendizaje en línea de los estudiantes de enfermería.

## Resultados

La media de edad fue de 19 años, cuatro de las estudiantes mujeres eran casadas, madres, amas de casa y estudiantes, del total de los participantes cinco eran estudiantes que trabajaban en los turnos contrarios a sus clases virtuales (tres hombres y dos mujeres).

De los discursos de los estudiantes se revelan tres principales categorías: **El estado mental se hace patente**, ya que derivado del aprendizaje en línea el estudiante de enfermería desarrolla estrés, auto-discriminación, incertidumbre y miedo que repercuten en su salud mental. **El Ser del docente** que mostro la característica humana, comprensiva y flexible del profesor, percibida en los procesos de aprendizaje y **El estar con el otro: Ser solidario**, representada por las actitudes y comportamientos de colaboración, apoyo y solidaridad de los estudiantes de enfermería durante el aprendizaje virtual.

### El estado mental se hace patente

Las voces de los estudiantes describen situaciones vividas que muestran sentimientos característicos de estrés emocional, se encontró en el estudiante grandes dificultades para hacerle frente a las situaciones que particularmente se presentaron en los momentos destinados para su aprendizaje en línea. La frustración, el miedo por no poder adaptarse al medio y al método de aprendizaje generaron alteraciones en su estado mental.

*“Me estresaba, estábamos hechos bolas y mis hijos también tenían clases virtuales” EE.*

**Edna**

*“Tenía miedo que fallara la red, mi equipo, era un estrés, sentía preocupación” EE.*

**Carlos**

*“Me estresaba no entender bien las clases, me molestaba no concentrarme” EE.*

**Alondra**

La angustia fue un sentimiento que se mostró en la voz del estudiante como una condición natural que le llevaba a la auto-discriminación, el enojo y la incertidumbre por su aprendizaje, estos modificaron su estado de ánimo condicionando su salud mental y física.

*“Cuando había clases virtuales me dolía la cabeza, me sentía inútil para aprender” EE.*

**Karla**

*“Era natural estar angustiada, estresada, me enojaba no poder aprender bien” E.E.*

**Mary**

*“Me sentía molesta, solo tenía el celular y siento no aprendía igual, era difícil” E.E.*

**Rosa**

El estrés es un sentimiento que resalta un desequilibrio de la persona en relación con su medio contextual, desprendiéndose sentimientos que ponen en riesgo la salud mental y física del estudiante, el miedo, la angustia y la incertidumbre modifican el estado de ánimo del estudiante. El hecho de que los sentimientos puedan trastocarse y enturbiarse solo dice que el “ser ahí” es en cada caso ya siempre en un estado de ánimo (Heidegger, 2015).

### **El ser del docente**

En sus narrativas los estudiantes develan un carácter comprensivo, sensible y humanístico del docente. El ser y estar del profesor en las experiencias de aprendizaje fue clave para buscar el equilibrio emocional de los estudiantes, que les permitió enfrentar la crisis que experimentaron, la sensibilidad y el humanismo fueron determinantes para lograr aprendizajes.

*“Sufrió depresión, la maestra me ayudo para ser atendida por una psicóloga” EE. Caro*

*“La maestra se preocupaba por nosotros, si no entendía algo explicaba de nuevo” E.E.*

**Rosa**

*“La profe era paciente con nosotros, nunca la vi enojada, siempre amable y propia” EE.*

**Karla**

La comprensión y solidaridad por parte del docente en tiempos difíciles como los que marco la pandemia y sus consecuencias en la vida de todas las personas fue un factor sentido de manera positiva, que motivo al estudiante de enfermería para buscar sus aprendizajes y contribuir en su formación.

*“Pensé en salirme de estudiar, me estresaba el manejo de la plataforma, la maestra nos decía, no es fácil, pero no desistamos” EE. Erick*

*“Me tranquilizaba oír a la maestra decirnos que sabía cómo estábamos con la virtualidad, que tratáramos de estar en calma” EE. Lucy*

#### **El estar con el otro: Ser solidario.**

La pandemia separó a los estudiantes de sus ambientes de convivencia persona a persona, para construir una convivencia dada a través de equipos y herramientas digitales.

En este escenario en las narrativas de los estudiantes se mostraron sentimientos de solidaridad y amistad que les permitió ser y estar con el otro, para colaborar y apoyarse buscando hacer frente a los retos y desafíos del aprendizaje virtual en un contexto de salud y social generados por la pandemia.

*“hacia lo mío, ayudaba a mis hijos, a mis compañeros que me decían ¿me puedes ayudar?, me daba mi tiempo para ayudarles” EE. Edna*

*“El trabajo en equipo se dio más cuando estábamos en virtual, entre todos nos ayudábamos” EE. Andrés*

El impacto de la pandemia por la COVID 19 fue impresionante, los estudiantes, sus familias y amigos no estuvieron exentos de padecerla y de sufrir pérdidas humanas por esta enfermedad, el ser solidario del estudiante destacó, según se mostró en sus narrativas.

*“a una compañera se le murió su papá, entre todos le ayudamos para estar al día” EE.*

**Lucy**

*“Me dio COVID y no entraba a clases, mis compañeros me ayudaron con resúmenes”*

**EE. Ely**

## **Discusión**

La implementación total e inesperada de la virtualidad en los procesos de aprendizaje por la pandemia de la COVID 19 ha sido una de las estrategias para continuar con la formación del estudiante de enfermería. No obstante, en el marco del proceso de aprendizaje se vivenciaron sentimientos, pensamiento y situaciones que modificaron el estado mental de los estudiantes. En sus narrativas destaca el estrés emocional que genera sentimientos de miedo, enojo, frustración y auto-discriminación que se relacionan con las dificultades para lograr un aprendizaje significativo. La incertidumbre, angustia y el temor vinculado con los problemas del contexto de pandemia y por la dificultad para adaptarse al método de aprendizaje virtual para lo cual el estudiante no estaba preparado. Toasa, et al., (2022) refieren que los estudiantes consideran que el estrés influye en su aprendizaje, y que suelen generar rasgos ansiosos al realizar tareas complejas. Por su parte Fernández (2020) menciona que el miedo, la incertidumbre, la tristeza y el estrés se relaciona con el estado anímico y de salud mental de las personas en momentos de crisis, como el que se vivió por los estudiantes durante la pandemia.

La virtualización en la enseñanza y aprendizaje del estudiante de enfermería orientó y redireccionó la actuación de los docentes, evidentemente también a ellos les generó la necesidad de adaptarse a la modalidad virtual o en línea para sus procesos de enseñanza. Sin embargo, su rol fue determinante para lograr cumplir al máximo con los objetivos de aprendizaje de los estudiantes. La solidaridad y el sentido humano del docente en situaciones que enmarcaron el proceso de aprendizaje se describió como aspecto medular para lograr fortalecer a través de la virtualidad el aprendizaje significativo.

Se destacó el rol del docente que, como guía y apoyo, fue esencial para permitirle al estudiante transitar por esta crisis generada por la pandemia de la COVID 19. Morado (2018) destaca que, en un entorno virtual se genera la posibilidad de construir un ambiente de aprendizaje donde docentes y estudiantes interactúen entre sí y con los recursos de aprendizaje se vaya construyendo conocimiento de manera activa y colaborativa (p.11).

Por su parte Africano, et al., (2018) señalan que el docente es el motivador, guía y orientador del aprendizaje y comparte, intercambia y colabora en el conocimiento para que el estudiante se apropie de su aprendizaje, en favor de su desarrollo personal, profesional e intelectual. La oportuna y acertada participación del docente en el proceso de aprendizaje del alumno es determinante para lograr la motivación, el entusiasmo e interés del estudiante sobre todo cuando se viven momentos de crisis que pueden generar el desánimo educativo.

La experiencia vivida para el aprendizaje virtual durante el aislamiento por la pandemia, muestran en el actuar del estudiante aquellos lazos de amistad y solidaridad que permitieron enfrentar situaciones problemáticas involucradas con el aprendizaje en línea. El trabajo colaborativo, la solidaridad y el compañerismo contribuyeron para cruzar esa brecha que figuro en el aprendizaje del estudiante. Gómez, et al., (2021) refieren que, la pandemia ha traído consecuencias positivas en el fortalecimiento de las relaciones entre los miembros de la comunidad escolar, además mencionan que, aun en escenarios sombríos la actitud solidaria y de preocupación por el otro hace la diferencia, se puede convivir a pesar de estar en un escenario ausente de contacto físico y con limitadas oportunidades de interacción.

## **Conclusiones**

En este estudio se develaron experiencias vividas durante el aprendizaje en línea, aquellas situaciones que condicionaron la salud mental de los estudiantes. Se subraya el contexto de cambios emergentes para los procesos educativos originados por la pandemia de la COVID 19.

Si bien se mostraron situaciones de estrés, miedo, auto-discriminación, angustia, e incertidumbre que modificaron la salud mental del estudiante, es indispensable observar que estos problemas aparecen como respuesta al entorno social, de salud y educativo no previsto, poco explorado o desconocido, sin duda, no estábamos preparados para vivir una experiencia como lo ha sido la pandemia de la COVID 19.

Pero aun con la serie de efectos negativos presentados durante el proceso de aprendizaje en línea, también es cierto, que se mostraron consecuencias positivas que representan al ser del docente y del estudiante, la característica humana y solidaria que se destacó y que contribuyó para cruzar esta crisis generada por la pandemia. El fortalecimiento de las relaciones entre alumnos-docentes, alumno- alumno, nos deja ver que la actitud empática, comprensiva y solidaria con y para el otro hace la diferencia aun en los tiempos más difíciles.

## **Sugerencias**

Es importantes potenciar internamente y como un valor característico en docentes y alumnos el sentido humano, afectivo, amistoso, flexible, empático y solidario en los procesos de aprendizaje impartidos dentro y fuera de los centros universitarios para realizar los procesos educativos y de formación del estudiante de enfermería. También es relevante tomar como eje rector la preservación de la salud y el bienestar de los estudiantes, lo que exige reconfigurar las propuestas curriculares en la formación de los profesionales de enfermería, que se incluya un alto sentido humanístico y propuestas protocolarias para desarrollar los procesos educativos en esta “nueva normalidad educativa”

Es importante continuar realizando investigaciones que den evidencias para monitorizar y atender este complejo contexto de salud mental de los estudiantes, dado que aún son incipientes los estudios realizados que abordan las experiencias vividas sobre los procesos de enseñanza aprendizaje en línea en estudiantes del área de la salud.

## Referencias

- Africano Gelves, B. B. y Anzola de Díaz, M. T. (2018). El acto educativo virtual. Una visión desde la confianza. *Revista Educere*, 22(73), pp. 521-531.
- Aguilar Gordón, F. R. (2020). Del aprendizaje en escenarios presenciales al aprendizaje virtual en tiempos de pandemia. *Revista Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 46(3), 213-223. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052020000300213>
- Aguirre-García, J. C. y Jaramillo-Echeverri, L. G. (2013). Tesis de la carga teórica de la observación y constructivismo. *Revista Cinta de moebio*, (47), 74-82. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2013000200002>
- Casasola-Rivera, W. (2022). La enseñanza universitaria en tiempos de pandemia: el uso inapropiado de diapositivas y su impacto en la salud mental y el aprendizaje en estudiantes universitarios. *Revista Tecnología en Marcha*, 35, especial COVID-19, 301-311. <https://doi.org/10.18845/tm.v35i5.5981>
- da Silva Ribeiro, L., Giacomelli Bragé, É., Bossardi Ramos, D., Rahde Fialho, I., Botelho Vinholes, D., & Bisso Lacchini, A. J. (2021). Efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental de uma comunidade acadêmica. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, (34), 1-7. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao03423>
- Duque, H. y Aristizábal Diaz-Granados, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Revista Pensando Psicología*, 15(25), 1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>
- Fernández Poncela, A. M. (2020). 2020: Estudiantes, emociones, salud mental y pandemia. *Revista Andina De Educación*, 4(1), 23–29. <https://doi.org/10.32719/26312816.2021.4.1.3>
- Franco-Coffré, A. B., Mena-Martin, F., Gordillo-Ojeda, M. V., y Vargas-Aguilar, G. M. (2021). La Educación virtual en la formación profesional de enfermeros, durante la pandemia provocada por la COVID 19. *Revista Polo del Conocimiento (Ed.63)*, 6 (12), 762-775. <https://DOI: 10.23857/pc.v6i12.3403>

- Gómez Gloria, J. y Chaparro, A. (2021). La convivencia en el contexto de pandemia: experiencia de docentes de secundaria. *Sinéctica, Revista Electrónica de Educación*, 57. [https://doi.org/10.31391/S2007-7033\(2021\)0057016](https://doi.org/10.31391/S2007-7033(2021)0057016)
- Guerrero-Castañeda, R. F., Menezes, T. M. O. y Ojeda-Vargas, M. G. (2017). Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67458>
- Guerrero-Castañeda, R. F., Prado, M. L. D., Kempfer, S. S., y Ojeda Vargas, M. G. (2017). Momentos del Proyecto de Investigación Fenomenológica en Enfermería. *Revista Index de Enfermería*, 26(1-2), 67-71. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962017000100015&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962017000100015&lng=es&tlng=es).
- Heidegger, M. (2015). *El Ser y el tiempo*. Decimoctava reimpression. México. Fondo de Cultura Económica.
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. P. (2014) *Metodología de la investigación*. Ed. Mc Graw Hill/Interamericana.
- Lovón Cueva, M. A., y Cisneros Terrones, S. A. (2020). Repercusiones de las clases virtuales en los estudiantes universitarios en el contexto de la cuarentena por COVID-19: El caso de la PUCP. *Revista Propósitos y Representaciones*, 8(3). <https://doi.org/10.20511/pyr2020.v8nSPE3.588>
- Meléndez Chávez, S. (2020). La importancia de la práctica en la formación de enfermería en tiempos de Covid-19: experiencias de alumnos. *Revista Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(5). <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2479>
- Morado, M. F. (2018). Entornos virtuales de aprendizaje complejos e innovadores: Una experiencia de creación participativa desde el paradigma emergente. *Revista Electrónica Educare*, 22(1), 364-380. <https://dx.doi.org/10.15359/ree.22-1.18>.
- Moreno López, S. (2014). La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies* 20(1), 71-76. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357733920009>

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2020). COVID-19 Recovery. *Education: From disruption to recovery*.  
<https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos (48ª ed.)*.  
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Nota descriptiva. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Protección de la salud mental en situaciones de epidemias*. Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación (THS/MH) Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS).  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>
- Pérez Vázquez, M. J., Díaz Oviedo, A., Calixto Olalde, M. G. (2018). Life experience of adolescent drug users: a phenomenological approach. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042803349>
- Saldívar-Garduño, A., y Ramírez-Gómez, K. E. (2020). Salud mental, género y enseñanza remota durante el confinamiento por el COVID-19 en México. *Revista Persona*, 023(2), 11-40. [https://doi.org/10.26439/persona2020.n023\(2\).5011](https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(2).5011)
- Toasa Guachi, L. A. y Toasa Guachi, R. M. (2022). El proceso de aprendizaje virtual y su incidencia en la salud mental de los estudiantes. *Revista Científica UISRAEL*. 9(1), 49-68. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n1.2022.496>
- Yusvisaret Palmer, L., Palmer Morales, S., Medina Ramirez, C. R. & López Palmer, D. A. (2021). Prevalencia de depresión durante la COVID-19 en estudiantes de medicina de una universidad privada mexicana. *MEDISAN*, 25(3), 637-646. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192021000300637&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192021000300637&lng=es&tlng=es).
- Zubieta García, J. y Rama Vitale, C. (Coord.) (2015). *La Educación a Distancia en México: Una nueva realidad universitaria*. CUAED, Virtual Educa.  
<https://virtualeduca.org/documentos/observatorio/2015/la-educacion-a-distancia-en-mexico.pdf>



## Efectos del tabaco y alcohol en Personas Diagnosticadas con Lupus Eritematoso Sistémico: una Revisión Sistemática

### Effects of tobacco and alcohol in People Diagnosed with Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review

Francisco Javier Corrales Sanchez<sup>1</sup>, Annel González Vázquez<sup>2</sup>, Arodi Tizoc Marquez<sup>3</sup>,  
Universidad Autonoma de Baja California, Facultad de Enfermería, Campus Mexicali,  
Universidad Autonoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica

Recibido: 01/06/2022

Aceptado: 19/11/2022

### Resumen

**Introducción:** El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad multifactorial con un desarrollo inespecífico, por lo cual tiene una serie de signos y síntomas, así como complicaciones que pueden aparecer en cualquier momento; las conductas de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol durante el curso de la enfermedad puede provocar una serie de efectos perjudiciales para la salud. **Objetivo:** Analizar la evidencia científica sobre el efecto del consumo de tabaco y alcohol en personas con diagnóstico establecido de lupus eritematoso sistémico. **Método:** Se realizó una revisión sistemática basada en las recomendaciones del protocolo PRISMA, la búsqueda de la literatura se realizó en bases de datos electrónicas Pubmed, BMJ, Scopus, Web of Science y LSJ, Wiley Online Library; para la estrategia de búsqueda se establecieron los DeCS y MeSH, validando la calidad de la literatura. **Resultados:** Se destaca el efecto del consumo de tabaco y alcohol en pacientes con LES y la alta actividad autoinmune y/o daño orgánico, mismos que disienten en algunas características debido a que estos no han sido establecidos de manera clara a causa de variabilidad clínica de la enfermedad. **Conclusiones:** Las referencias analizadas no presentan información para determinar si el alcohol tiene un efecto sobre las personas con LES, que genere actividad autoinmune dañina; a diferencia del tabaco que se determinó una alta actividad que produce daño orgánico y sistémico por su consumo.

