

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/382203180>

COMPENDIO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMERIA

Book · January 2019

CITATIONS

0

READS

11

5 authors, including:



[María Aracely Márquez-Vega](#)

Autonomous University of Nuevo León

25 PUBLICATIONS 44 CITATIONS

SEE PROFILE



[Raquel A Benavides-Torres](#)

Autonomous University of Nuevo León

196 PUBLICATIONS 449 CITATIONS

SEE PROFILE



[Dora Julia Onofre-Rodríguez](#)

Autonomous University of Nuevo León

99 PUBLICATIONS 304 CITATIONS

SEE PROFILE



[Velia Margarita Cardenas-Villarreal](#)

Autonomous University of Nuevo León

116 PUBLICATIONS 258 CITATIONS

SEE PROFILE

No Radicación 406240

Fecha de asignación: 2019-12-03

Tipo de Obra	Información del Título
ISBN Obra independiente: 978-607-27-1244-7	Título: Compendio de Investigaciones en Enfermería
ISBN Volumen:	Título:
ISBN Obra Completa:	Título:
Sello editorial: Universidad Autónoma de Nuevo León (978-607-27)	

Subtítulo
Subtítulo Obra Independiente:
Subtítulo Obra Volumen:
Subtítulo Obra Completa:

Tema		
Materia: 370 - Educación	Tipo de Contenido: Libros Universitarios	
Colección:	No colección:	Serie:
Público objetivo:		
IDIOMAS		
Español		

Colaboradores y Autor(es)		
Nombre	Nacionalidad	Rol
Márquez Vega, María Aracely	México	Autor
Márquez Vega, María Aracely	México	Coordinación editorial de
Benavides Torres, Raquel Alicia	México	Autor
Benavides Torres, Raquel Alicia	México	Coordinación editorial de
Onofre Rodríguez, Dora Julia	México	Autor
Onofre Rodríguez, Dora Julia	México	Coordinación editorial de
González Salinas, Juana Fernanda	México	Autor
González Salinas, Juana Fernanda	México	Coordinación editorial de
Cárdenas Villarreal, Velia Margarita	México	Autor
Cárdenas Villarreal, Velia Margarita	México	Coordinación editorial de

Traducción			
Traducción: No	Del:	Al:	Idioma Original:
Título Original:			

Información de Edición			
No de Edición: 1	Ciudad de Edición: San Nicolás de los Garza	Departamento, Estado o Provincia: Nuevo León	Fecha de aparición: 2019-12-12
Coedición: No		Coeditor:	

Comercializable	
No de ejemplares oferta nacional:	Precio en moneda local:
No de ejemplares oferta externa:	Precio en dólares:
Oferta total: 0	
Disponibilidad:	Estatus en el catálogo:

Descripción física - Impresión en papel			
Descripción física:	No páginas:	Tipo de impresión:	No tintas:
Tipo de encuadernación:	Tipo papel:	Gramaje:	
Tamaño:	Peso:		

Descripción física - Medio electrónico o digital		
Tipo de soporte:	Formato: XHTML (.xhtml, .xht, .xml, .html, .htm)	Tipo de contenido:



FICHA REGISTRO DE ISBN
INTERNATIONAL STANDARD BOOK NUMBER

Agencia Nacional de ISBN de México

Instituto Nacional del Derecho de Autor

Puebla No. 143, Col. Roma, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06700, México, D. F

www.indautor.gob.mx

No Radicación 406240

Fecha de asignación: 2019-12-03

Medio electrónico o digital: E-Book	Protección técnica:	Permiso de uso:
Tipo de restricción de uso:	Tipos de acceso:	Tamaño: 19.1 MbMb

Editorial o Autor-Editor: Universidad Autónoma de Nuevo León		
Número de identificación tributaria o de ciudadanía : UAN691126	Teléfono: 83294021	
Representante legal: Jaime Javier Gutiérrez Argüelles		
Responsable ISBN: Diana Yesenia Carrizales Lerma	e-mail: diana.carrizalesl@uanl.mx	Teléfono: 83294111

Control de Agencia

COMPENDIO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMERIA

Dra. María Aracely Márquez-Vega

Raquel Alicia Benavides-Torres, PhD.

Dra. Dora Julia Onofre-Rodríguez

Dra. Juana Fernanda González-Salinas

Dra. Velia Margarita Cárdenas-Villareal



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

COMPENDIO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMERIA

AUTORES

Dra. María Aracely Márquez-Vega

Raquel Alicia Benavides-Torres, PhD.

Dra. Dora Julia Onofre-Rodríguez

Dra. Juana Fernanda González-Salinas

Dra. Velia Margarita Cárdenas-Villareal



Logo Global

COMPENDIO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMERIA

COORDINADORES EDITORIALES

Dra. María Aracely Márquez-Vega

Raquel Alicia Benavides-Torres, PhD.