*Palabras clave:* Lupus eritematoso sistémico, alcohol, tabaco.

---

Correspondencia remitir a: Dr. Arodi Tizoc Marquez, Coordinador de Formación Profesional, Baja California, México. Correo institucional: [atizoc@uabc.edu.mx](mailto:atizoc@uabc.edu.mx)<sup>1</sup> Universidad Autonoma de Baja California, Facultad de Enfermería, Campus Mexicali, México 2. Universidad Autonoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey 3. Universidad Autonoma de Baja California, Facultad de Enfermería, Campus Mexicali, México

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

## Abstract

**Introduction:** Systemic Lupus Erythematosus is a multifactorial disease with a non-specific development, so it has a series of signs and symptoms, as well as complications that can appear at any time; risk behaviors such as tobacco and alcohol consumption during the course of the disease can cause a series of detrimental health effects. **Objective:** To analyze the scientific evidence on the effect of tobacco and alcohol consumption in people with an established diagnosis of systemic lupus erythematosus. **Method:** A systematic review was conducted based on the recommendations of the PRISMA protocol, the literature search was performed in electronic databases such as Pubmed, BMJ, Scopus, Web of Science and LSJ, Wiley Online Library; for the search strategy the DeCS and MeSH were established, validating the quality of the literature. **Results:** The effect of tobacco and alcohol consumption in patients with SLE and the high autoimmune activity, and/or organic damage stand out, although they differ in some characteristics since they have not been clearly established due to the clinical variability of the disease. **Conclusions:** The references analyzed do not present information to determine whether alcohol has an effect on people with SLE, which generates harmful autoimmune activity; unlike tobacco which was determined to have a high activity that produces organic and systemic damage due to its consumption.

*Key words:* Systemic lupus erythematosus, alcohol, tobacco.

Según la Fundación Americana del Lupus, el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad reumatológica crónica que puede dañar cualquier parte del cuerpo como la piel, articulaciones y los órganos internos, esta es una enfermedad multicausal que aparece por una serie de factores ambientales, genéticos y de estilo de vida (estrés, hábitos personales, alimenticios, etcétera), (Lupus Foundation of America, 2019).

La enfermedad consiste en la modificación de las acciones del sistema inmune, el cual funciona como un mecanismo protector atacando a virus, bacterias y cualquier agente desconocidos que entra al organismo, el cual los detecta y destruye; con esta afección el sistema se vuelve autoinmune esto quiere decir que produce autoanticuerpos que de manera descontrolada atacan tanto a células sanas como a microorganismos dañinos, lo cual provoca una serie de síntomas relacionados con respuestas inflamatorias como lo son: dolor articular, afecciones dermatológicas, dolor y daño orgánico, entre otras (Lupus Foundation of America, 2019).

Coronado et al. (2018) señala que en México se estima una incidencia de LES del 0.06%, siendo esto aproximadamente entre 1.8 a 7.6 casos por cada 100,000 habitantes (p. 02); esta enfermedad afecta en su mayoría a mujeres ya que componen el 90% de las personas que padecen esta afección, generalmente aparece en mujeres de edad fértil de entre 15 y 44 años de edad, sin embargo puede presentarse en cualquier etapa de la vida; así mismo la literatura muestra que los hombres no están exentos de esta enfermedad ya que de cada nueve casos hay uno masculino (Bermudez et al., 2016).

Dentro de las complicaciones del LES se mencionan principalmente las de origen renal como la nefritis lúpica, que constituye alrededor del 16% al 60% de los pacientes en los primeros 5 años del curso de la enfermedad, presentando manifestaciones clínicas como la proteinuria en el 100%, síndrome nefrótico en un 45-64% y otras como la hipertensión arterial sistémica del 15% al 50%; hoy en día, estas han variado por el estilo de vida de los pacientes (Ward et al., 1992). Actualmente el porcentaje total de pacientes que pueden progresar a enfermedad renal terminal va del 10% al 20%; la literatura señala que la sintomatología se relaciona de manera causal al consumo de alcohol y tabaco, sin embargo, esto no es del todo consistente (Kim et al., 2017).

Debido a la escasa información disponible del origen de la enfermedad, su relación con diversos factores ambientales y estilo de vida que algunas personas normalmente tienen, se decidió realizar una investigación con el fin de identificar en la literatura disponible, los efectos que se presentan ante el consumo de alcohol y tabaco en personas con diagnóstico de LES que hayan sido o sean consumidores activos de estas sustancias; esto debido a que el utilizar drogas lícitas es algo muy frecuente en personas de todas las edades, su fácil acceso genera diversas enfermedades crónico degenerativas, adicción, mantenimiento y evolución hacia el uso de drogas ilícitas (Bae & Lee, 2018).

Por ello el propósito del presente estudio fue identificar los efectos que se pueden presentar en el curso clínico del LES aunado al consumo de alcohol y tabaco. No existen registros que aseguren que el uso de tabaco y alcohol sean responsables de la aparición y/o agravamiento de la enfermedad, sin embargo, se estipula que contribuyen de manera causal a la reactividad de eventos en el curso de esta (Barbhaiya et al., 2016).

## **Objetivo**

Analizar la evidencia científica sobre el efecto del consumo de tabaco y alcohol en personas con diagnóstico establecido de Lupus Eritematoso Sistémico.

## **Método**

El protocolo del estudio se guió por las recomendaciones PRISMA (por sus siglas en inglés Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) se trata de una revisión sistemática. Se incluyeron estudios que considerarán buscar el efecto que tiene el consumo de alcohol y tabaco en las personas con LES, en los idiomas inglés y español. Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron: estudios realizados en población con diagnóstico establecido de Lupus Eritematoso Sistémico, consumo de alcohol y tabaco, en hombres y mujeres, mayores de 18 años, de diversas nacionalidades, además se eliminaron dentro de la búsqueda aquellos artículos repetidos o que no cumplan con los criterios de elegibilidad.

La búsqueda de estudios se realizó a través de las bases de datos electrónicas del área de la salud: Pubmed, BMJ, Scopus, Web of Science y LSJ, Wiley Online Library; para la estrategia de búsqueda en las distintas bases de datos antes mencionadas se establecieron las siguientes palabras clave: Lupus eritematoso sistémico, tabaco y alcohol; para su búsqueda se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), sinónimos, términos relacionados, variación ortográfica, abreviaturas y comodines, combinados por medio de los operadores booleanos *AND*, *OR* y *NOT*, la búsqueda de literatura se realizó de agosto a diciembre de 2019, con actualizaciones de enero a diciembre de 2021, observar Tabla 1.

**Tabla 1**

*DeSC, MESH, términos relacionados y operadores booleanos utilizados para la búsqueda de estudios*

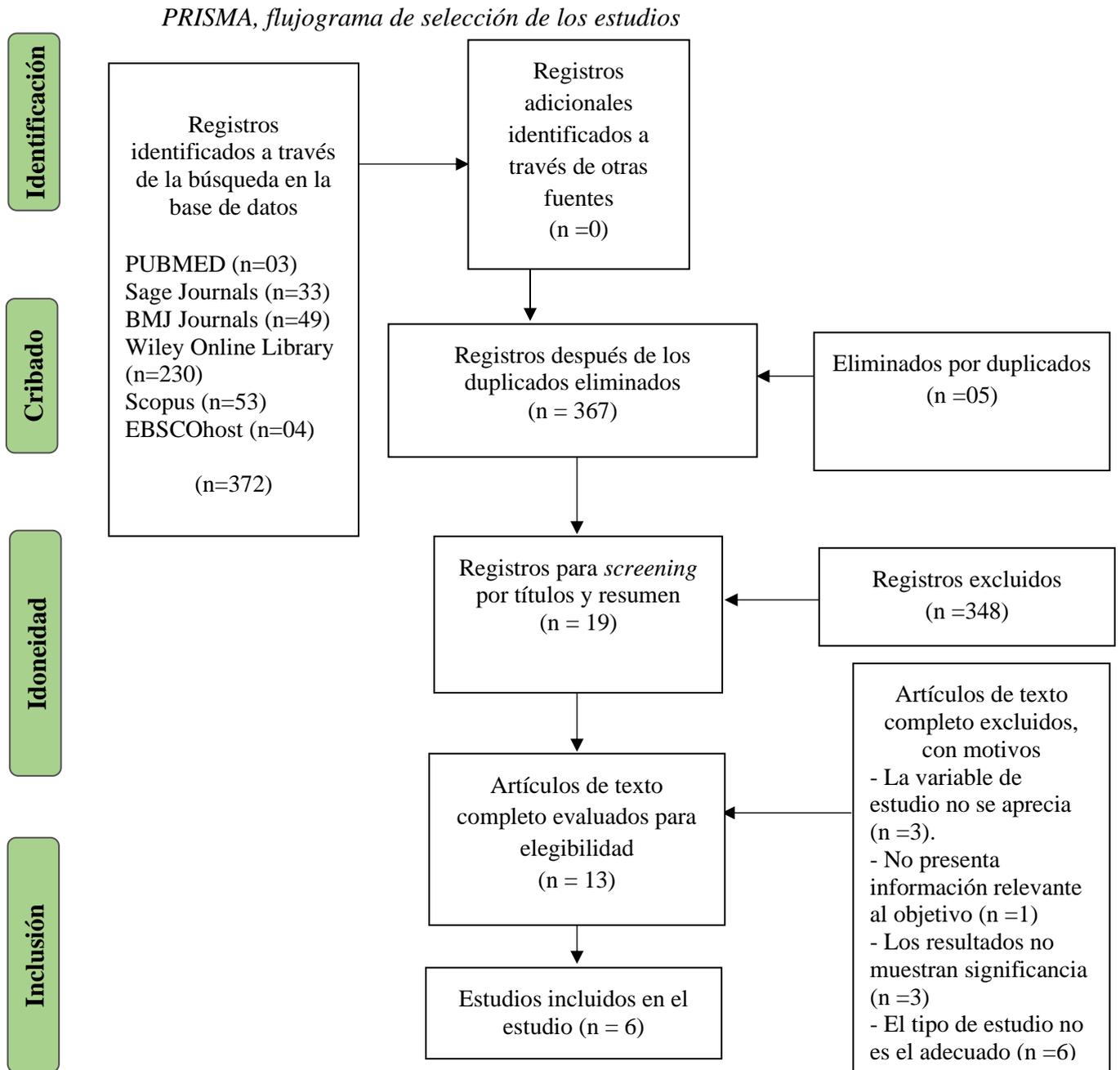
| ENG-ESP-PORT   | ENGLISH  |
|--|--|
| #1 (((Alcohol Drinking [Title/Abstract]) OR Consumo de Bebidas Alcohólicas [Title/Abstract]) OR Alcohol Consumption [Title/Abstract]) OR Drinking, Alcohol [Title/Abstract]  | ((Alcohol Drinking) OR Alcohol Consumption) OR Drinking, Alcohol   |
| #2 (((Tobacco Use [Title/Abstract]) OR Uso de Tabaco [Title/Abstract]) OR Tobacco Chewing [Title/Abstract]) OR Tobacco Consumption [Title/Abstract] OR Consumo de Tabaco [Title/Abstract]  | ((Tobacco Use) OR Tobacco Chewing) OR Tobacco Consumption  |
| #3 ((((((Lupus Erythematosus, Systemic [Title/Abstract]) OR Lupus Eritematoso Sistémico [Title/Abstract]) OR Lúpus Eritematoso Sistémico [Title/Abstract]) OR Enfermedad de Libman-Sacks [Title/Abstract]) OR Lupus Eritematoso Diseminado [Title/Abstract]) OR Libman-Sacks Disease [Title/Abstract]) OR Lupus Erythematosus Diseminatus [Title/Abstract]) OR Systemic Lupus Erythematosus [Title/Abstract]   | ((((Lupus Erythematosus, Systemic) OR Libman-Sacks Disease) OR Lupus Erythematosus Diseminatus) OR Systemic Lupus Erythematosus  |
| #1 AND #2 AND #3   | #1 AND #2 AND #3   |
| (((((Alcohol Drinking[Title/Abstract]) OR Consumo de Bebidas Alcohólicas[Title/Abstract]) OR Alcohol Consumption[Title/Abstract]) OR Drinking, Alcohol[Title/Abstract])) AND (((Tobacco Use[Title/Abstract]) OR Uso de Tabaco[Title/Abstract]) OR Consumo de Tabaco[Title/Abstract]) OR Tobacco Chewing[Title/Abstract]) OR Tobacco Consumption[Title/Abstract])) AND ((((((Lupus Erythematosus, Systemic[Title/Abstract]) OR Lupus Eritematoso Sistémico[Title/Abstract]) OR Lúpus Eritematoso Sistémico[Title/Abstract]) OR Enfermedad de Libman-Sacks[Title/Abstract]) OR Lupus Eritematoso Diseminado[Title/Abstract]) OR Libman-Sacks Disease[Title/Abstract]) OR Lupus Erythematosus Diseminatus[Title/Abstract]) OR Systemic Lupus Erythematosus[Title/Abstract]) | (((((Alcohol Drinking)[Title/Abstract] OR Alcohol Consumption)[Title/Abstract] OR Drinking, Alcohol[Title/Abstract])) AND (((Tobacco Use)[Title/Abstract] OR Tobacco Chewing)[Title/Abstract] OR Tobacco Consumption[Title/Abstract])) AND (((((Lupus Erythematosus, Systemic)[Title/Abstract] OR Libman-Sacks Disease)[Title/Abstract] OR Lupus Erythematosus Diseminatus)[Title/Abstract] OR Systemic Lupus Erythematosus[Title/Abstract]) |

Nota: Ejemplo tomado del buscador PUBMED

## Resultados

Se identificaron 372 artículos primarios (Figura 1), 4 de EBSCO HOST, 3 PUBMED, 33 de Sage Journal, 49 de BJM Journals, 53 de SCOPUS y 230 de Wiley Online Library, se realizó la eliminación de duplicados, 5 de ellos fueron eliminados.

**Figura 1**



Al realizar el *screening* por título (Figura 1) y resumen 348 fueron excluidos debido a que las variables no estaban directamente relacionadas al tema, como resultado se analizaron a texto completo 19, de los cuales se eliminaron 13 debido a que el estudio no se relacionaba al objetivo de la revisión, concluyendo con 6 artículos.

El *screening* se llevó a cabo considerando en todo momento las variables de interés, inicialmente, se realizó por título, resumen y finalmente por texto completo, se utilizó la lista de chequeo STROBE por sus siglas (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology), la cual permitió identificar y valorar la metodología y estructura de los artículos seleccionados, además se utilizaron ficheros con el objetivo de documentar la lectura crítica.

Los artículos seleccionados para responder el objetivo de la presente revisión sistemática fueron seis, publicados entre 2008 a 2021, de estos, tres tienen un grado de evidencia alta y el resto un grado de evidencia media. Para fines prácticos de los resultados, tomando como referencia el objetivo principal el cual es conocer la relación entre el efecto del consumo de tabaco y alcohol en personas que padecen LES, se lograron agrupar los resultados de interés por el consumo.

### **Efecto del consumo de tabaco en personas con LES**

La aparición de síntomas relacionados al LES tiene una asociación significativa al tabaquismo, esto se corroboró en un estudio que reclutó a un grupo de 65 personas fumadoras y ex fumadoras con diagnóstico establecido, donde la presencia de datos clínicos se vinculó a la actividad de la enfermedad; de acuerdo a lo anterior se observó alta actividad sintomática y complicaciones principalmente renales relacionadas al lupus, mismas que aparecieron debido a los antecedentes tabáquicos de los participantes ( $p=0.01$ ) (Xu et al., 2015).

Otro estudio que correlaciona el riesgo de presentar LES debido al consumo de tabaco, se aplicó a una muestra de 152 mujeres con edad media de 41.2 años, fueron reclutadas entre 2002 al 2005, obteniendo hallazgos relacionados a dos polimorfismos (secuencias de ADN CYP1A1 y GSTM1) que demuestran actividad fisiológica relacionada al desarrollo de LES, presentando datos significativos ( $p < 0.01$ ) que señalan un riesgo alto de aparición del genotipo específico en aquellas mujeres que son ex fumadoras (Kiyohara et al., 2009).

Recientemente un estudio realizado por Kallas et al., (2020) en una muestra poblacional de 2,629 pacientes afroamericanos y caucásicos, con edad media de 30 años, de los cuales 92% fueron mujeres; dentro de este se comprobó la relación de los efectos del consumo de cigarrillos (prevalencia de consumo del 35.8%) y daño orgánico y/o sistémico en personas con LES, presentando datos relacionados a complicaciones y síntomas derivados del Lupus que fueron prevalentes en ambos grupos: angina o derivación coronaria ( $p = 0.01$ ), infarto al miocardio ( $p = 0.01$ ), claudicación ( $p = 0.01$ ) y daño cutáneo ( $p = 0.01$ ).

En 2021 un estudio comprobó la relación de historial de tabaquismo y la presencia de daño orgánico o sistémico en pacientes con diagnóstico de LES, la muestra estuvo compuesta por 631 paciente que padecían la enfermedad, con una edad media de 46.2 años, el 31.1% eran fumadores actuales, 12.7% nunca había fumado y el resto eran exfumadores; los hallazgos relacionados a los daños sistémicos se adjudicaron a los fumadores actuales y exfumadores ( $p < 0.01$ ), (McKnown et al., 2021).

Kiyohara et al., (2012) en su estudio con una muestra de 114 casos con diagnóstico establecido de LES, de los cuales 109 eran mujeres y 5 hombres, con edad media de 40.6 años, identificó que aquellas personas que consumían principalmente tabaco presentaron significancia en asociación a la aparición de genotipos detonadores del LES y síntomas relacionados a la enfermedad ( $p = 0.01$ ).

## Efecto del consumo de alcohol en personas con LES

En cuanto a los efectos del consumo de alcohol (Tabla 2) relacionados al LES Wang et al., (2009) analizó el consumo progresivo de alcohol de manera cronológica hasta la aparición de los signos y síntomas.

**Tabla 2**

*Relación de los estudios seleccionados (STROBE)*

| <b>Autor</b>          | <b>Diseño</b>     | <b>Población</b>                        | <b>Consumo de alcohol/tabaco</b>       | <b>LES</b>                                  | <b>Estadístico</b>   |
|-----------------------|-------------------|---|--|---|--|
| Xu et al., 2015       | Transversal       | 730 participantes, edad media 38.8 años | Fumadores actuales y ex fumadores.     | Actividad del LES relacionada al tabaquismo | 12.38 ± 8.95 frente a 9.83 ± 6.81) (p<0.05)  |
| Wang et al., 2008     | Casos y controles | 342 participantes, edad media           | Periodicidad de consumo de alcohol.    | Riesgo para el Dx de LES                    | OR 1.12, IC 95%: 0.63 a 2.00) (p= 0.9)   |
| Kiyohara et al., 2009 | Casos y controles | 152 participantes, edad media 41.2 años | Exfumadores VS fumadores actuales.     | Riesgo de Dx LES.                           | OR 3.32, IC 95%: 2.00–5.53, p < 0.01   |
| Kiyohara et al. 2012  | Casos y controles | 151 participantes, edad media 41.2 años | Consumo de tabaco y alcohol.           | Antecedentes previos al Dx de LES.          | AOR 2.73, IC 95%: 1.64 - 4.54, p < 0.01  |
| Kallas et al., 2020   | Longitudinal      | 2629 participantes, edad media 30 años  | Fumadores activos                      | Síntomas y complicaciones del LES.          | OR 1.77 IC 95%: 1.17 - 2.67, p= 0.01<br>OR 2.87 IC 95%: 1.38 - 5.97, p= 0.01<br>OR 1.77 IC 95%: 1.17 - 2.67, p= 0.01<br>OR 2.53 IC 95%: 1.26 - 5.07, p= 0.01 |
| McKnown et al., 2021  | Longitudinal      | 285 participantes, edad media 46.2 años | Consumo actual y progresivo de tabaco. | Daños sistémicos relacionados al LES.       | OR 2.08; IC 95%: 1.39, 3.11, p= <0.0001  |

Nota: AOR= Razón de probabilidad ajustada. OR= Razón de probabilidad. IC= Intervalo de confianza. p= Significancia.

Lo anterior para determinar la interacción directa indagando en el consumo diario de alcohol, semanalmente y total antes de que la enfermedad se manifestará; finalmente se detectó que ningún tipo de consumo de alcohol tiene relación con la actividad sintomática o desarrollo del Lupus ( $p= 0.9$ ). Por su parte Kiyohara et al., (2012) reporta en un estudio de 114 casos que el consumo de alcohol no representó significancia en la aparición de genotipos detonantes de LES y/o síntomas relacionados a la enfermedad ( $p= >.05$ ).

Lo anterior muestra que el consumo de tabaco es un potenciador de riesgos para generar efectos sobre la sintomatología y complicaciones orgánicas o sistémicas en personas con LES (Xu et al., 2015; Kiyohara et al., 2009; Kallas et al., 2020 y McKnown et al., 2021); por otra parte, en la ingesta habitual de alcohol no se presenta un efecto significativo sobre los riesgos que puedan afectar la salud en personas que padecen la enfermedad (Wang et al., 2009 y Kiyohara et al., 2012).

## Discusión

La conducta de consumo de tabaco y alcohol genera un riesgo potencial de manera general en la población, ahora en específico dicho comportamiento en personas con LES causa una serie de alteraciones y efectos negativos sobre las manifestaciones clínicas, aumentando la actividad autoinmune que propicia complicaciones como el daño orgánico y/o sistémico; por consiguiente, el uso habitual de tabaco ya sea actual o pasado es relevante y puede conllevar a presentar sintomatología específica y alta actividad de la enfermedad incluso en casos sin diagnóstico previo. Por otra parte, el efecto del consumo de alcohol entra en conflicto debido a que la literatura señala que el consumo regular tiene mínimos efectos sobre el Lupus y en personas con diagnóstico establecido no presenta daños sobre la salud.

El LES es una enfermedad multifactorial por lo cual aún no se determina concretamente su origen, ya que está sujeta a variantes como el género, la edad, la raza, etnia e incluso factores genéticos y/o hereditarios; ante esta situación los profesionales de enfermería sugieren continuar estudiando las variables presentadas en este estudio con el fin de detectar las posibles conductas de riesgo enlazadas al consumo de alcohol y tabaco, que pueden agravar los signos y síntomas de la enfermedad.

## **Conclusiones**

Los factores relacionados a la aparición del LES aún siguen siendo poco conocidos, aunque el consumo de tabaco tenga un efecto significativo sobre la aparición de la enfermedad, actividad sintomatológica y/o complicaciones de esta, aún existen divergencias sobre los efectos causados por el consumo de alcohol y su relación con la problemática señalada; debido a ello, difiere el resultado en los estudios sobre los efectos negativos en pacientes con Lupus.

## **Sugerencias y limitaciones**

Se propone dar continuidad al abordaje del tema, principalmente en poblaciones afectadas por la enfermedad, ya que hay constantes cambios en la salud y múltiples factores que influyen en la toma de decisiones, adopción de comportamientos saludables y autocuidado.

## **Referencias**

Coronado, A., C., D. Gámez, S., I., L. & Sotelo, Cruz., N. (2018). Características clínicas y comorbilidades de pacientes con lupus eritematoso sistémico en niños y adultos. Acta pediátrica de México, 39(1), 1-12. <https://doi.org/10.18233/apm1no1pp1-121535>.

- Barbhaiya, M., Lu, B., Sparks, J., Malspeis, S., Chang, S., Karlson, E. & Costenbader, K. (2017). Influence of Alcohol Consumption on the Risk of Systemic Lupus Erythematosus Among Women in the Nurses' Health Study Cohorts. *Arthritis Care & Research* 69(3):384-392. <https://dx.doi.org/10.1002%2Facr.22945>
- Bermudez, W., Vizcaino, Y., Fusté, C., González, Z. & Egües, M. (2016) Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista Cubana de Reumatología* 18(2):182–91.
- Bae, S.y & Lee, Y. (2018). Alcohol intake and risk of systemic lupus erythematosus: a Mendelian randomization study. *Lupus*. 1(1): 1-7. <https://doi.org/10.1177%2F0961203318817832>
- Fundación Americana del Lupus. (2019) ¿Que es el lupus? (1 de octubre de 2019). <https://www.lupus.org/es/resources/que-es-el-lupus>
- Kallas, R., Li, J. & Petri, M. (2020). Association of African-American Ethnicity and Smoking Status with Total and Individual Damage Index in Systemic Lupus Erythematosus. *Clin Rheumatol*. 39(2):365-373. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10067-019-04800-1>
- Kim, S., Lee, S., Choe, J., Park, S. & Lee, H. (2017). Effect of alcohol consumption and smoking on disease damage in systemic lupus erythematosus: data from the Korean Lupus Network (KORNET) registry. *Lupus*. 26(14):1540–1549. <https://doi.org/10.1177%2F0961203317709346>
- Kiyohara, C., Washio, M., Horiuchi, T., Tada, Y., Asami, T., Ide, S., Atsumi, T., Kobashi, G. & Takahashi, H. (2009) Cigarette Smoking STAT4 and TNFRSF1B Polymorphisms, and Systemic Lupus Erythematosus in a Japanese Population. *The Journal of Rheumatology* 36(10):2195-2203. <https://doi.org/10.3899/jrheum.090181>
- Kiyohara, C., Washio, M., Horiuchi, T., Tada, Y., Asami, T., Ide, S., Atsumi, T., Kobashi, G. & Takahashi, H. (2012) Risk modification by CYP1A1andGSTM1 polymorphisms in the association of cigarette smoking and systemic lupus erythematosus in a Japanese population. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 41(2):103-109. <https://doi.org/10.3109/03009742.2011.608194>

- Mcknown, T., Schletzbaum, M., Unnithan, R., Wang, X., Ezeh, N. & Bartels, C. (2021). The Effect of Smoking on Cumulative Damage in Systemic Lupus Erythematosus: An Incident Cohort Study. *Lupus*. 30(4):620-629. <https://dx.doi.org/10.1177%2F0961203320988603>
- Wang, J., Kay, A., Fletcher, J., Formica, M. & McAlindon, T. (2009) Alcohol consumption is not protective for systemic lupus erythematosus. *Annals of the Rheumatic Diseases* 68(3):345-348. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2007.084582>
- Ward, M. & Studenski S. Clinical Prognostic Factors in Lupus Nephritis: The Importance of Hypertension and Smoking. *Arch Intern Med*. 1992;152(10):2082–8.
- Xu, D., You, X., Wang, Z., Zeng, Q., Xu, J., Jiang, L., Gong, L., Wu, F., Gu, J., Tao, Y., Chen, J., Zhao, J., Li, M., Zhao, Y. & Zeng, X. (2015) Chinese Systemic Lupus Erythematosus Treatment and Research Group Registry VI: Effect of Cigarette Smoking on the Clinical Phenotype of Chinese Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *PLOS ONE* 10(8):1-14. <https://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0134451>



## Intervenciones de enfermería para el control de peso corporal en adultos: revisión sistemática

Nursing interventions for body weight control in adults: systematic review

<sup>1</sup>Yaneth Guadalupe Acosta Valencia, <sup>1</sup>María Mercedes Moreno González, <sup>1</sup>Alicia Álvarez Aguirre, <sup>2</sup>Juan Alberto López González,

<sup>3</sup>Geu Salomé Mendoza Catalán y <sup>3</sup>Jose Luis Higuera Sainz.

<sup>1</sup>División de Ciencias de la Salud e Ingenierías (DCSI) del Campus Celaya-Salvatierra (CCS) de la Universidad de Guanajuato (UG). Celaya, Guanajuato. México.

<sup>2</sup>Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, México

<sup>3</sup>Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 13/06/2022

Aceptado: 18/11/2022

### Resumen

**Introducción:** los problemas de sobrepeso y obesidad afectan a todos los grupos de edad, pero con mayor frecuencia a quienes pertenecen al grupo de adultos entre 20 y 49 años. **Objetivo:** identificar el efecto de las intervenciones de enfermería en el control del peso corporal en adultos. **Metodología:** el diseño de la investigación fue una revisión sistemática basada en la declaración Prisma, realizando una búsqueda en las bases de datos PubMed, Science Direct y Google Scholar, en español, inglés y portugués, con un intervalo de diez años. Se incluyeron artículos de acceso abierto referidos a la implementación de intervenciones de enfermería para el control del peso corporal en adultos. **Resultados:** se analizaron trece estudios científicos, once ensayos controlados aleatorios (n=11) y dos estudios cuasiexperimentales (n=2), entre los principales resultados se identificó que todos los participantes tenían sobrepeso u obesidad, fueron sometidos a intervenciones educativas o conductuales con modalidades presenciales, virtuales o mixtas, mostrando pérdidas de peso superiores al 5% de la medición basal, reducciones del IMC, de los pliegues cutáneos y de los datos de riesgo cardiovascular con informes de tamaño del efecto (d de Cohen) de 0.30 y 0.34.

<sup>1</sup>Correspondencia remitir a: José Luis Higuera Sainz. [higueraj99@uabc.edu.mx](mailto:higueraj99@uabc.edu.mx)

<sup>2</sup>Correspondencia remitir a: [revistacientificaureka@gmail.com](mailto:revistacientificaureka@gmail.com) o [normacopparipy@gmail.com](mailto:normacopparipy@gmail.com) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

**Conclusiones:** a pesar de que los estudios muestran resultados positivos para sus participantes en la reducción de peso corporal, las barreras para la disminución del peso corporal y el mantenimiento del nuevo peso alcanzado, continúa siendo un desafío tanto para la profesión de enfermería y el área de la salud.

*Palabras clave:* enfermería, sobrepeso, obesidad y adulto.

## Abstract

Overweight and obesity problems affect all age groups, but more frequently those belonging to the group of adults between 20 and 49 years of age. **Objective:** to identify the effect of nursing interventions on body weight control in adults. **Methodology:** the research design was a systematic review based on the Prisma statement, searching the databases PubMed, Science Direct and Google Scholar, in Spanish, English and Portuguese, with a ten-year interval. Open access articles referring to the implementation of nursing interventions for body weight control in adults were included. **Results:** thirteen scientific studies were analyzed, eleven randomized controlled trials (n=11) and two quasi-experimental studies (n=2), among the main results it was identified that all participants were overweight or obese, underwent educational or behavioral interventions with face-to-face, virtual or mixed modalities, showing weight loss greater than 5% of the baseline measurement, reductions in BMI, skinfold and cardiovascular risk data with effect size reports (Cohen's d) of 0.30 and 0.34. **Conclusions:** although the studies show positive results for their participants in body weight reduction, the barriers to body weight reduction and maintenance of the new weight achieved continue to be a challenge for both the nursing profession and the health care field.