Dra. Dora Julia Onofre-Rodríguez

Dra. Juana Fernanda González-Salinas

Dra. Velia Margarita Cárdenas-Villareal



Mtro. Rogelio G. Garza Rivera
Rector

Dr. Santos Guzmán López
Secretario General

Dr. Celso José Garza Acuña
Secretario de Extensión y Cultura

Lic. Antonio Ramos Revillas
Director de Editorial Universitaria

ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez
Directora de la Facultad de Enfermería

© **Universidad Autónoma de Nuevo León**
Padre Mier No.909 poniente, esquina con Vallarta
Monterrey Nuevo León, México CP 64000
www.uanl.mx/publicaciones

Primera edición, 2019

ISBN: 978-607-27-1244-7

COMPENDIO DE INVESTIGACIONES EN ENFERMERÍA [autores y editores] © Márquez-Vega, Benavides-Torres, Onofre-Rodríguez, González-Salinas, Cárdenas-Villarreal.

E-Book páginas

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción de esta obra, sea cual fuera el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento previo por escrito de los autores.

Este libro fue sometido a evaluación y dictaminación por especialistas en la materia bajo un sistema “doble ciego” quienes emitieron un resultado favorable para su publicación. Así mismo el Comité de Científico de la Facultad de Enfermería UANL realizó el procedimiento de valoración de la calidad metodológica y científica de la obra total.

Los autores y la editorial de este libro han asumido la responsabilidad de comprobar los estándares de aprobación general en la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil asegurar que toda la información proporcionada es totalmente adecuada para la obra actual. Se recomienda al lector examinar cuidadosamente lo expresado en el presente libro. La editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

Dra. María Aracely Márquez-Vega

Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Investigadora de la Unidad de Enfermería del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, Secretario del Comité de Ética en Investigación y miembro de la Comisión Académica de la honorable junta directiva de la FAEN/UANL, Directora de tesis de estudiantes de posgrado de maestría y doctorado en programas consolidados dentro del PNPC, Integrante del Comité Académico de tesis de grado, Tutor académico y de investigación, Miembro del Cuerpo Académico Respuestas Humanas a la Salud y Enfermedad en la LGAC Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA, ha recibido financiamiento para proyectos de investigación, cuenta con Reconocimiento a perfil deseable PRODEP y Certificación como Enfermera Docente por el COMCE, Miembro activo de la Sociedad de Honor de Enfermería. Participación como ponente en eventos científicos y académicos nacionales e internacionales, así como publicaciones de libros, capítulos de libro, memorias en extenso, y artículos en revistas indexadas.

Raquel Alicia Benavides-Torres, PhD.

Profesor Titular A de Tiempo Completo y Secretario de Programas de Doctorado de la Facultad de Enfermería de la UANL. Responsable de la Unidad de Enfermería en el Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud de la UANL. Asimismo, es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel 1). Realizó sus estudios de Doctorado en Enfermería en la Universidad de Texas en Austin. La Dra. Benavides es líder de la línea de investigación Sexualidad Responsable y Prevención de ITS-VIH/SIDA, ha recibido financiamiento por organismos externos para realizar investigación, además cuenta con diversas publicaciones en revistas indexadas, libros, capítulos de libros, y memorias en extenso. Ha presentado ponencias a nivel nacional e internacional y cuenta

con reconocimiento como Maestro con perfil PROMEP y Certificación como Enfermera Docente por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería. Imparte cátedra y asesora Tesis de Maestría y Doctorado en Ciencias de Enfermería en Programas consolidados dentro de PNPC.

Dra. Dora Julia Onofre-Rodríguez

Posdoctorado en El Colegio de la Frontera Norte (El Colef), con apoyo de la Convocatoria CONACYT Estancias Posdoctorales Nacionales. Doctorado en Filosofía con Especialidad en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social, Maestría en Trabajo Social y Licenciatura en Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora titular en la Facultad de Enfermería, UANL. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI, Nivel I) del CONACYT. Investigadora en la Unidad de Enfermería, del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS). Profesora con perfil deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP). Secretaria de Programas de Especialidad y Maestría. Pertenece al Cuerpo Académico Consolidado Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad. Línea de investigación Sexualidad Responsable y Prevención de ITS-VIH/SIDA.

Dra. Juana Fernanda González-Salinas

Doctorado en Ciencias de la Salud en la Universidad de Alicante España, Maestría en Docencia en Educación Superior por la Universidad Autónoma de Tamaulipas, y Maestría en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Maestra de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Certificación y Recertificación como Enfermera Docente por COMACE, y Certificación de Competencia Laboral CONOCER. Profesor Emérito 2017, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Miembro del Cuerpo Académico Consolidado de Gerencia de los Cuidados en Enfermería.

Dra. Velia Margarita Cárdenas-Villarreal

Posdoctorado y Doctorado en la Universidad de Alicante España en Cultura de los Cuidados de Enfermería. Maestría y Licenciatura en Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora Titular en la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI, nivel I) del CONACYT. Profesora con perfil deseable del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PROMEP). Líder del Cuerpo Académico Consolidado Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad. Línea de investigación Cuidado a la salud en riesgo de desarrollar cronicidad y en poblaciones vulnerables (conductas de riesgo relacionadas al sobrepeso y obesidad del niño, adolescente y la mujer bajo una metodología cuantitativa).