*Key words:* nursing, overweight, obesity and adult.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el año 2016 existían más de 1,900 millones de personas adultas con sobrepeso en el mundo, de las cuales más de 650 millones tenían obesidad, lo que representa en conjunto al 39% de la población mundial, es decir, que cuatro de cada diez personas en el mundo se encontraban perjudicadas con alguna de estas dos condiciones, aunado a lo anterior, en el año de 2017 se estimó que cada año morían 2.8 millones de personas a causa del sobrepeso y la obesidad (OMS, 2017).

En México, las prevalencias actuales de SP/OB superan abrumadoramente a las prevalencias mundiales, especialmente en el grupo de adultos de 20 a 49 años que muestran prevalencias combinadas de 72.5% (ENSANUT, 2018).

En los últimos años, estos problemas han arrastrado consigo un fuerte incremento en las enfermedades a las que se encuentran estrechamente relacionadas como: diabetes tipo 2, infarto agudo de miocardio, ictus, osteoartritis de rodilla, cáncer de mama, riñón, colon / recto, esófago, endometrio y vesícula biliar, que son las responsables de más de 75% de las muertes en todo el país, de más del 68% del total de años de vida ajustados por discapacidad (OMS, 2020).

La causa fundamental del sobrepeso y obesidad se atribuye a un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, es decir, un aumento en las calorías consumidas y un descenso en la actividad física, una acción que se ha venido presentando de manera más frecuente en la sociedad actual, posiblemente por estilos de vida más urbanizados, los cambios ambientales y sociales e inclusive el entorno político (OMS, 2020), lo que a su vez evidencia que estos problemas guardan una relación más estrecha con el comportamiento individual, el entorno familiar, comunitario y el ambiente social que con las alteraciones genéticas (Bryce-Moncloa, et al., 2017).

Lo anteriormente descrito, demuestra un problema que se ha instaurado en la sociedad y demanda intervenir de manera inmediata y persistente, lo que parece ser de gran interés para el personal de salud que continúa trabajando en la creación de directrices que aborden el problema, especialmente al considerar su fuerte relación con diversas comorbilidades (Rajmil, et al., 2017).

Por su parte, la profesión de enfermería ha puesto en marcha iniciativas y experiencias novedosas en la prevención y promoción de la salud, sobre todo al centrar su objetivo de atención en la promoción y abordaje de los problemas relacionados con el cuidado en personas con SP y OB (Palmeira, et al., 2019). Motivo que lleva a la presente revisión sistemática a establecer como objetivo: identificar el efecto de las intervenciones de enfermería para el control del peso corporal de los adultos jóvenes.

Mediante la presente revisión se pretende aportar información útil y confiable, para el diseño e implementación de nuevas propuestas de intervención que permitan mejorar los patrones de comportamiento y reducir el riesgo de experimentar un exceso de peso, así como limitar las complicaciones relacionadas con este problema.

## **Método**

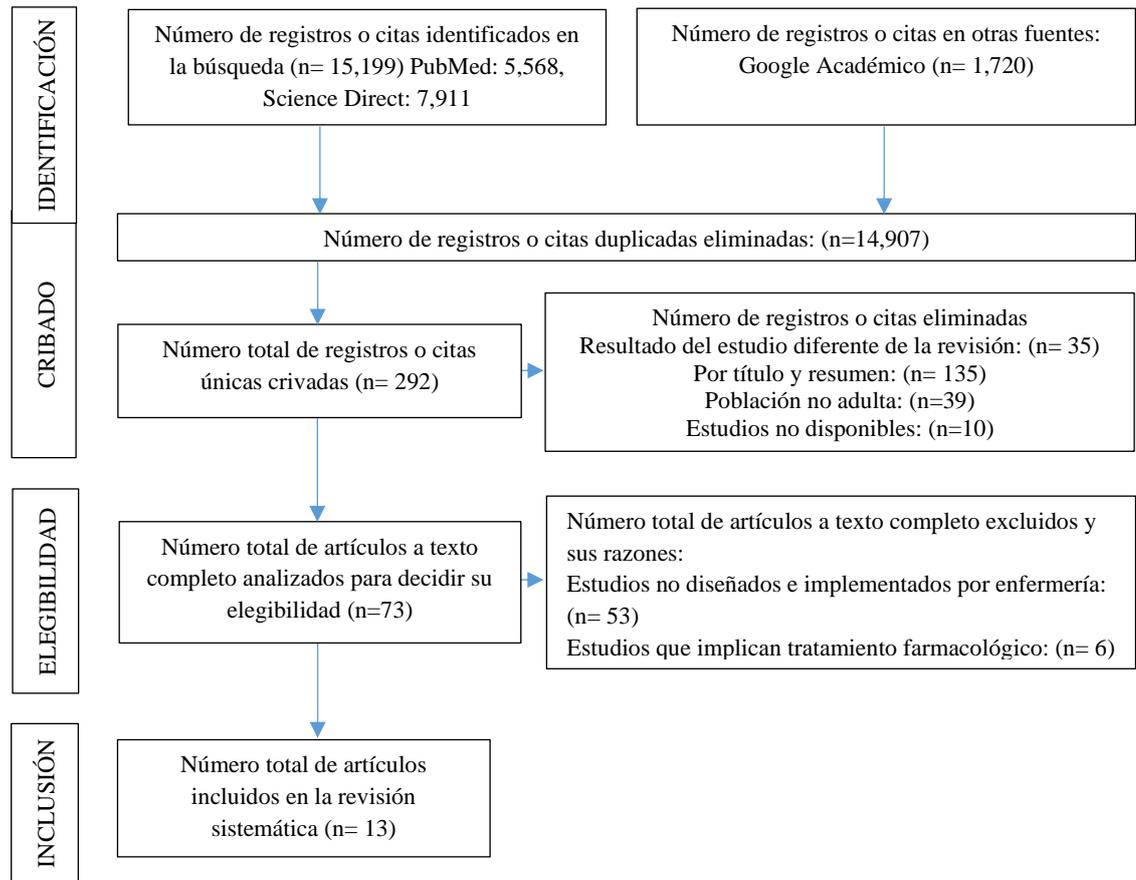
El diseño de la revisión se apegó a los lineamientos de la declaración PRISMA para la selección de los artículos. Se incluyeron estudios que respondieran al objetivo de la presente revisión, estudios de diseños controlados aleatorizados y cuasi-experimental. Entre los criterios de inclusión se tomaron en cuenta: artículos de texto completo disponible, con información sobre intervenciones de enfermería para la reducción de peso corporal en adultos jóvenes, publicados entre 2012 y 2022, en los idiomas inglés, español y portugués.

Los criterios de exclusión fueron: artículos con información de otros grupos de edad, con resultados incompletos, en idiomas diferentes al inglés, español y portugués, estudios que no estén diseñados o implementados por profesionales enfermería y protocolos de investigación. La búsqueda de artículos se realizó en las bases de datos PubMed, Science Direct y en el buscador Google Académico, a través de los descriptores: randomized controlled trial, evaluation of the efficacy-effectiveness of interventions, nursing, overweight, obesity, y los operadores booleanos AND, OR y NOT.

La búsqueda fue realizada por los autores principales, se acompañó de una lectura y valoración constante de la información (títulos, resúmenes y texto completo), el contenido del documento y relevancia de la información para la revisión sistemática previo a la selección de 13 los artículos (Figura 1).

**Figura 1**

*Diagrama de flujo que resume el proceso para la identificación de artículos elegibles*



Los artículos se seleccionaron utilizando los componentes de declaración (PICO) "Participantes adultos jóvenes", "Intervenidos por profesionales de enfermería para la reducción del peso corporal", "Con y sin grupos de comparación" que reporte de "Resultados que muestren efecto de las intervenciones".

Los autores recolectaron la información de los artículos en tablas de Microsoft Word incluyendo: título, autores, país de origen, metodología del estudio. El riesgo de sesgo fue evaluado de forma individual utilizando la escala de Newcastle-Ottawa, posteriormente se llegó a un consenso entre los autores sobre los artículos que debían ser incluidos. La descripción de los artículos incluidos (Tabla 1) en la revisión fueron clasificados por título, autor, año, país y características de la intervención.

**Tabla 1**

*Descripción de los artículos seleccionados para la revisión sistemática*

| <b>Título, autor, año y país</b>   | <b>Características de la intervención</b>   |
|--|---|
| Effect of remote nursing monitoring on overweight in women: clinical trial.<br>Palmeira et al., (2019)<br>País: Brasil   | ECA en 101 mujeres de 18 a 60 años, asignaron n=51 en el grupo de intervención para el monitoreo remoto telefónico (orientaron y reforzaron conocimientos el tratamiento para la reducción de peso) y n=50 en el grupo control para consultas de seguimiento convencional, se recolectaron mediciones de peso, talla, IMC, circunferencia de cintura, actividad física, alimentación en la primer y doceava semana.   |
| Short-medium-long-term efficacy of interdisciplinary intervention against overweight and obesity: Randomized controlled clinical trial.<br>Fernández-Ruiz et al., (2018) País: España      | ECA en 74 personas con un IMC entre 25 y 29.9kg/m <sup>2</sup> incluyeron un grupo experimental (n=37) que recibió sesiones de actividad física, alimentación saludable y terapia cognitiva conductual, el grupo control (n=37) a quienes otorgaron el servicio de atención habitual del servicio público de salud de Murcia, durante 12 meses, recolectaron mediciones clínicas, antropométricas y bioquímicas a los 0, 6, 12 y 24 meses.  |
| A Randomized Controlled Trial of Nurse Coaching vs. Herbal Supplementation for Weight Reduction in Soldiers. McCarthy (2017)<br>País: Estados Unidos                                       | ECA con 335 participantes mayores de 18 años, incluyó tres grupos (G1: n=81, G2: n=83, G3 placebo: n=85) que recibieron suplementos de hierbas y placebo para la reducción de peso, además de un grupo control (n=86) para comparación, se motivó a los sujetos, se les solicitó llevar un diario de alimentos y establecer objetivos de comportamiento para la pérdida de peso, además de llevar un seguimiento por correo electrónico y telefónico, en el estudio recolectaron mediciones psicométricas, antropométricas, clínicas y bioquímicas después de 12 semanas de intervención.   |
| Randomised controlled feasibility trial of a web-based weight management intervention with nurse support for obese patients in primary care.<br>Yardley et al., (2014)<br>País: Inglaterra | ECA realizado en 179 adultos con un IMC de 30 kg/m <sup>2</sup> o más ( $\geq 28$ kg/m <sup>2</sup> con hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes) para evaluar la factibilidad entre el nivel de apoyo de enfermería y el resultado del cambio con una intervención que fomenta habilidades de autorregulación para el control de peso, se conformaron cuatro grupos paralelos: 1: atención habitual (n=43), 2: intervención por un sitio web (n=45), 3: intervención por sitio web con apoyo básico de enfermería (n=44) y 4: intervención por sitio web con apoyo regular de enfermeras (n=47). Se midieron actitudes y comportamientos relacionados con la alimentación, actividad física, adherencia, peso e IMC a los seis y 12 meses. |

|  |   |
|--|---|
| <p>Efectividad de una intervención motivacional en pacientes con sobrepeso / obesidad en la atención primaria de salud: un ensayo aleatorio grupal. Rodriguez-Cristobal et al., (2017)<br/>País: España</p>              | <p>Estudio aleatorizado, multicéntrico, en 846 personas con sobrepeso y obesidad (IMC&gt;25) de 30 a 70 años, divididos en dos grupos, grupo de intervención motivacional (n= 400) y grupo de atención habitual (n=446), a los 26 meses evaluaron si las prácticas habituales más una intervención grupal motivacional fue más eficaz que una intervención tradicional sobre la pérdida de peso y su mantenimiento. Se midió, peso, IMC, cintura, riesgo cardiovascular, tensión arterial, glucosa, perfil de lípidos, dieta y calidad de vida.</p>   |
| <p>LIFeStyle study group. Effect of a lifestyle intervention in obese infertile women on cardiometabolic health and quality of life: A randomized controlled trial. van Dammen et al., (2018)<br/>País: Países Bajos</p> | <p>ECA multicéntrico realizado en 577 mujeres infértiles con edades entre 18 y 39 años, un IMC de <math>\geq 29</math> kg/m<sup>2</sup> divididas en dos grupos: Intervención (n=290) que realizaron una terapia dietética y se les aconsejó realizar actividad física, recibieron 10 sesiones, seis presenciales y cuatro con apoyo telefónico o correo electrónico, las participantes del grupo control (n=287) fueron tratados directamente de acuerdo con las pautas holandesas de infertilidad, se midió el peso, IMC, cintura, cadera, presión arterial, glucosa, insulina, perfil lipídico y calidad de vida.</p>  |
| <p>Randomized controlled trial of Web-based weight-loss intervention with human support for male workers under 40. Ozaki, Watai, Nishijima &amp; Saito. Año: 2019<br/>País: Japón</p>                                    | <p>ECA realizado en 80 personas de 18 a 39 años con IMC <math>\geq 25</math> kg/m<sup>2</sup> divididos en tres grupos, el Grupo de Apoyo Estándar (n=27) recibió apoyo mediante un sitio web y dos sesiones cara a cara más correos electrónicos mensuales. El Grupo de soporte mejorado (n=25) recibió cuatro sesiones de soporte remoto individualizado además todo incluido en el Grupo de Apoyo Estándar; y el Grupo Control (n=28) recibió la información del Grupo de Apoyo Estándar al finalizar la intervención. Se midió el IMC, peso, cintura, grasa corporal, actividad física, ingesta de energía, autoeficacia y autocontrol.</p>   |
| <p>Randomised controlled trial and economic analysis of an internet-based weight management programme: POWeR+ (Positive Online Weight Reduction). Little et al., (2017)<br/>País: Inglaterra</p>                         | <p>ECA que comparó tres intervenciones en 826 personas con IMC <math>\geq 30</math>kg/m<sup>2</sup> o 28kg/m<sup>2</sup> con riesgos adicionales, al primer grupo se denominó POWeR+F y recibió una intervención web de asesoramiento conductual con sesiones programadas de apoyo por enfermería cara a cara, el segundo grupo se identificó como POWeR+R recibió una intervención web con soporte telefónico y correo electrónico, finalmente el grupo control recibió información breve para reducir las comidas favoritas, cambiar los alimentos menos saludables por opciones más saludables y aumentar los alimentos saludables. Se pesó a los participantes al inicio, a los tres meses y al final del programa.</p> |
| <p><i>Mujeres Fuertes y Corazones Saludables</i>, a Culturally Tailored Physical Activity and Nutrition Program for Rural Latinas: Findings from a Pilot Study. Seguin et al., (2019)<br/>País: Estados Unidos</p>       | <p>Diseño cuasi experimental, para una intervención pre-post con un solo grupo, n=15, entregado durante 12 semanas, con actividad física y educación nutricional, basado en la teoría cognitiva social. Participaron mujeres latinas de 40 a 70 años, físicamente inactivas. Se midió el peso, IMC, circunferencia de cintura, aptitud cardiorrespiratoria, actividad física, comportamiento dietético y la autoeficacia para la dieta y la actividad física.</p>   |

|   |   |
|---|---|
| <p>Outcomes and lessons learned from a weight gain prevention program for low-income overweight and obese young mothers: Mothers In Motion.<br/>Chang (2017)<br/>País: Estados Unidos</p>   | <p>ECA realizado en 569 participantes, mujeres de 18 a 39 años con IMC de 25.0 a 39.9 kg/m<sup>2</sup>, divididas en grupo de intervención (n=387) y grupo de comparación (n=182), recibieron teleconferencias durante 16 semanas utilizando como estrategia la entrevista motivacional telefónica con bases en la teoría cognitiva social. Se abordaron temas como alimentación saludable, autoeficacia, afrontamiento emocional, apoyo social, actividad física y manejo del estrés. Se midió peso, talla e IMC.</p>  |
| <p>Innovative self-regulatory strategies to reduce weight gain in young adults: the study of novel approaches to randomized weight gain prevention (SNAP) Randomized clinical trial.<br/>Wing et al., (2016)<br/>País: Estados Unidos</p> | <p>ECA de tres grupos, G1:Pequeños cambios (n=200), G2: grandes cambios (n=197) y grupo de control de tratamiento mínimo (n=202), incluyó personas de 18 a 35 años, con un IMC de 21 a 30.9 kg/m<sup>2</sup>, intervinieron durante 10 sesiones grupales, en modalidad presencial durante 4 meses, posteriormente se llevó a cabo de manera virtual, los participantes se unían a campañas de actualización por 4 semanas, las mediciones se hicieron al inicio, al cuarto mes, año 1 y 2 años, las actividades se centraron en perder peso, utilizando boletines, campañas de actualización e intervención en línea.</p> |
| <p>E-learning approaches to prevent weight gain in young adults: a randomized controlled study.<br/>Nikolaou (2015)<br/>País: Japón</p>   | <p>ECA de tres grupos, dos de intervención y un control, dirigido a 5903 universitarios adultos jóvenes, utilizaron un programa de intervención para la pérdida y prevención del aumento de peso corporal con una duración de 40 semanas, entregado a través de la web por la plataforma Moodle, utilizaron dos modelos conductuales diferentes para los grupos de intervención. Se midió el peso, la talla y el IMC por un médico y el investigador principal.</p>   |
| <p>Intervención de enfermería para disminuir el sobrepeso/obesidad de mujeres en etapa preconcepcional: resultados preliminares. Higuera et al., (2021)<br/>País: México</p>  | <p>Diseño cuasi experimental de un solo grupo, en 25 participantes, intervinieron de forma presencial durante nueve sesiones en un periodo de seis meses. Se enfocó en aumentar las habilidades en autocontrol con enfoque hacia la alimentación, actividad física y control de impulsos, en las mediciones incluyeron peso, talla, IMC, porcentaje de grasa, circunferencia de cintura y cadera.</p>   |

## Resultados

Posterior al análisis de los documentos se rescataron los siguientes aspectos relevantes: tipos de participantes, variables analizadas en los estudios, tipo de intervenciones realizadas, modalidad de las intervenciones, características de las sesiones, grupos establecidos, efecto en la reducción de peso, efecto en la ingesta alimenticia, efecto en la actividad física y limitaciones de las intervenciones.

## **Participantes**

Los participantes eran adultos de ambos sexos, sin importar su estrato social, estado civil o nivel educativo, todos con diagnóstico de sobrepeso u obesidad ( $IMC \geq 25$  kg / m<sup>2</sup> o  $\geq 28$  kg/m<sup>2</sup> con hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes), las muestras utilizadas en los estudios oscilaron entre 15 y 5903 participantes (Chang et al., 2017; Fernández-Ruiz et al., 2018; Higuera-Sainz et al., 2021; Little et al., 2017; McCarthy et al., 2017; Nikolaou et al., 2015; Ozaki et al., 2019; Palmeira et al., 2019; Rodríguez-Cristóbal et al., 2017; Seguin et al., 2019; van Dammen et al., 2018; Wing et al., 2016; Yardley et al., 2014).

## **VARIABLES ANALIZADAS**

Las variables analizadas fueron: alimentación, actividad física, peso, talla, índice de masa corporal, distribución de grasa, niveles basales de triglicéridos, colesterol total, colesterol de lipoproteínas de baja densidad, colesterol de lipoproteínas de alta densidad, proteínas C-reativas altamente sensibles, glucosa, circunferencia de cintura, circunferencia de cadera, pliegues cutáneos, presión arterial sistólica y presión arterial diastólica, frecuencia cardíaca, capacidad vital forzada, pruebas de función hepática, calidad de vida física y mental, estrés, síntomas depresivos, además de algunas variables conductuales como: autoeficacia y autocontrol (Chang et al., 2017; Fernández-Ruiz et al., 2018; Higuera-Sainz et al., 2021; Little et al., 2017; McCarthy et al., 2017; Nikolaou et al., 2015; Ozaki et al., 2019; Palmeira et al., 2019; Rodríguez-Cristóbal et al., 2017; Seguin et al., 2019; van Dammen et al., 2018; Wing et al., 2016; Yardley et al., 2014).

## **Tipo de intervenciones**

Las aportaciones realizadas por Enfermería corresponden principalmente a dos tipos de intervenciones: 1.- las educativas (n=7) dirigidas al aumento de conocimientos y

2.- las intervenciones conductuales (n=6) dirigidas a la modificación de la conducta, permitiendo el establecimiento de cambios en el estilo de vida a través del incremento de la actividad física, el control de la alimentación y el seguimiento del peso corporal (Chang et al., 2017; Fernández-Ruiz et al., 2018; Higuera-Sainz et al., 2021; Little et al., 2017; McCarthy et al., 2017; Nikolaou et al., 2015; Ozaki et al., 2019; Palmeira et al., 2019; Rodríguez-Cristóbal et al., 2017; Seguin et al., 2019; van Dammen et al., 2018; Wing et al., 2016; Yardley et al., 2014).

### **Modalidad de las intervenciones**

La implementación de las intervenciones fue llevada a cabo mediante estrategias de interacción presencial o cara a cara (n=6), virtual a través de plataformas o correo electrónico (n=1), telefónica a través de llamadas o mensajes de texto (n=2) y mixta con un inicio de forma presencial y dando continuidad de forma virtual o telefónica (n=4) (Chang et al., 2017; Fernández-Ruiz et al., 2018; Higuera-Sainz et al., 2021; Little et al., 2017; McCarthy et al., 2017; Nikolaou et al., 2015; Ozaki et al., 2019; Palmeira et al., 2019; Rodríguez-Cristóbal et al., 2017; Seguin et al., 2019; van Dammen et al., 2018; Wing et al., 2016; Yardley et al., 2014).

### **Características de las sesiones**

El tiempo de duración de las intervenciones osciló entre tres y doce meses, el número de sesiones varió de al menos dos sesiones cara a cara complementadas con asesoramiento por correo electrónico a 19 sesiones a través de la web. El tiempo de duración de cada cita o sesión fue de 20 minutos hasta 60 minutos, las sesiones tuvieron una periodicidad semanal, quincenal y mensual con estrategias de seguimiento desde los tres a los doce meses posteriores a la educación otorgada, todas las intervenciones fueron diseñadas o dirigidas por el personal de enfermería y estaban guiadas por manuales específicos para cada intervención, en el caso de las intervenciones a través de la web estas fueron diseñadas y evaluadas previamente antes de la implementación del programa.

Para cuidar la fidelidad de la intervención algunos autores identificaron las debilidades y fortalezas del programa con la finalidad de modificarla antes de la entrega. En algunas intervenciones se definió el cumplimiento con la asistencia a más del 80% de las sesiones.

Las intervenciones realizadas a través de la web mantuvieron algunas sesiones cara a cara al principio y al final del programa, estableciendo además contacto vía telefónica o correo electrónico, para ello los facilitadores contaban con una guía de llamada o de sesión, además se diseñaron sesiones de seguimiento dejando a los participantes libertad de comunicarse si requerían una asesoría posterior a las sesiones (Chang et al., 2017; Fernández-Ruiz et al., 2018; Higuera-Sainz et al., 2021; Little et al., 2017; McCarthy et al., 2017; Nikolaou et al., 2015; Ozaki et al., 2019; Palmeira et al., 2019; Rodríguez-Cristóbal et al., 2017; Seguin et al., 2019; van Dammen et al., 2018; Wing et al., 2016; Yardley et al., 2014).

### **Grupos establecidos**

Seis estudios dividieron a sus participantes en grupo de intervención y control mediante números aleatorios generados por computadora. Dos estudios compararon más de una intervención y se conformaron por tres grupos, comparando dos intervenciones y un grupo control. Tres estudios compararon tres intervenciones diferentes. Dos estudios compararon cuatro tipos de intervenciones y solo un estudio trabajó con un solo grupo haciendo una medición pre y post intervención (Chang et al. 2017; Fernández-Ruiz et al., 2018; Higuera-Sainz et al., 2021; Little et al., 2017; McCarthy et al., 2017; Nikolaou et al., 2015; Ozaki et al., 2019; Palmeira et al., 2019; Rodríguez-Cristóbal et al., 2017; Seguin et al., 2019; van Dammen et al., 2018; Wing et al., 2016; Yardley et al., 2014).

## **Grupos controles**

Las estrategias utilizadas en los grupos controles comprendieron la consulta habitual, visitas cada tres meses para recibir consejos sobre estilo de vida, consejos sobre el manejo del estrés y seguridad en el hogar, así como consejos por la web para la disminución de peso. En todos los estudios se evaluó a este grupo al inicio y al final de la intervención (Chang et al., 2017; Fernández-Ruiz et al., 2018; Little et al., 2017; McCarthy et al., 2017; Nikolaou et al., 2015; Ozaki et al., 2019; Palmeira et al., 2019; van Dammen et al., 2018; Wing et al., 2016). Por último, cuatro estudios no utilizaron grupo control (Higuera-Sainz et al., 2021; Rodríguez-Cristóbal et al., 2017; Seguin et al., 2019; Yardley et al., 2014).

## **Efecto en la reducción de peso corporal**

Los efectos en la reducción del peso corporal fueron diversos, algunos de los investigadores se fijaron como meta reducir el peso corporal por lo menos un 5% de la medición basal, al finalizar sus estudios indican haber alcanzado resultados exitosos con disminuciones que inclusive superaban la reducción prevista del 5% del peso en los participantes del grupo de intervención, sin embargo, este resultado no fue alcanzado en los grupos controles (Little et al., 2017; Rodríguez-Cristóbal et al., 2017). Además, también se informaron reducciones en el IMC, pliegues cutáneos y datos de riesgo cardiovascular con reportes del tamaño de efecto (d de Cohen) de 0.30 y 0.34.

Por otro lado, otros estudios indican resultados significativos, con una pérdida de peso que oscila entre 1.8 kg y 4.5 kg en periodos de tiempo que van desde los tres hasta los 24 meses (Higuera-Sainz et al., 2021; McCarthy et al., 2017; Nikolaou et al., 2015; Ozaki et al., 2019; Seguin et al., 2019; van Dammen et al., 2018; Wing et al., 2016; Yardley et al., 2014), y finalmente, un estudio reporta no presentar cambios significativos en el peso corporal de sus participantes (Chang et al., 2017).

## **Efecto en la ingesta de alimentos y actividad física**

Las intervenciones de enfermería muestran un aumento en los conocimientos sobre nutrición, una mejor planificación de los alimentos, mejor selección de alimentos, aumento en el consumo de frutas, verduras y granos, lo que permitió a su vez una disminución en las cantidades de la ingesta alimenticia, disminución del consumo de calorías, consumo de carbohidratos y menor consumo de porciones, entre los tres y doce meses (Little et al., 2017; Palmeira et al., 2019; Seguin et al., 2019; van Dammen et al., 2018; Yardley et al., 2014).

Solo tres estudios incluyeron a la actividad física como una de sus variables a medir, reportando resultados positivos en el aumento del tiempo e intensidad, logrando alcanzar hasta 150 minutos de ejercicio por semana con intensidad moderada, además de un mayor gasto de energía, en una de las intervenciones se realizaban dos sesiones de ejercicio de 30 minutos a la semana (Palmeira et al., 2019; Seguin et al., 2019; Yardley et al., 2014).

## **Limitaciones de las intervenciones**

Entre las principales limitaciones encontradas en de los estudios destacan el tiempo de duración y seguimiento insuficiente, contaminación de la población, pérdida de participantes en el seguimiento, tamaño de muestra insuficiente y tres estudios no mencionan sus limitaciones (Higuera-Sainz et al., 2021; McCarthy et al., 2017; Nikolaou et al., 2015; Palmeira et al., 2019; Rodríguez-Cristóbal et al., 2017; Wing et al., 2016).

## Discusión

La presente revisión aporta información importante y contundente sobre el efecto y características de las intervenciones de enfermería encaminadas a lograr cambios en el estilo de vida a través de una disminución de la ingesta energética, aumento de la actividad física, la disminución de actividades poco saludables y el uso de la web como estrategia para la reducción del peso corporal, a través de programas implementados por profesionales de enfermería.

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) concluye que los cambios en las mediciones fisiológicas tales donde se incluyen: los niveles de lípidos y la pérdida de peso proporcionan una evidencia indirecta de un efecto de la intervención en los resultados de salud a largo plazo (Curry et al., 2018), este tipo de medidas son observables en la presente revisión, además de otros parámetros como la disminución en la ingesta de energía y el aumento en la actividad física.

Finalmente, los resultados de esta revisión indican que la orientación otorgada por parte del personal de Enfermería con relación a la búsqueda de un comportamiento más saludable muestra un efecto sobre la disposición de los participantes para el cambio de conductas, tal como se evidencia en cada uno de los resultados finalizadas las intervenciones y la observación de la reducción del peso corporal, la disminución de la ingesta de energía y el aumento de la actividad física. Por otro lado, el éxito alcanzado posiciona a la enfermería en un lugar privilegiado donde en colaboración con médicos y nutricionistas llevan a cabo estrategias en beneficio de la salud y bienestar de la población.

Flodgren, et al., en 2010 mostraron resultados similares a los de esta revisión sistemática después de examinar los efectos de las intervenciones dirigidas por profesionales de la salud en personas con sobrepeso y obesidad atendidos en centros de atención primaria.

Después de analizar seis estudios relevantes, con una participación de más de 246 profesionales de la salud, y 1324 pacientes, no llegaron a una conclusión significativa donde una profesional presente diferencias sobre otros. Sin embargo, un estudio informó que la emisión de recomendaciones y recordatorios acerca de las estrategias de control de peso ayudaron a reducir mejor el peso de los pacientes, y que los profesionales que llevaron programas de pérdida de peso con recomendaciones habituales fueron más eficientes que la atención de rutina (Flodgren, et al., 2010).

Por otro lado, un detalle no mencionado en los estudios revisados fueron los escenarios o contextos en los que se desarrollaban las intervenciones, siendo el factor cultural de suma importancia, tampoco se menciona la facilidad de acceso a los programas, la familiaridad y comodidad de los participantes como factores facilitadores o barreras para los participantes (Glanz y Bishop, 2010).

## **Conclusiones**

Como una forma de responder a los problemas de la obesidad y frenar este problema, trece estudios de intervención han realizado diversas estrategias para la disminución del peso corporal mostrando resultados positivos y metas alcanzadas. Las pérdidas de peso alcanzadas muestran decrementos superiores al 5% desde los seis meses, algunas pérdidas presentan “inclusive” un mantenimiento durante el tiempo menor a 24 meses. Se han logrado también resultados efectivos en la disminución de la ingesta energética, el aumento de conocimientos sobre nutrición, aumento en el consumo de frutas, verduras, granos y de la actividad física.

**Financiación:** ninguna **Conflicto de intereses:** ninguno

## Referencias

- Bryce-Moncloa, A., Alegría-Valdivia, E., San Martín-San, Martín, M. G. (2017).  
Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *An. Fac. med.* 78(2): 202-206.
- Chang, M. W., Brown, R., Nitzke, S. (2017). Outcomes and lessons learned from a weight gain prevention program for low-income overweight and obese young mothers: Mothers In Motion. *BMC Public Health.* 17 (1): 182.
- Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., & US Preventive Services Task Force. (2018). Behavioral weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 320(11), 1163-1171.
- Fernández-Ruiz, V. E., Armero-Barranco, D., Paniagua-Urbano, J. A., Sole-Agusti, M., Ruiz-Sánchez, A., Gómez-Marín, J. (2018). Short-medium-long-term efficacy of interdisciplinary intervention against overweight and obesity: Randomized controlled clinical trial. *Int J Nurs Pract.* 24(6): e12690.
- Flodgren, G., Deane, K., O Dickinson, H., Kirk, S., Alberti, H., Beyer, F., Marrón, J., Penney, T., Summerbell, C., Eccles, M. D. (2010). Interventions to change the behavior of health professionals and the organization of care for weight reduction in overweight and obese adults. *Database Syst Rev.* (3): CD000984. 1-104
- Glanz, K. y Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health.* 31, 399-418.
- Little, P., Stuart, B., Hobbs, F.R. (2017). Randomised controlled trial and economic analysis of an internet-based weight management programme: POWeR+ (Positive Online Weight Reduction). *Health Technol Assess.* 21(4):1-62.
- McCarthy, M. S., Elshaw, E. B. Szekely, B. M., Hobbs, C., (2017). A Randomized Controlled Trial of Nurse Coaching vs. Herbal Supplementation for Weight Reduction in Soldiers. *Military Medicine.* 182 (1): 274–280

- Nikolaou, C. K., Hankey, C. R., Lean, M. E. J. (2015). E-learning approaches to prevent weight gain in young adults: a randomized controlled study. *Obesity*. 2015; 23, (12): 2377-2384.
- Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la obesidad. Actualizado en octubre de 2017. <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Obesidad y sobrepeso. Actualizado el 1 de abril de 2020. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Obesidad, 2016. Consultado en abril de 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Ozaki, I., Watai, I., Nishijima, M., Saito, N. (2019). Randomized controlled trial of Web-based weight-loss intervention with human support for male workers under 40. *J Occup Health*. 61(1):110-120.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799.
- Palmeira, C. S., Mussi, F. C., Santos, C. A. S. D. T., Lima, M. L., Ladeia, A. M. T., & Silva, L. C. D. J. (2019). Effect of remote nursing monitoring on overweight in women: clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, (27): 1-10
- Puente, J. M. G., & Martínez-Marcos, M. (2018). Overweight and obesity: effectiveness of interventions in adults. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 28(1), 65-74.
- Rajmil, L., Bel, J., Clofent, R., Cabezas, C., Castell, C., Espallargues, M. (2017) Clinical interventions in overweight and obesity: A systematic literature review 2009–2014. *Anales de Pediatría*. 86(4): 197-212.
- Rodriguez-Cristobal, J. J., Alonso-Villaverde, C., Panisello, J. M., Travé-Mercade, P., Rodríguez-Cortés, F., Marsal J. R., Peña E. (2017). Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. *BMC Fam Pract*. (1):74.