Prólogo

El presente libro está compuesto por veinte capítulos en donde se muestra un compendio de diversas investigaciones en el área de enfermería y de disciplinas afines en el área de la salud, en él se presentan temas de investigación relevantes para la disciplina en las áreas de educación, adulto mayor, sexualidad, cuidado en salud y adicciones. En la presente obra principalmente se muestra una aportación en el ámbito de investigación de profesionales, estudiantes, y docentes del área de la salud, con una metodología cuantitativa con la finalidad de aportar conocimiento actual al cuidado a la salud, así como a la práctica clínica hospitalaria y comunitaria permitiendo ampliar el conocimiento a la práctica, teoría e investigación.

CONTENIDO

Presentación

Educación

- Capítulo 1.** Modelo principiante a experto de Patricia Benner en la práctica clínica de enfermería.
Alma Rosa Quiroz-Guerra, María del Refugio Valerio-Candela, María Emma Pérez-González, Hermelinda Guzmán-Daniel, Roxana Martínez-Cervantes, Natalia Eduvigis Villagrasa-Guerrero
- Capítulo 2.** Prevalencia de signos de depresión y su relación con el desempeño académico en alumnos universitarios.
María Francisca Baltazar-Pedro, María Francisca Santos-Sebastián, Nancy Marbella Parra-Torres, Maylin Almonte-Becerril
- Capítulo 3.** Diseño y validación de material didáctico para una intervención educativa de enfermería en cuidadores primarios.
Eduardo Velázquez- Moreno, María Susana González-Velázquez, Belinda de la Peña-León

Adulto Mayor

- Capítulo 4.** Percepción de la vejez de una población de 50 años o más.
Luz Elena Rodríguez-Mejía, Manuel Morales-Salazar, Alejandro Morales-Jinez, Francisco Javier López-Rincón, Alicia Ugarte-Esquivel, Adriana Cárdenas-Cortés, Carmen Adriana López-Salas
- Capítulo 5.** Valoración del nivel de cognición y depresión en adultos mayores por enfermería.
Alma Rosa Quiroz-Guerra, Laura Alemán-de la Torre, Susana Facio-Arciniega, Adriana Mayela Cárdenas-Cortés, Irma Andrade-Valles, Carmen Adriana López-Salas
- Capítulo 6.** Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas.
Emma Yazmín Ojeda-Huitron, Selena Monserrat Cardona-Torres, Ana Victoria Hernández-Cruz, María de los Ángeles Villareal-Reyna, María Magdalena Delabra-Salinas, Alejandra Leija Mendoza
- Capítulo 7.** Percepción de la relación abuelo ñieto en alumnos de enfermería de la universidad de Yucatán.
Gnalen Kourouma-Izaguirre, María Magdalena Delabra-Salinas, María Ascensión Tello-García, María de los Ángeles

Villarreal-Reyna, Ana Laura Carrillo-Cervantes

- Capítulo 8.** Diferencia del nivel de autocuidado por edad, género y municipio de residencia en adultos mayores.
Alejandro Morales-Jinez, Claudia Gabriela Esquivel-Franco, Luz Elena Rodríguez-Mejía, Francisco Javier López-Rincón, Alicia Ugarte-Esquivel
- Capítulo 9.** Prevalencia de riesgo de caídas en el Adulto Mayor. Estudio comparativo en dos unidades de medicina familiar.
Georgina Mayela Núñez-Rocha, Blanca Nayeri Montemayor-Guevara, Ana María Salinas-Martínez, Mirna Amelia Meléndez-Buitrón, María Natividad Avila-Ortíz, Esteban Gilberto Ramos-Peña, Silvia Guadalupe Soltero-Rivera y Milton Carlos Guevara-Valtier

Sexualidad

- Capítulo 10.** Normas subjetivas e intenciones de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes embarazadas en el tercer trimestre de embarazo.
Diego Ramón Medellín-Moreno, Raquel Alicia Benavides-Torres
- Capítulo 11.** Autoeficacia percibida del adolescente para prevenir el VIH en contexto rural y urbano de Puebla.
Silvia Vianey Reyes-López
- Capítulo 12.** Nivel de conciencia al riesgo sexual de VIH en los jóvenes en una universidad pública de Nuevo León.
Raquel Alicia Benavides-Torres, Priscila Aguilar-Hernández; Cecilia Elizabeth Delgado-González; Néstor Daniel Ávila-Zavala, Berenice Bernal-Gaitán, Nallely Sarahí Caudillo-Rosales
- Capítulo 13.** Factores de riesgo para la salud sexual de estudiantes universitarios.
Alan Daniel Ríos-Salgado, Giselle Soto-Cervantes, Guillermina Arenas-Montaño
- Capítulo 14.** Motivos para no hacerse la prueba del VIH en estudiantes universitarios.
Dora Julia Onofre Rodriguez, María Aracely Márquez Vega, Karla Alarcón Hernandez, Monica Lizbeth Chavez Vidales, Maria Fernanda Zuñiga Martinez, Erika Viviana Salazar Gallegos

Cuidado en Salud

Capítulo 15. Características individuales, conocimientos y prácticas de cuidado en personas con Diabetes Mellitus, Tuberculosis y Contactos.

María de los Angeles Paz Morales, Cynthia Berenice Rueda Sánchez, Esther C. Gallegos Cabriales, Dra. Nora Hernández Martínez

Capítulo 16. Hábitos de sueño e índice de masa corporal en adolescentes.

Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Capítulo 17. Automedicación en adultos con Diabetes Mellitus.

María de los Ángeles Paz Morales, Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal, Dr. Milton Carlos Guevara Valtier, Dra. María Dolores Corona Lozano

Capítulo 18. La Obesidad como factor de riesgo cardiovascular en niños escolares.

Georgina Mayela Nuñez Rocha, Tania Guerra García,

Milton Carlos Guevara Valtier, María de los Ángeles Paz

Morales, Ana Elisa Castro Sánchez y Silvia Guadalupe

Soltero Rivera

Adicciones

Capítulo 19. Masculinidad, femineidad, identidad étnica y consumo de alcohol en adultos indígenas de Guerrero. Protocolo de investigación.

Karla Monserrat López-Solano, Karla Selene López-García

Capítulo 20. Síntomas depresivos, suicidalidad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes: protocolo de investigación.

Raúl Alejandro Delgado Ávila, Lucio Rodríguez Aguilar

Educación

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 1

MODELO PRINCIPIANTE A EXPERTO DE PATRICIA BENNER EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

Alma Rosa Quiroz Guerra*, María del Refugio Valerio Candela*, María Emma Pérez González*, Hermelinda Guzmán Daniel*, Roxana Martínez Cervantes* y Natalia Eduvigis Villagrasa Guerrero*

*Universidad Autónoma de Coahuila

Resumen

En el modelo de principiante a experto de Patricia Benner, se sustenta que el desarrollo de las competencias para resolver los problemas complejos que se presentan en el ejercicio profesional, es por medio de un análisis crítico a partir de la experiencia clínica como referente previo, al enfrentarse a una situación adversa o carencia, se podrá

transitar a un nivel de experto al estructurar de forma activa la información obtenida del medio e integrarlo para el desarrollo del conocimiento, de acuerdo al cognoscitismo la transformación y reconstrucción del conocimiento es a través de la interacción social inter e intrapersonal, de forma dialógica. Objetivo: Determinar la aplicación del Modelo Principiante experto de Patricia Benner en la práctica clínica gerencial a partir del contenido de diagramación de procesos. Metodología: Investigación Acción Participativa [IAP] de acción dialógica de análisis crítico reflexivo, en 6 etapas de acuerdo con el modelo de Goyette y Lessard-Hébert, empleando la estrategia educativa de mentoring, con un muestreo, teórico-intencional de dos grupos, 18 alumnos y 26 profesionales de enfermería gerencial. Resultados: El grupo de alumnos en una primera fase transita de principiante a experto al desarrollar el rol de mentor al apropiarse de la metodología de la diagramación de procesos, en una segunda fase transita de principiante a experto al apropiarse de la experiencia clínica a través del proceso dialógico de análisis crítico reflexivo de igual a igual con el grupo de la gerencia en enfermería, mentor y mentorizado interactúan cada uno de ellos con su nivel de experto surgiendo las propuestas conjuntas para la creación de la diagramación de procesos primarios.

Conclusión: Se propició la transformación del referente de experiencia elevando el nivel de experto en ambos grupos, se fortalece la relación institucional e intrapersonal; para los estudiantes se desarrolló satisfactoriamente la práctica clínica, adquiriendo un referente significativo de la aplicación del conocimiento en la práctica, lo que favorece el transitar de una manera más fluida de principiante a experto y el desarrollo del rol de mentor recíproco permitiendo la resolución de problemas complejos en el ejercicio profesional.

Palabras clave: Modelo de enfermería, Rol de la enfermera, Prácticas clínicas

Introducción

El personal de enfermería permanentemente se enfrenta a problemas por resolver y la resolución de los mismos implica un análisis crítico, por lo que requiere desarrollar competencias que le permitan enfrentar estas situaciones, Patricia Benner a partir de sus principales fuentes teóricas hace referencia a que los seres humanos para enfrentar situaciones críticas se apoyan en los conocimientos previos acumulados como experiencias, por tanto, plantea su modelo de principiante a experto. Su aplicación se centra en que al enfrentarse a situaciones diversas que le impliquen una resolución, indagará la información que requiera para resolver la situación adversa (Carrillo, García, Cárdenas, Díaz y Yabrudy, 2013) y de esta forma transitar de un nivel de experiencia ligeramente aceptable al de un nivel de experta, sin embargo, las interrogantes que se plantea son; ¿de qué manera se genera la nueva experiencia?, en el ámbito de la formación del recurso humano de enfermería ¿cómo podemos propiciar la reflexión crítica que favorezca la transformación de su realidad interna y del entorno en el que se desarrolla profesionalmente?.

Al intentar dar respuestas a estas interrogantes se identifica que la postura epistemológica de Jean Piaget de ¿cómo se logra el aprendizaje?, el establece que el aprendizaje es un fenómeno sistemático y activo de restructuración de la información obtenida del medio, la cual debe ser asimilada y de forma simultánea acomodada con los conocimientos previos logrando el equilibrio traduciéndose como aprendizaje, en tanto para Lev Vygotski el conocimiento se adquiere a partir del intercambio social, que inicia de forma interpersonal para transitar a ser intrapersonal como procesos psicológicos logra la interiorización del conocimiento en tanto que el medio histórico-social y el lenguaje en forma de diálogo, como acciones transforma y reconstruye el conocimiento, ambos autores son de los principales exponentes del cognoscitivismo (Solano, 2009).