- Secretaría de salud, Instituto de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Presentación de resultados 2018. Sobrepeso y obesidad en población de 20 y más años.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)
- Seguin, R., Perry, C., Solanki, E., McCalmont, J., Ward, J., Jackson, C. (2019). Mujeres Fuertes y Corazones Saludables, a Culturally Tailored Physical Activity and Nutrition Program for Rural Latinas: Findings from a Pilot Study. *En t. J. Environ. Res. Salud Pública*. 2019, 16 (4):630.
- Van Dammen L., Wekker V., van Oers A. M., Mutsaerts, M. A. Q., Painter, R. C., Zwinderman, A.H., Groen, H., van de Beek, C., Muller K. A. C., Kuchenbecker, W. K. H., van Golde, R., Oosterhuis, G. J. E., Vogel, N. E. A., Mol, B. W. J., Roseboom, T. J., Hoek, A. (2018). LIFEstyle study group. Effect of a lifestyle intervention in obese infertile women on cardiometabolic health and quality of life: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 13(1): e0190662.
- Wells, G. A., Shea, B., Higgins, J. P., Sterne, J., Tugwell, P., & Reeves, B. C. (2013). Checklists of methodological issues for review authors to consider when including non-randomized studies in systematic reviews. *Research synthesis methods*, 4(1), 63-77.
- Wing, R.R., Tate, D., Espeland, M., Lewis, C., LaRose, J., Gorin, A. A., Bahnson, J., Perdue, L. H., Hatley, K. E., Ferguson, E., Garcia, K. R., Lang, W., (2016) For the Study of Novel Approaches to Weight Gain Prevention (SNAP) Research Group. Innovative self-regulatory strategies to reduce weight gain in young adults: the study of novel approaches to randomized weight gain prevention. (SNAP) Randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2016; 176 (6): 755–762.
- Yardley, L., Ware, L. J., Smith, E., Williams, S., Bradbury, K. J., Arden-Close E. J., Mullee, M. A., Moore, M. V., Peacock, J. L., Lean, M., Margetts, B., Byrne, C., Hobbs, Little P. (2014). Randomised controlled feasibility trial of a web-based weight management intervention with nurse support for obese patients in primary care. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 1, 67.



## Experiencia de cuidado en el adulto mayor: Narrativa de cuidado de enfermería

Experience of care in the elderly: Narrative of nursing care

Pablo Aguilar-Villagómez<sup>1</sup>, Elizabeth Guzmán-Ortíz<sup>2</sup>, Yadira Mejía-Mejía<sup>3</sup>, María Mercedes Moreno- González<sup>4</sup>, José Manuel Herrera-Paredes<sup>5</sup>.  
Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma de Chihuahua, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 22/06/2022

Aceptado: 15/12/2022

### Resumen

**Introducción:** La enfermería está en constante interacción con el entorno, la familia y el paciente, en donde es necesario que el profesional desarrolle habilidades para brindar un cuidado integral, con la finalidad de buscar el bienestar de la persona. **Objetivo:** Describir un caso único sobre el cuidado domiciliario hacia un adulto mayor. **Método:** Se realizó un estudio de caso único. El análisis se realizó con los datos de un adulto mayor de 79 años. De acuerdo con el estado de salud, el adulto mayor presentó artritis reumatoide, hipertensión arterial y problemas del corazón. Para la descripción de caso, se utilizó una narrativa de cuidado y la utilización de los patrones del conocimiento propuestos por Barbara Carper, 1999. Para la recolección de la información se utilizó la observación, exploración física y el diario de campo. **Resultados:** Se obtuvo una historia de cuidado real entre la enfermera y un adulto mayor. En esta historia de cuidado, se brindó un cuidado seguro y de calidad del profesional de enfermería hacia la persona. En las acciones de cuidado se procuró establecer una relación empática, y estas acciones se apegaron a los principios éticos. **Conclusiones:** La vivencia compartida entre el profesional de enfermería y la persona receptora del cuidado, no solo se manifiesta en una interacción, si no que se experimenta un proceso de empatía, en donde se fortalece la habilidad para reconocer las emociones en situaciones reales de problemas de salud.

*Palabras clave:* Empatía, enfermería, adulto mayor, narración.

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a [p.aguilavillagomez@ugto.mx](mailto:p.aguilavillagomez@ugto.mx). Departamento de Enfermería y Obstetricia. Universidad de Guanajuato. México.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermería y Obstetricia. Universidad de Guanajuato. México.

<sup>3</sup> Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. México.

<sup>4</sup> Departamento de Enfermería y Obstetricia. Universidad de Guanajuato. México.

<sup>5</sup> Departamento de Enfermería y Obstetricia. Universidad de Guanajuato. México.

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

## Abstract

**Introduction:** Nursing is in constant interaction with the environment, the family and the patient, where it is necessary for the professional to develop skills to provide comprehensive care, in order to seek the well-being of the person. **Objective:** Describe a unique case on home care for an older adult. **Method:** A single case study was carried out. The analysis was performed on an adult older than 79 years. According to the state of health, the older adult presented rheumatoid arthritis, arterial hypertension and heart problems. For the case description, a narrative of care and the use of knowledge patterns proposed by Barbara Carper, 1999 were used. Observation, physical examination and the field diary were used to collect the information. **Results:** A real care history was obtained between the nurse and an older adult. In this history of care, safe and quality care was provided by the nursing professional to the person. In care actions, an attempt was made to establish an empathic relationship, and these actions adhered to ethical principles. **Conclusions:** The shared experience between the nursing professional and the person receiving care not only manifests an interaction, but also a process of empathy is experienced, where the ability to recognize emotions in real situations of problems of Health.

*Keywords:* Empathy, nursing, aged, narration.

El adulto mayor, se considera una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida, y puede cursar esta etapa en tres condiciones: independiente, semindependiente y dependiente absoluto (Diario Oficial de la Federación, 2019). A nivel mundial, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, y se estima que la prevalencia de adultos mayores aumentará para el año 2050 (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2021).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019), reporta que, en México, el número de personas de 60 años representa el 12% de la población total. Cerca de la mitad de esta población presenta un grado de discapacidad, lo que se traduce en el aumento de cuidadores primarios y a su vez ocasiona un aumento en gastos sanitarios (INEGI, 2018).

El envejecimiento se caracteriza por los cambios físicos y fisiológicos, desde moleculares y celulares, que con el tiempo tienden a deteriorarse. Este proceso fisiológico implica daños físicos y mentales en el adulto mayor, incluso aumento del riesgo de presentar enfermedades crónico-degenerativas (OMS, 2021). Es importante destacar que las enfermedades de carácter crónico a menudo se asocian con la dependencia de cuidado en el adulto mayor, dado que estas enfermedades pueden afectar la funcionalidad física y emocional y su vez la calidad de vida tanto del adulto mayor como el cuidador (Cruz-Ortiz, et al., 2017). Así también, estos cambios generados por la edad, produce, un regreso a la dependencia hacia la familia, y hacia la sociedad en general, con sustanciales demandas de cuidado. Crece aquí la importancia de la inclusión de los profesionales de enfermería, en acercar los servicios de salud a los domicilios propios de la persona, y a su vez son los responsables de brindar un cuidado en casa.

El cuidado que proporciona el profesional de enfermería en casa es una forma de dar atención de calidad, en donde no solo se atiende las necesidades físicas del paciente, sino también las necesidades de educación en salud para la familia y/o comunidad (Nogueira, et al., 2017; Yu, 2018). Si bien, hay muchas maneras de integrar la ciencia de enfermería con la práctica en diferentes contextos. Una de las herramientas que nos permite reflexionar y aplicar de forma holística e individualizada el conocimiento de enfermería a la práctica son los patrones de conocimiento. Estos patrones de conocimiento son: el empírico, ético, estético y personal (Carper, 1999, p.12–20). En reciente estudio, se ha abordado la utilización de los patrones de conocimientos en enfermeras de la práctica clínica, así como la importancia de integrarlos en su totalidad y no hacer omisión de algún patrón en la práctica de cuidado con la finalidad de brindar un cuidado integral (Rafii et al., 2021).

Los patrones antes mencionados proporcionan una base epistemológica y ontológica para brindar un cuidado humanístico en el adulto mayor de manera individualizada. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es describir una narrativa de cuidado de un adulto mayor en su domicilio, basado en los patrones de conocimiento.

## **Método**

### **Tipo de estudio**

Cualitativo con diseño de caso único.

### **Participante**

El análisis se realizó de un adulto mayor de 79 años que ha recibido cuidado profesional domiciliario por cinco años. El adulto mayor, vive con su pareja sin hijos, profesa la religión católica. Lleva más de 21 años con artritis reumatoide seropositiva. Hace 6 años su salud de deterioró, que ha necesitado cuidados totalmente dependientes. De acuerdo con su preparación académica, el adulto mayor culminó sus estudios superiores. Se desempeñó como docente cerca de 28 años.

### **Instrumentos**

La obtención de la información se basó en los registros de la evolución del estado de salud del paciente, a través de la revisión de estudios de laboratorio y gabinete, así como recetas médicas. Para obtener información del estado de salud actual del adulto mayor, se utilizó la exploración física, con técnicas directas e indirectas. Para llevar el registro se utilizó un diario de campo.

### **Procedimiento**

Antes de la recolección de datos, se le explicó la finalidad del estudio de caso al adulto mayor. Con la finalidad de obtener información completa, se solicitó al adulto mayor registros sobre su evolución del estado de salud como las recetas médicas, estudios de laboratorio y gabinete. Así también, se le solicitó su consentimiento para la exploración física.

### **Análisis de los datos**

Para el análisis del caso único se utilizó una narrativa de cuidado de enfermería (Robles y Lesmes, 2019, p.18-24) mediante la utilización de los patrones del conocimiento propuestos por Carper (1999), que consisten en cuatro patrones: empírico, ético, estético y personal (p.12–20).

### **Resultados**

En este apartado, se describe el caso de un adulto mayor que recibe cuidado por parte de un profesional de salud, y se incluye un análisis de la aplicación de los patrones de conocimiento en enfermería. La narración de la experiencia de cuidado se coloca en letra cursiva.

#### **Descripción del caso clínico**

Para fines de este estudio, se identificó al paciente con el nombre de Chuy. Don Chuy es un adulto mayor que cuenta con 79 años. Su matrimonio está compuesto por una familia sin hijos, la esposa de Don chuy es una mujer sumamente activa, realiza actividades de índole: profesional, domésticas, católicas y personales, su vida cotidiana muchas veces no le permite estar todo el tiempo al cuidado de su esposo y por cuestiones propias de su edad, se siente limitada en su atención individualizada. Cabe mencionar que la pareja ha estado unida desde hace más de 30 años, por lo que se caracteriza por una pareja sólida y armoniosa.

El paciente ha padecido artritis reumatoide seropositiva en evolución, diagnosticada desde hace 21 años. Él ha manifestado episodios de dolor e inflamación en articulaciones de miembros superiores e inferiores, con limitación de la movilidad y de la marcha, ha presentado rigidez articular acompañada de malestar general y debilidad.

En la exploración física cefalocaudal, se observó cabeza simétrica y alineada al cuerpo, sin alteraciones en la palpación, con medidas de perímetro cefálico de 49 cm, con movimientos de rotación y con cuero cabelludo intacto sin lesiones.

En la cara, los ojos responden al reflejo fotomotor, pupilas isocóricas y reactivas, los oídos están intactos, con buena agudeza auditiva, conducto auditivo con higiene adecuada. La nariz y las fosas nasales son simétricas y permeables, la cavidad oral en condiciones óptimas para la masticación, piezas dentales completas y mucosas orales hidratadas.

Su cuello es simétrico, móvil, flexible y no doloroso a los movimientos de flexión, extensión y rotación, tráquea integrada y móvil, tiroides palpable sin anomalías anatómicas ni masas. En el tórax se observó un aspecto simétrico, sin alteraciones en la postura, movilidad torácica conservada, a la auscultación ventilación adecuada de los campos pulmonares. En el tórax posterior se observó una cicatriz quirúrgica de 20 centímetros. Abdomen distendido, a la palpación superficial se percibió un aumento de volumen sin dolor, con dificultades para evacuar.

Los pulsos periféricos de extremidades superiores presentes, con buena intensidad y tono, no se observaron úlceras ni varices. Se observó limitaciones en muñecas y dedos, y el paciente manifestó dolor al movimiento, el cual fue valorado por la Escala Visual Analógica (EVA) de 9 puntos. En las extremidades inferiores presentó limitaciones en la movilidad, con 8 puntos en escala EVA. Presentó disimetría de las extremidades, como consecuencia de un accidente en su infancia y de procedimientos quirúrgicos realizados.

De acuerdo con los registros antropométricos, el último registro del peso fue de 82 kilogramos y 180 centímetros de altura, con un IMC de 25.3.

En sus hábitos recreativos mencionó ver la televisión con un promedio de una hora al día y dos horas al celular. El paciente refirió no realizar actividad física, y manifestó dormir menos de 6 horas.

## **Aplicación de los patrones de conocimiento en enfermería**

### **Patrón empírico**

Este patrón se designa como el saber de enfermería, que consiste en dar cuidado basado en la investigación, teorías y/o leyes, así como estándares de calidad vigentes que permiten lograr un resultado óptimo en el paciente. Según Chin y Kramer (2011), mencionan que el patrón empírico responde a siguiente pregunta “¿Qué es y cómo funciona?” (p-184-185).

Las enfermeras pueden lograr un resultado deseado cuando se utiliza proceso de atención de enfermería (PAE) para el cuidado del adulto mayor, aplicando las etapas y los sentidos de la observación, la escucha activa y el sentir. El PAE se considera una herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico, mediante los siguientes pasos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación (Toney-Butler y Thayer, 2022, p. 1-3).

Además, es útil basarse en una teoría para guiar el cuidado, un ejemplo es la teoría de los sistemas de enfermería. Esta teoría ayuda al profesional de enfermería a organizar las actividades de cuidado de acuerdo con las necesidades del paciente, ya sea total, parcial o educación en salud y ha sido útil para la práctica de enfermería en el primer nivel de atención en salud (Yip, 2021, p.5).

Para la determinación de las etiquetas diagnósticas se basó en la taxonomía de los diagnósticos enfermeros (North American Nursing Diagnosis Association International, 2019, p.164). Para jerarquización de los diagnósticos se utilizó el modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (AREA) (Pérez-Cruz, 2009). Para clasificar las necesidades de autocuidado, se basó en la teoría de los sistemas de enfermería de la teoría de autocuidado.