Ahora bien, la metodología científica Investigación Acción Participativa (IAP) aborda tres aspectos; reproducción del conocimiento, resolución de problemas y toma de conciencia (Oliveira y Waldenez, 2017) teniendo un vínculo muy estrecho con la educación (Ledezma y Caporal, 2018) en donde los participantes en la investigación buscan una mejor

comprensión de su realidad concreta y por medio de la acción dialógica a partir de propuestas conjuntas precisan una resolución que transforme la realidad (Oliveira y Waldenez, 2017). El interés IAP es el de producir y evaluar cambios en la práctica por la acción reflexiva y la acción consciente ubicándose en el paradigma constructivista y socio crítico (Abad, Delgado y Cabrero, 2010) por tal razón, en el área de enfermería la IAP responde a la necesidad de favorecer los cambios en la práctica pudiendo aplicarse en la gestión gerencial del cuidado, de investigación y docente tanto en el área clínica como en la formación de los recursos humanos de enfermería.

Por tanto, con el presente estudio se pretende generar evidencia de la aplicación del enfoque cognoscitivo de acción dialógica en la IAP para el desarrollo disciplinar, al favorecer la gestión; gerencial, del cuidado, de investigación y docente tanto en el área clínica como en la formación de los recursos humanos de enfermería al propiciar transformación de la realidad interna y externa transitando de manea más fluida de aprendiz a experto. La IAP propuesta para el presente estudio es a partir del desarrollo de una unidad didáctica de la asignatura de Gerencia en Enfermería, sustentado por el modelo de principiante experto de Patricia Benner y su aplicación en la práctica clínica en una Unidad Hospitalaria del sector público. Objetivo: Determinar la aplicación del Modelo Principiante experto de Patricia Benner en la práctica clínica gerencial a partir del contenido de diagramación de procesos.

Método

Investigación acción participativa de acción dialógica de análisis crítico reflexivo para la transformación del contexto a partir de su experiencia, el participante aprende a valorar el impacto de la investigación en su vida, cómo su participación transforma su realidad y el desarrollo de su conciencia crítica conduciéndolo a un proceso de transformación (Racionero y Padrós, 2010).

La investigación se llevó a cabo en una escuela de nivel superior y en una unidad médico asistencial, durante el ciclo académico enero-junio 2018 con alumnos del 5º

semestre del programa educativo de Licenciatura en Enfermería y en una unidad hospitalaria del sector público de 2º nivel, con un muestreo es teórico-intencional; en la unidad académica la participación correspondió a los 18 alumnos registrados en la asignatura de gerencia en enfermería y en la unidad hospitalaria el personal gerencial convocado por la jefatura de enfermería correspondiente a 26 personas de los tres turnos.

El estudio se desarrolló en 6 etapas de acuerdo con el modelo de Goyette y Lessard-Hébert (Abad, Delgado y Cabrero, 2010), el cual se describe a partir de un esquema en la Figura 1.

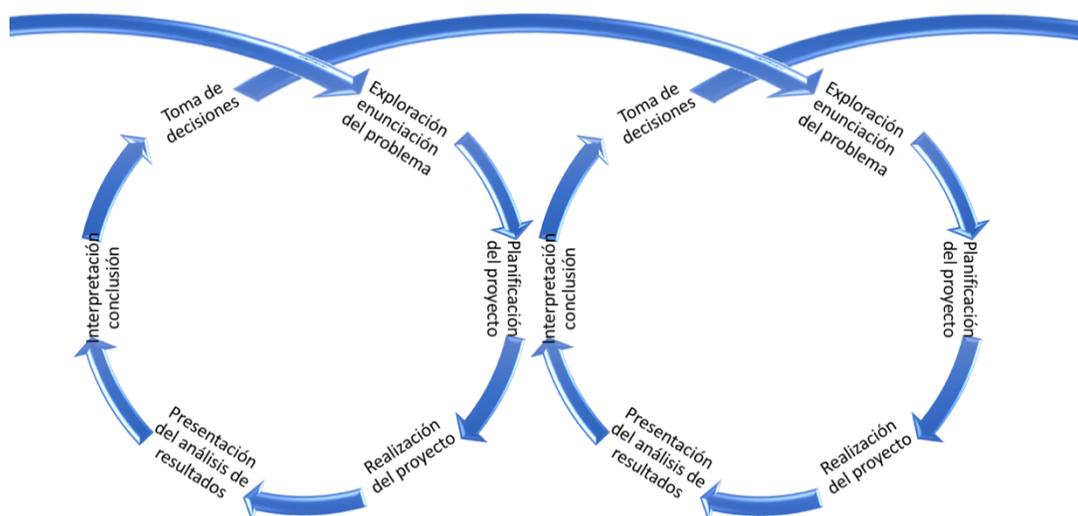


Figura 1. Esquemización del modelo de Goyette y Lessard-Hébert, elaboración propia

En la 1ª etapa *Exploración enunciación del problema*, se diagnostica el interés de participación de los alumnos como mentores del personal gerencial de enfermería y el planteamiento de colaboración con la unidad hospitalaria para la implementación de las herramientas de calidad específicamente diagrama de flujo y diagrama de proceso. 2ª etapa *Planificación del proyecto*, diseño metodológico con enfoque cognoscitivista de acción dialógica para el manejo de los contenidos de las herramientas de calidad en dos

fases una para los alumnos como preparación de mentores y otra para el personal gerencial de la unidad hospitalaria. *3ª etapa Realización del proyecto*, en ambos contextos el desarrollo de los contenidos es abordados con técnicas didácticas que propicien la acción dialógica a través del desempeño de rol de mentor, en la unidad académica en cuatro sesiones de 90 minutos y en la unidad hospitalaria una sesión en aula de 6 horas y 20 horas en los servicios. *4ª etapa Presentación del análisis de resultados*, durante el trayecto del proyecto se integró el portafolio de evidencias digital y el registro de la observación focalizada en diario de campo (Abad, Delgado y Cabrero, 2010). *5ª etapa Interpretación conclusión*, a través de la reflexión crítica razonada de la acción-práctica y la validación de la diagramación de los procesos primarios por servicio en la unidad hospitalaria (Racionero y Padrós, 2010; Sánchez, et al., 2015). *6ª etapa Toma de decisiones*, establecimiento de acuerdos y compromisos. En la Figura 2 a partir del esquema del modelo de Goyette y Lessard-Hébert se ejemplifica el diseño metodológico por etapas.



Figura 2. Esquemización del diseño metodológico a través del modelo de Goyette y Lessard-Hébert, elaboración propia

Resultados

El desarrollo y evaluación de los contenidos referentes a diagrama de flujo y diagrama de proceso en la unidad académica se afectó en 4 sesiones de 90 minutos, el abordaje se realizó por medio de: grupos cooperativos, estudio de caso, resolución de problemas, escenificación y representación (Herrán, 2011), el aprendizaje dialógico se observa al ser evidente la transformación de su realidad interna lo que le permitió la realización del rol de mentor alcanzando el nivel de experto en relación a la metodología de elaboración de diagramación de procesos.

En la visita al centro profesional “unidad hospitalaria” los mentores desarrollaron y evaluaron el programa a partir de la replicación de los contenidos con un enfoque cognoscitivista de acción dialógica en una sesión de 6 horas en aula y 20 horas en áreas clínicas, para la actividad en el área clínica, se distribuyen en subgrupos integrados por dos mentores y una o dos personas de la gerencia de enfermería. La fluidez de diálogo entre el mentor y los mentorizados estableció la relación sujeto-sujeto propiciando el análisis crítico de la realidad existente en la clínica, y la apropiación del nuevo conocimiento acerca del diagrama de flujo y de proceso que corresponde a la transformación de su realidad interna, lo que permitió que en cada subgrupo se creara la diagramación del proceso primario del servicio.

El grupo de alumnos en una primera fase transita de principiante a experto al desarrollar el rol de mentor al apropiarse de la metodología de la diagramación de procesos, en una segunda fase transita de principiante a experto al apropiarse de la experiencia clínica a través del proceso dialógico de análisis crítico reflexivo de igual a igual con el grupo de la gerencia en enfermería surgiendo las propuestas conjuntas para la creación de la diagramación de procesos primarios, Figura 3.