A continuación, se muestra una narrativa de la experiencia personal aplicando el patrón empírico:

*“En el primer acercamiento con el paciente, realicé de manera personal e implícita una valoración integral, donde identifiqué datos subjetivos y objetivos, de este modo procedí a la segunda etapa del proceso donde seleccioné los dominios alterados y posteriormente los diagnósticos presentados a este ese momento, los dominios alterados fueron los siguientes: promoción de la salud, nutrición, eliminación/ intercambio, actividad/ reposo, autopercepción y confort. Los diagnósticos seleccionados fueron los siguientes: gestión ineficaz de la salud, síndrome de fragilidad del anciano, exceso del volumen de líquidos, estreñimiento, trastorno del patrón del sueño, deterioro de la movilidad física, baja autoestima situacional, discomfort y dolor agudo.*

*Con base a las etiquetas diagnosticas, realicé una jerarquización de diagnósticos y posteriormente establecí las actividades de enfermería que se realizaron cuando se acudía a brindar cuidados de enfermería a domicilio que consistían en: aseo general, apoyo para la movilidad, masaje de miembros pélvicos con edema, elevación y vendaje de miembros pélvicos inferiores, fisioterapia para el estreñimiento y disposición de alimentación adecuada, aplicación de compresas, masaje en zonas de dolor, todas los cuidados que brindé fueron individualizados para su atención, evalué el impacto y replanté los cuidados de acuerdo a las necesidades presentadas y la evolución del estado de salud de Don Chuy.*

*En la situación descrita, Don Chuy no podía cumplir con todas las actividades de autocuidado, debido a esta necesidad, se proporcionaron cuidados totalmente dependientes para mantener su estado de salud”.*

### **Patrón personal**

Este patrón hace referencia al proceso interpersonal entre enfermera-paciente, en donde se requiere comunicación y empatía en este proceso. Es uno de los patrones más importantes para entender el significado en términos de salud de la persona (Carper, 1978).

El conocimiento personal hace énfasis de cumplir con los valores principales de la disciplina en circunstancias al momento de tomar decisiones que son difíciles de decidir (Thorne, 2020).

A continuación, se muestra una narrativa de la experiencia personal aplicando el patrón personal:

*“Después de un tiempo, fruto de mi personalidad, valores y sentimientos, se creó un vínculo amistoso y cariñoso con Don Chuy, de esta manera a través de conocerme a mí mismo, conocer mis fortalezas y debilidades, me permitió conocer las necesidades propias de mi paciente y de este modo brindar un cuidado empático y personalizado, me generó la necesidad de investigar acerca de sus patologías, de cuidados de enfermería que pudieran mejorar su situación, no únicamente en la esfera fisiológica si no también psicológica y social. Hubo momentos que Don Chuy se negaba a recibir el tratamiento indicado, las primeras veces fue difícil comprender la situación y sobre todo incluir estrategias para que Don Chuy aceptara continuar con el tratamiento, al principio, solicité ayuda de su esposa, con el tiempo conocí mejor a Don Chuy, la comunicación y confianza cada vez era más fuerte, esto me ayudó a mejorar las estrategias para que Don Chuy siguiera con su tratamiento. Don Chuy tenía episodios de depresión, le resultaba innecesario tomar los medicamentos, porque decía que no le ayudaban a recuperarse. En estos momentos, adquirí la habilidad de identificar cuando se sentía triste, era en esos momentos en donde le hacía recordar los momentos más felices con su pareja, cuidé la forma de comunicarme y establecer un diálogo sano, después de la larga conversación, y cuando sentí que ya se sentía mejor, ofrecía los medicamentos indicados y continuaba realizando los cuidados de enfermería”.*

### **Patrón ético**

Este patrón hace referencia al componente moral de la enfermería, en donde se centra en lo que debe hacer el profesional de enfermería en términos de obligación, no solo implica conocer las normas y Códigos de ética de la disciplina, si no también acciones voluntarias sujetas a juicios normativos de lo bueno y lo malo.

Todos los cuidados que se brindaron fueron basados en los principios de la bioética y el código de ética para las enfermeras y enfermeros de México, como autonomía, beneficencia y justicia (Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2001), así como los derechos de los pacientes en México (Tamayo, et al., 2002).

A continuación, se muestra una narrativa de la experiencia personal aplicando el patrón ético:

*“Al llegar a casa de Don Chuy, proporcioné los cuidados de enfermería necesarios, lo saludo y lo llamo por su nombre, tratándolo con respeto. Identifiqué sus principales creencias y opiniones. Lo acompañé a escuchar la misa, en ese proceso de acompañamiento atendí su esfera espiritual. Cuando se realiza el baño, antes de comenzar procuro cerrar puertas y ventanas para cuidar su integridad, brindando un trato digno, al momento de bañarlo, siempre solicité su consentimiento para tocarlo y realizar el procedimiento. A la hora de la administración de medicamentos, siempre verifiqué su dosis, vía de administración, caducidad y presentación”.*

### **Patrón estético**

Este patrón se considera el arte de enfermería y consiste en la sensibilidad de percibir la realidad, es decir tener la intuición de actuar de forma inmediata ante una situación que se presenta en el momento (Carper, 1999, p.16).

A continuación, se muestra una narrativa de la experiencia personal aplicando el patrón estético:

*“Durante los 5 años donde tuve esta experiencia de cuidado desarrollé mi sensibilidad y cariño hacia la profesión. Incluso me volví un ser más amoroso, empático, cariñoso, tolerante y responsable. En cada procedimiento siempre busqué el bienestar de su persona”.*

En la experiencia de cuidado antes descrita, se identificó, que los patrones de conocimiento se implementan simultáneamente, debido que, es necesario tener bases teóricas para guiar y brindar el cuidado domiciliario, así también se necesita tener las habilidades para llevar una relación interpersonal de cuidado entre el paciente y el profesional de enfermería, en donde se fortalezca la empatía y comunicación, en donde es importante incluir las redes de apoyo del paciente para garantizar un cuidado de calidad. También, es importante apegarse a los estándares y normas éticas durante el cuidado, respetando la cultura, la autonomía e integridad de la persona receptora de cuidado.

## **Conclusiones**

Los patrones de cuidado se considera una herramienta útil para reflexionar sobre la calidad del cuidado que se le brinda a la persona. Si bien, los patrones son necesarios al momento de tomar decisiones en la práctica de enfermería, por lo tanto, reflexionar sobre la aplicación de estos patrones permite contribuir en el cuidado de calidad en el adulto mayor y no solo en la hospitalización si no también en el hogar. Cabe mencionar, que la experiencia de brindar cuidado en el adulto mayor no hospitalizado ha mostrado la importancia de involucrar al familiar más cercano, dado que ayuda a conocer las actitudes, creencias y valores del paciente. Lo anterior, permite al profesional de enfermería sensibilizarse con el estado de salud del paciente, desde mejorar las actitudes hacia el cuidado, mejorar la empatía, la forma de sentir y observar el problema.

## Limitaciones y Sugerencias

Los estudios de caso se considera un diseño de estudio con escasa fiabilidad y validez, sin embargo, tiene una utilidad práctica, dado que aporta información del mundo real. Se sugiere realizar estudios de casos con análisis múltiple acerca del cuidado domiciliario. Así como realizar estudios cualitativos basado en el interaccionismo simbólico con la finalidad de comprender el significado del cuidado que recibe el adulto mayor.

## Referencias

- Carper BA (1999). *Fundamental patterns of knowing in nursing. En: Perspectives on philosophy of science in nursing: an historical and contemporary anthology.* Lippicott Williams and Wilkins.
- Carper B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in nursing science, 1*(1), 13–23. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory & knowledge development in nursing.* Elsevier Health Sciences.
- Comisión Interinstitucional de Enfermería. (2001). Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo\\_etica.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf)
- Cruz Ortiz, Maribel, Pérez Rodríguez, Ma. del Carmen, Jenaro Río, Cristina, Torres Hernández, Erika Adriana, Cardona González, Erika Ivette, & Vega Córdova, Vanessa. (2017). Discapacidad, cronicidad y envejecimiento: la emergencia del cuidado ante la dependencia. *Index de Enfermería, 26*(1-2), 53-57. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000100012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100012&lng=es&tlng=es).

- North American Nursing Diagnosis Association International (2019). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2018-2020. Barcelona, Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1° de octubre). Comunicado de prensa núm. 475/19.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2018.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados\\_enadid18.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf)
- Mariani, E., Chattat, R., Vernooij-Dassen, M., Koopmans, R., & Engels, Y. (2017). Care Plan Improvement in Nursing Homes: *An Integrative Review. Journal of Alzheimer's disease*, 55(4), 1621–1638. <https://doi.org/10.3233/JAD-160559>
- Diario Oficial de la Federación (2019). Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA3-2018, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5573764&fecha=27/09/2019#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5573764&fecha=27/09/2019#gsc.tab=0)
- Nogueira, I. S., Previato, G. F., Scolari, G. A., Gomes, A. C., Carreira, L., & Baldissera, V. D. (2017). Home intervention as a tool for nursing care: evaluation of the satisfaction of the elderly. *Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem: avaliação da satisfação de idosos. Revista gaucha de enfermagem*, 37(spe), e68351. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68351>
- Rafii, F., Nasrabadi, A. N., & Tehrani, F. J. (2021). How Nurses Apply Patterns of Knowing in Clinical Practice: A Grounded Theory Study. *Ethiopian journal of health sciences*, 31(1), 139–146. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i1.16>

- Robles, L. S. B., & Lesmes, V. I. S. (2019). *La narrativa: herramienta pedagógica para el conocimiento de enfermería*. Universidad Nacional de Colombia.
- Organización Mundial de la Salud (2021). “Envejecimiento y Salud.” 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- Pérez- Cruz, M. (2009). Aplicación del modelo AREA y el modelo DREOM en la elaboración de un plan de cuidados. *Inquietudes*, 41, 4-11. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3134030>
- Tamayo, C. T., Barajas, E. R., González, J. M. S., Cisneros, A. E. R., Barragán, G. M., Lee, G. R. M., ... & Vázquez, A. M. (2002). Derechos de los pacientes en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40(6), 523-529. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im026k.pdf>
- Thorne S. (2020). *Rethinking Carper's personal knowing for 21st century nursing*. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals*, 21(4), e12307. <https://doi.org/10.1111/nup.12307>
- Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2022). *Nursing Process*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Yu S. J. (2018). Role of Visiting Nursing Care in Japanese Home Healthcare. *Hu Li Za Zhi*, 65(1), 11–16. [https://doi.org/10.6224/JN.201802\\_65\(1\).03](https://doi.org/10.6224/JN.201802_65(1).03)
- Yip J. (2021). Theory-Based Advanced Nursing Practice: A Practice Update on the Application of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *SAGE open nursing*, 7, 23779608211011993. <https://doi.org/10.1177/23779608211011993>



## Motivos del Consumo de Drogas en la Población Homosexual

### Motives for Drug Use in the Homosexual Population

Leticia Casique Casique<sup>1</sup>, Margarita Bautista Vázquez<sup>2</sup>, Brenda Mayela Jacobo Hernández<sup>3</sup>, Jérica Pilar Mendoza Morín<sup>4</sup>, María de Jesús Martínez Cañada<sup>5</sup> y Karen Jaqueline Orozco Paramo<sup>6</sup>  
Universidad de Guanajuato, México.

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”

Recibido: 15 de noviembre del 2022

Aceptado: 23/22/2022

### Resumen

**Introducción:** El consumo de drogas en la población homosexual representa en México y en el mundo una problemática en la salud pública ya que influye directamente en la morbilidad y mortalidad de la población, además se deben considerar las consecuencias que conlleva el consumo de drogas como lo son problemas sociales, familiares, psicológicos y económicos. **Objetivo:** comprender los motivos del consumo de drogas en la población adulta joven homosexual. **Método:** El estudio es de tipo cualitativo, del cual se obtuvo el análisis del discurso y se aplicó la teoría fundamentada en los datos. El muestreo es de tipo intencional, la muestra está conformada por personas jóvenes homosexuales que consumen drogas y cumplen con los criterios de inclusión. Se obtuvo el consentimiento válidamente informado previo a la participación de los participantes. **Resultados y Conclusion:** Se obtuvieron cuatro categorías; así mismo el paradigma simbólico del origen del consumo de drogas en el adulto joven homosexual por medio de las influencias, juicios familiares y fundamentos sociales expresados por reuniones significativas, experimentar sensaciones placenteras, falta de comunicación y ejemplo familiar y/o sentido de pertenencia.

*Palabras clave:* homosexuales, drogadicción, consumo de drogas, comunidad LGBTTTI

<sup>1</sup>Correspondencia remitir a: Doctora Leticia Casique Casique de la Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México. Correo institucional [leticiacc\\_2004@yahoo.com.mx](mailto:leticiacc_2004@yahoo.com.mx)

<sup>2</sup>Estudiante de Maestría en Ciencias de Enfermería. Universidad de Guanajuato Campus Celaya-Salvatierra

<sup>3</sup>Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Universidad de Guanajuato Campus Celaya-Salvatierra

<sup>4</sup>Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Universidad de Guanajuato Campus Celaya-Salvatierra

<sup>5</sup>Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Universidad de Guanajuato Campus Celaya-Salvatierra

<sup>6</sup>Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Universidad de Guanajuato Campus Celaya-Salvatierra

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

## Abstract

**Introduction:** Drug use in the homosexual population represents a public health problem in Mexico and the world, since it directly influences the morbidity and mortality of the population, and the consequences of drug use, such as social, family, psychological and economic problems, must also be considered. **Objective:** understand the reasons for drug use in the young adult homosexual population. **Methodology:** The study is qualitative, from which discourse analysis was obtained and grounded theory was applied to the data. The sampling is purposive, the sample is made up of homosexuals who use drugs and meet the inclusion criteria. Valid informed consent was obtained prior to the participation of homosexual persons. **Results and Conclusions:** Four categories were obtained; likewise, the symbolic paradigm of the origin of drug use in young adult homosexuals by means of affluences, family judgments and social foundations and foundations expressed by significant meetings, experiencing pleasurable sensations, lack of communication and family example and/or sense of belonging.

*Key words:* homosexuals, drug addiction, drug consumption, LGBTTTI community

La población homosexual se designa las siglas LGBTTTI que representan la agrupación formada por Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Transexuales, Transgénero e Intersexuales. Estas siglas se utilizan para incluir a todos los miembros de la comunidad no heterosexual, aunque es considerado correcto referirse a toda la comunidad únicamente como LGBT. La drogadicción en población homosexual aún se considera como un tabú en la sociedad, teniendo como consecuencia poca información sobre este grupo social, su consumo y las causas que derivan a dicha problemática. Se reconoce (Osornio, 2014), que los motivos por los cuales la población homosexual consume drogas pueden ser personales (insatisfacción de la orientación sexual, curiosidad, aumentar el placer sexual), familiares (sentimientos de rechazo de la familia) y sociales (homofobia, presión por los pares).

Se determina que la comunidad homosexual constituye una población de alto riesgo con respecto al alcoholismo y a la adicción a las drogas. Es de mayor preocupación esta población ya que el consumo de ciertos estimulantes puede influir en la conducta sexual y aumentar la probabilidad de conductas de alto riesgo y de transmisión sexual. Se cree que algunas de las causas (Pineda, 2015), por las cuales los homosexuales consumen drogas son:

Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de determinadas sustancias, presión de los pares, pertenecer a un grupo o ser aceptados por otros, tener experiencias nuevas, placenteras, emocionales o peligrosas, expresar independencia, desajustes emocionales, intelectuales y sociales, descontento de su calidad de vida, ausencia de proyecto de vida, carencia de autoestima, falta de información acerca de los peligros del uso indebido de drogas, ambiente desfavorable, crisis familiares y fácil acceso, a menudo, a sustancias que producen dependencia, escapar del dolor, la tensión o la frustración.

Algunas circunstancias propias de los homosexuales (Pérez, 2012), en el contexto social actual del país (ambiente de la discoteca, de la sauna o del baño gay”; ostracismo y aislamiento; sentimiento de culpa, depresión y otros fenómenos), podrían favorecer el abuso de drogas, en parte para neutralizar o moderar los problemas.

Además es importante considerar (Daskalopoulou et al., 2014).que la población homosexual cada vez va en aumento, esto trae como consecuencia que exista una mayor población en alto riesgo; aumenta la problemática y se complica, ya que el ambiente en el que se desenvuelven puede contribuir al consumo de drogas y a su vez algunas sustancias hacen que practiquen conductas sexuales, que conlleva a la transmisión de enfermedades (VIH, hepatitis, sífilis, etc.) o algunas veces pueden generar traumas psicológicos que ponen en riesgo su vida.