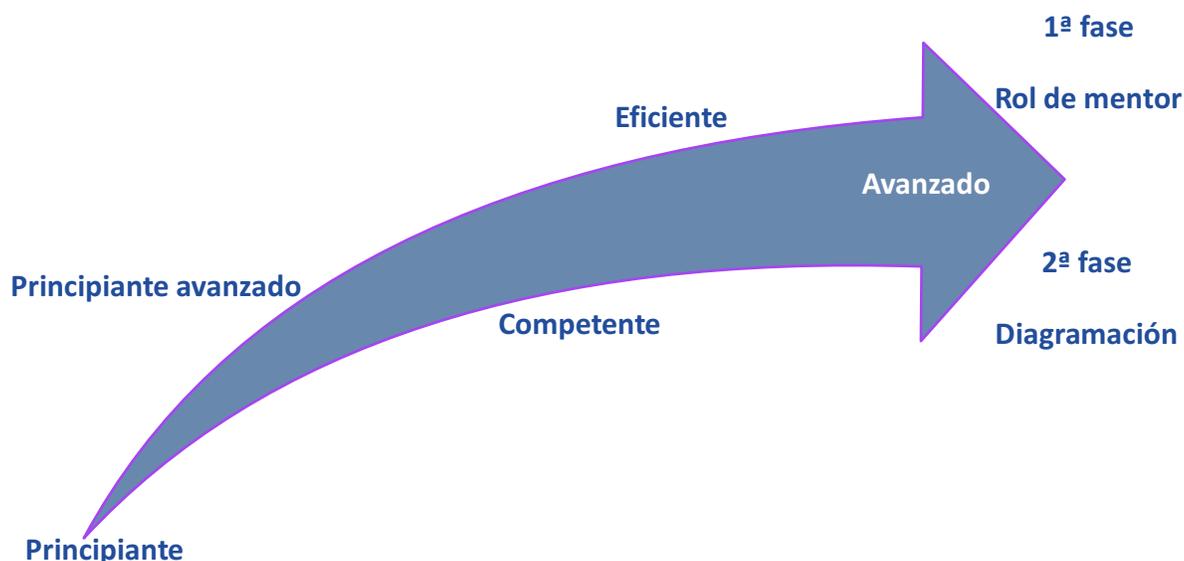


Figura 3. Modelo de Principiante experto de Patricia Benner, elaboración propia

El análisis se realiza a partir de la propuesta del Dr. Sayago (Sayago, 2014) con la metodología de Análisis del Discurso (AD), con las siguientes categorías; apropiación del conocimiento, desarrollo de los contenidos, desarrollo del rol de mentor, proceso dialógico, transformación de la realidad interna y externa y la diagramación del proceso primario por servicio. En cuanto a la primera y segunda categoría la apropiación del conocimiento se evidenció de forma concreta al desarrollar los contenidos el alumno en su rol de mentor y propiciar la apropiación de estos con el grupo gerencial en la visita al centro profesional, en tanto la categoría del desempeño del rol y el proceso dialógico el efecto fue positivo puesto que el dialogo se gestó de igual a igual, a través del análisis crítico reflexivo de la realidad clínica, mentor y mentorizado interactuaron cada uno de ellos con su nivel de experto, mentor con la metodología y mentorizado con la experiencia clínica y al surgir el rol de mentor reciproco (Fundación factor humano, 2017) se propició la transformación de la realidad interna plantando propuestas conjuntas que se concretaron en la creación de la diagramación de procesos primarios para la transformación de la realidad externa correspondiente a la última categoría como es factible de observar en la Figura 4.

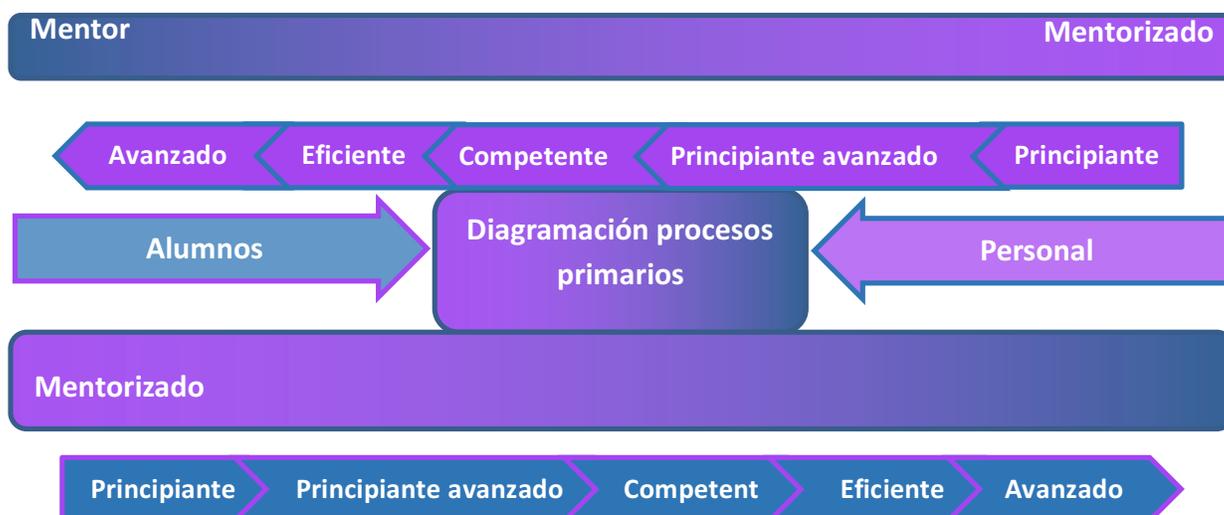


Figura 4. Relación del Modelo de Principiante experto de Patricia Benner con el rol de mentor, elaboración propia

En cuanto a la toma de conciencia, el análisis crítico reflexivo en ambos grupos se pone de manifiesto, en el alumno al vivir la experiencia de la aplicación en la práctica del conocimiento en un escenario real y en el personal gerencial de enfermería la factibilidad de la resolución de problemas complejos a los que se enfrenta en el ejercicio de su profesión. Ambos grupos evolucionaron de manera fluida y natural al nivel de expertos al desarrollarse el rol de mentor recíproco (Fundación factor humano, 2017), con relación al contenido de la diagramación de procesos como acción gerencial por el conocimiento que se desarrolló en este estudio.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados encontrados la IAP y el enfoque cognoscitivista de acción dialógica, son metodologías que permiten allanar el camino para propiciar en el personal de enfermería la capacidad de análisis crítico reflexivo, conduciéndola hacia una transformación de principiante a experto permitiendo afrontar la resolución de problemas en su ejercicio profesional, en cuanto a la formación de recursos humanos de enfermería,

fortalecer la relación institucional con la cual el estudiante de enfermería tendrá la posibilidad de vivir la experiencia de la aplicación del conocimiento en la práctica haciéndolo más competente y experto.