### **Planteamiento del problema**

En México actualmente están estrictamente marcados los valores morales y reglas sociales por lo que la población homosexual tiende a sufrir rechazo social (Censida, 2013), a causa de su orientación sexual, lo cual puede generar conductas adictivas que afectan su salud, ya que las personas homosexuales tienden a salir de los valores y costumbres sociales aceptados. Cabe mencionar que dicho inicio del consumo de drogas está influenciado por sus pares, sin embargo, este inicio es por diversas causas entre las cuales se encuentran curiosidad, experimentación, diversión y estrés.

Los homosexuales recurren al uso indebido de drogas o del abuso del alcohol (Quintero et al., 2016), como un medio para sobrellevar los sentimientos de ser diferentes, para aliviar el dolor emocional o reducir las inhibiciones sobre sus sentimientos sexuales. Con el objeto de poder ayudar a la comunidad homosexual que consume drogas, es necesario conocer previamente qué tipo de drogas se está consumiendo, así como conocer cuáles son las causas que originan dicho consumo.

### **Objetivo general**

Comprender los motivos del consumo de drogas en la población adulto joven homosexual.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar los motivos personales, familiares y sociales del consumo de drogas en la población adulta joven homosexual.
2. Determinar las sustancias más consumidas por la población en estudio.

### **Método**

Fue un estudio cualitativo. Se realizó análisis de discurso y se aplicó la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD). Para dicho análisis se utilizó el método artesanal para identificar los códigos vivos, códigos abiertos, códigos axiales y juicios para develar la categoría correspondiente. Los participantes (n=11) fueron adultos jóvenes homosexuales residentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato seleccionados a través de la técnica bola de nieve.

## **Instrumentos**

Se utilizó el instrumento “Motivos del consumo de drogas” creado por los mismos autores del presente estudio, que está integrado por tres apartados: el primero llamado “Datos personales”, está conformado por los datos del sujeto de estudio como: la edad, orientación sexual, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, seguridad social, ¿Con quién vives? El segundo apartado está conformado por ítems sobre el consumo de drogas como tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, popper, éxtasis, ketamina y anfetaminas. El tercer apartado llamado “Motivos del consumo de drogas” esta conformado para que el participante narre cuál fue su última fiesta en la que participó y haya consumido alcohol, cuales son las causas personales que le incitaron a consumir drogas, cuales son las causas familiares que incitaron a consumir drogas y cuales son las causas sociales que le incitaron a consumir drogas.

## **Procedimiento**

Se realizó la justificación y marco de referencia, se buscaron sustentos científicos de diversas fuentes, entre las que destacan; revistas electrónicas, páginas en internet de instituciones públicas y/o privadas y opiniones de expertos.

Una vez recopilada y seleccionada la información se redactó y dio forma a la justificación y marco de referencia, este último constituido por el consumo de drogas en homosexuales, drogas más frecuentes en la población homosexual y los motivos del consumo de éstas. Se realizó la entrega de un consentimiento informado a los participantes para que firmaran voluntariamente y así coleccionar los datos.

Para recabar la información necesaria para la investigación se elaboró el cuestionario “Motivos del consumo de drogas”, el cual está conformado por tres apartados; el primero donde se incluye los datos personales del participante, el segundo conformado por el consumo de drogas, y por último motivos del consumo de drogas. Para lo cual se utilizó una grabadora de voz.

El coordinador dirigió la entrevista para la recolección de los datos y al concluir la sesión se agradeció a los participantes. Una vez recolectada la información se continuó con el análisis de los datos de manera ordenada, para entregar.

## Análisis y Discusión

### Resultados cuantitativos

Todos los jóvenes entrevistados (n=11) manifestaron ser homosexuales. (Tabla 1)

**Tabla 1**

*Datos personales de la población homosexual*

| <b>Variable</b>             | <b>Dimensiones</b>      | <b>f</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------|-------------------------|----------|----------|
| <b>Orientación sexual</b>   | Gay                     | 11       | 100      |
|                             | Secundaria incompleta   | 1        | 9.09     |
| <b>Escolaridad</b>          | Preparatoria Completa   | 2        | 18.18    |
|                             | Preparatoria incompleta | 2        | 18.18    |
|                             | Universidad incompleta  | 6        | 54.54    |
|                             | Soltero                 | 11       | 100      |
| <b>Estado Civil</b>         | Católica                | 7        | 63.63    |
|                             | Cristiana               | 2        | 18.18    |
|                             | Otro                    | 2        | 18.18    |
| <b>Religión</b>             | Empleado                | 5        | 45.45    |
|                             | Estudiante              | 5        | 45.45    |
|                             | Otro                    | 1        | 9.09     |
|                             | Si                      | 8        | 72.72    |
| <b>Ocupación</b>            | No                      | 3        | 27.27    |
|                             | Si                      | 10       | 90.01    |
| <b>Consumo de tabaco</b>    | No                      | 1        | 9.09     |
|                             | Si                      | 3        | 27.27    |
| <b>Consumo de alcohol</b>   | No                      | 8        | 72.72    |
|                             | Si                      | 3        | 27.27    |
| <b>Consumo de marihuana</b> | Si                      | 3        | 27.27    |
|                             | No                      | 8        | 72.72    |
| <b>Consumo de cocaína</b>   | Si                      | 3        | 27.27    |
|                             | No                      | 8        | 72.72    |

En cuanto a la escolaridad solo un joven tiene secundaria incompleta, dos secundarias completas, y dos preparatorias incompletas; seis mencionaron tener universidad incompleta o en proceso de terminarla.

Todos los sujetos manifestaron estar solteros; con relación a las creencias religiosas o espiritualidad, siete son católicos, dos cristianos, y otros dos señalaron ser ateos y uno testigo de Jehová. Dentro de la ocupación cinco señalaron ser empleados, otros cinco estudiantes, y solo un joven menciona tener otra ocupación. Se puede observar en los datos descriptivos (Tabla 1) que ocho participantes consumen tabaco, diez participantes consumen alcohol; tres consumen marihuana y otros participantes consumen cocaína.

### Resultados cualitativos

La entrevista fue grabada en distintas cintas de audio para ser analizado el discurso de cada uno de los entrevistados.

### Imagen 1

*Red conceptual de la Percepción del Consumo de Drogas en los Adultos Jóvenes Homosexuales*



Posteriormente, se inicio el análisis del discurso, de cada de una de las preguntas con cada uno de los participantes. Primero se analizó textualmente cada una de las respuestas a las preguntas, se separaron y se denominaron códigos vivos y se convirtieron en códigos abiertos, después se agruparon de acuerdo con las ideas que expresaron, dicha agrupación se denomina código axial, a cada código axial se le emite un juicio al cual se le dio una categoría.

El consumo de drogas en la población homosexual (Figura 1) es una problemática a la cual no se le ha dado la importancia necesaria para ser estudiada, pero eso no significa que sea inexistente, al realizar el análisis de discurso y aplicar la Teoría Fundamentada en los Datos; se identificaron cuatro categorías las cuales son: la primera denominada **“Afluencias que propician el consumo de alcohol en el adulto joven homosexual a través de fiestas familiares significativas y reuniones sociales”**, es decir, los eventos que surgen ya sea de manera improvisada o los organizados en donde se utiliza la excusa de “reunión” para poder hacer uso de estas sustancias.

En un estudio (Daskalopoulou et al., 2014), se menciona que “el 50% de la muestra estudiada ha consumido este tipo de sustancias en discotecas, bares, en su casa y viajes. Por otra parte, el mayor porcentaje de consumo se busca en compañía de amigos”, y sea un resultado del presente estudio el 100% de la muestra había consumido algún tipo de sustancia en la última fiesta familiar y/o reunión social, por lo que se puede decir que el círculo social, es el que influye en el consumo de dichas sustancias. Por lo que se confirmó que las amistades y los encuentros sociales son factores que influyen de manera directa en el consumo de drogas ya que estos facilitan el acceso a ciertas sustancias, debido a que son parte del “menú”

La segunda categoría llamada **“Origen del consumo de drogas en el adulto joven homosexual que se manifiesta por las sensaciones placenteras que causan las drogas”**, el experimentar, la curiosidad e ignorar la causas, donde los resultados arrojaron que los jóvenes homosexuales, usan las drogas para poder “entrar en ambiente” y así poder pertenecer con mayor facilidad a un grupo social.

En un estudio se menciona (Censida, 2013), que el formar parte de un grupo que acepta su identidad, lo hace más dinámico socialmente. Al mismo tiempo afirma que los gays que asisten a algún bar o centro nocturno, tienen más amigos del sexo masculino que del sexo femenino, llama la atención ya que, aunque tienen mucho contexto social, se asocia con la socialización que tienen los homosexuales que aún se encuentran “en el closet”. Dentro del marco de referencia del presente estudio se menciona (Shifter, 2012), que las principales causas personales por las cuales consumen drogas los jóvenes homosexuales son con fines sexuales para hacer más placentero el coito, sin embargo, algunos de los entrevistados mencionaron que lo hacían por diversión y por euforia; con ello se puede decir que la causa principal por la cual consumen drogas es con fin placentero no necesariamente sexual, solo buscan desinhibirse en el momento.

La tercera categoría fueron **“Los juicios familiares que instigan al consumo de drogas en el adulto joven homosexual a través de la falta de comunicación”**, en donde se reconoce que función desempeña la familia en la decisión del adulto joven homosexual por consumir drogas, en un estudio de Larios et al. (2013) se menciona que la familia es el primer contacto con lo que representa una organización social, es por tanto el primer acercamiento a la convivencia, a las distintas formas de pensar y posturas frente a la vida. Esto lo podemos ver reflejado en nuestra muestra, algunos de los entrevistados revelaron que han visto desde pequeños como su familia en las reuniones consumen distintas sustancias, por lo que lo consideran normal.

La última categoría son los **“Fundamentos sociales que favorecen el consumo de drogas en el adulto joven homosexual a través del sentido de pertenencia, presión de círculo social y curiosidad”**, en un estudio menciona que muchos homosexuales optan por tener una vida oculta, debido a la presión social existente, sufren por el rechazo, desprecio y el temor de sus familias y otros nunca aceptan su homosexualidad y recurren al alcohol, las drogas, depresión (Shifter, 2012), los valores que se han aprendido dentro del núcleo familiar pueden verse modificados al interactuar con otras personas.

Al comparar nuestros resultados con ambos estudios se puede señalar que los adultos jóvenes homosexuales son capaces de probar o experimentar el consumo de drogas, sin importar la educación aprendida en casa o sus propias creencias con tal de pertenecer a un grupo social.

Al realizar el análisis correspondiente de las categorías se logró identificar el fenómeno **“Paradigma simbólico del consumo de drogas en el adulto joven homosexual por medio de las afluencias, juicios familiares y fundamentos sociales expresados por reuniones significativas, experimentar sensaciones placenteras, falta de comunicación y ejemplo familiar y el sentido de pertenencia”**.

## Conclusión

El consumo de drogas en la población homosexual se presenta como una necesidad a satisfacer, propiciada por la marginación y discriminación social que sufren, dichos motivos hacen que éstos se reúnan de manera lúdica, e influenciados por las costumbres familiares y la moda sobre el consumo de drogas.

## Referencias

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida | Gobierno | gov.mx.

(n.d.). Www.gov.mx. Retrieved November 11, 2022, from

<https://www.gov.mx/censida>

Daskalopoulou M., Rodger A. et al. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Revista Lancet HIV* 2014; 1: e22–31. [Fecha de acceso 20 de abril del 2017].

Larios, J., & de la Mora, J. M. (2013). *La diversidad sexual en la escuela secundaria* (1st ed., pp. 107–128) [Review of *La diversidad sexual en la escuela secundaria*].

[http://www.ucol.mx/content/publicacionesenlinea/adjuntos/La-diversidad-sexual-en-la-escuela-secundaria\\_432.pdf](http://www.ucol.mx/content/publicacionesenlinea/adjuntos/La-diversidad-sexual-en-la-escuela-secundaria_432.pdf) (Original work published 2013)

- Osornio, J. C. R. (2014). Una mirada histórica y cultural del movimiento LGBTTTI mexicano. *Romance Notes*, 54(2), 263–273.  
<https://doi.org/10.1353/rmc.2014.0036>
- Pérez Acosta, M., (2012). Reseña de "Estudiando la homosexualidad - teoría e investigación" de Baile Ayensa, J. I. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2),188-190. [fecha de Consulta 11 de noviembre de 2022]. ISSN: 0120-0534.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80524058018>
- Pineda Roa, C. A. (2015). Prevalencia y variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en varones colombianos autoidentificados como homosexuales. *Revista Iberoamericana De Psicología*, 8(1), 83–91.  
<https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.8108>
- Quintero, E., Barreto, I., Rincón-Vásquez, J. C., & Velandia Morales, A. (2016). Relación entre percepción de poder y prácticas de consumo en la categoría de diversión de personas LGBT. *Suma Psicológica*, 23(2), 90–100.  
<https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.06.001>
- Shifter, J. (2012). Los bares gay y el sida [Tesis Los bares gay y el sida].  
<http://hdl.handle.net/11056/2208>

---

## 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: [normacopparipy@gmail.com](mailto:normacopparipy@gmail.com) 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: [normacopparipy@gmail.com](mailto:normacopparipy@gmail.com) 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 anexo, 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 hay que 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 inglés.



## LISTA DE CHEQUEO

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>CRITERIO Los siguientes puntos debe tener el artículo:</b>   | <input type="checkbox"/> |
| 1. <b>Formato Word</b> - Espacio doble.   |                          |
| 2. <b>Fuente:</b> Times New Roman.  |                          |
| 3. <b>Tamaño de fuente:</b> 12.   |                          |
| 4. <b>No excede de 20 páginas</b> (incluyendo tablas y figuras).  |                          |
| 5. <b>Tablas y figuras:</b> no más de 5 en cada categoría. Mantener tipo y tamaño de fuente y en formato modificable. |                          |
| 6. <b>Sangría en cada párrafo y espacio de un renglón entre cada párrafo.</b>   |                          |
| 7. <b>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.   |                          |
| 8. <b>Páginas Subsiguientes:</b> Texto  |                          |
| -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.  |                          |
| 9. <b>No tiene citas y/o notas al pie de página.</b>  |                          |

[1] Correspondencia puede ser remitida a [normacopparipy@gmail.com](mailto:normacopparipy@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

[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:**

Intervención APÓYAME para la autogestión y control glucémico de las personas con Diabetes tipo 2.

Estilo de vida y nivel de riesgo para diabetes en adultos de Morelia, Michoacán, México.

Adherencia terapéutica de personas con diabetes en una Comunidad pesquera: estudio cuantitativo.

Prevalencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad vascular periférica en Guanajuatenses.

Consumo de alcohol y tabaco, autoeficacia e indicadores de riesgo académico en universitarios mexicanos.

Caracterización del Consumo de Tabaco y Estrés Percibido en Jóvenes Universitarios.

Apoyo social y comportamiento de sexo seguro en adolescentes.

Actitud y barreras percibidas para la conducta anticonceptiva.

Compulsividad sexual en adultos jóvenes.

Dinámica Familiar relacionada a conducta sexual de riesgo para VIH en universitarios de la salud en Morelia, México.

Contraposición de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes.

Riesgo académico, síntomas depresivos y recursos psicológicos en estudiantes universitarios: un análisis de género.

Riesgo de genotoxicidad oral: diferencias entre conocimiento y práctica en el contacto con citostáticos por enfermería.

**Artículos Teóricos y de Revisión**

Conductas de riesgo en universitarios: una revisión sistemática.

Modelo para el uso de anticonceptivos de adolescentes en etapa perinatal.

Experiencia Vivida Durante el Aprendizaje en Línea: La Salud Mental del Estudiante.

Efectos del tabaco y alcohol en Personas Diagnosticadas con Lupus Eritematoso Sistémico: una Revisión Sistemática.

Intervenciones de enfermería para el control de peso corporal en adultos: revisión sistemática.

Experiencia de cuidado en el adulto mayor: Narrativa de cuidado de enfermería.

Motivos del Consumo de Drogas en la Población Homosexual.

**Política Editorial.**



CDID

Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica

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