Uno de los conflictos a enfrentar, es encontrar los mecanismos propicios para la realización de investigaciones de este tipo sin que el profesional de enfermería de las áreas clínicas se sienta invadido o desplazado por el estudiante de enfermería cuando la iniciativa de la realización de la investigación parta de la unidad académica, o bien si la iniciativa surge de la unidad asistencial el que la unidad académica con cubra las expectativas que requiere la unidad asistencial. Es de relevante importancia el que la función de investigación en enfermería asuma esta dimensión de relación interinstitucional y el de la aplicación del conocimiento en la práctica, lo que favorece el transitar de una manera más fluida de principiante a experto y el desarrollo del rol de mentor reciproco favorece la resolución de problemas complejos en el ejercicio profesional.

Referencias

- Abad E., Delgado P. y Cabrero J. (2010) La investigación-acción-participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Investigación y Educación en Enfermería*, Universidad de Antioquia Medellín, Colombia, Vol. 28, núm. 3, pp. 464-474
- Aguilar, C. (2017) La tertulia pedagógica dialógica en el practicum de la formación inicial de maestras y maestros, *Revista Iberoamericana de Educación*. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI), Vol. 73, Número 2 Número especial, pp. 9-22
- Carrillo A., Gracia L., Cárdenas C., Díaz I. y Yabrudy N. (2013) La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*, Universidad de Murcia, Número 32, pp. 343-361
- Díaz S. y Hernández E. (2010) *Estrategias docentes para el aprendizaje significativo, Una interpretación constructivista*”, MC Graw Hil, México, 3ª Edición

- Fundación de Factor Humano. (2017) Unidad de conocimiento Nuevas formas de mentoring. Universidad Complutense Madrid. Recuperado de <https://factorhuma.org/attachments/article/12864/nuevas-formas-de-mentoring-esp.pdf>
- Herrán A. Capitulo. (2011) *"Técnicas didácticas para una enseñanza más formativa"*, Álvarez N. y Cardoso R., *"Estrategias y metodologías para la formación del estudiante en la actualidad"*, Universidad de Camagüey, Cuba
- Jiménez V. (2015) La Importancia del Mentor en la Formación del Investigador. *ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*. Vol. 2 Nro. 1. Julio 2015
- Ledezma M., Reyes E. y Caporal J. (2018) Las relaciones entre el método de investigación acción participativa y el arte de interacción social. Alcances y riesgos. *Revista de Estudios en Sociedad, Artes y Gestión Cultural*, Tercio Creciente. Número 13, pp. 97-114
- Oliveira V. y Waldenez M. (2017) Trayectorias de investigación acción: concepciones, objetivos y planteamientos. *Revista Iberoamericana de Educación*. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI), Vol. 53, Número 5 Número especial, pp. 1-13
- Racionero S. y Padrós M. (2010) The Dialogic Turn in Educational Psychology. *Revista de Psicodidáctica*, Universidad del País Vasco, 15(2), 143-162
- Sánchez S., Medina J., Mendoza B., Ugarte A. y Martínez M. (2015) Investigación acción participativa; la educación para el autocuidado del adulto maduro, un proceso dialógico y emancipador. *Atención Primaria. ELCEVIER*, Volumen 47(9), pp. 573-580
- Sayago S. (2014) El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociale., *Cinta de Moebio*, Núm. 49, pp. 1-10, 2014
- Solano J. (2009) *"Educación y Aprendizaje"*. Impresora Obando, Costa Rica, 2ª Edición Volumen 2

ISBN: 978-607-27-1244-7

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 2

PREVALENCIA DE SIGNOS DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO ACADÉMICO EN ALUMNOS UNIVERSITARIOS

María Francisca Baltazar Pedro^{*}, María Francisca Santos Sebastián^{*}, Nancy
Marbella Parra Torres^{*}, Maylin Almonte Becerril^{*}

^{*}Universidad Intercultural del Estado de Puebla. Puebla, México

Resumen

Objetivo: Identificar la prevalencia de signos de ansiedad/depresión en alumnos universitarios de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla. Metodología: Estudio analítico, correlacional y transversal donde se aplicó la prueba de Hamilton en conjunto con un cuestionario prediseñado que incluía variables sociodemográficas y relacionadas con el desempeño escolar en alumnos de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla.

Resultados: Se observó una elevada incidencia de signos de depresión en alumnos de Enfermería, en comparación con el resto de las carreras, además, más del 60% de los alumnos en general (principalmente mujeres), han sufrido de episodios de ansiedad; asimismo el 32.2 % de los entrevistados mostraron pensamientos suicidas alguna vez (34.6) %y constantemente (2%), prevaleciendo mayor en mujeres. Los alumnos de enfermería mantenían un estado de ánimo depresivo, menos horas de sueño tenían y peor auto-concepto de desempeño académico. Además se observó que existe una relación entre el estado de ánimo y el desempeño escolar con el estado de salud, insomnio y pensamientos suicidas. Conclusión: La incidencia de signos y síntomas de depresión, están relacionados con la carrera que se estudia, el género y la respuesta ante el estrés.

Palabras clave: Depresión, Test de Hamilton, Estudiantes Universitarios, Enfermería, Desempeño académico.

Introducción

La depresión es un trastorno afectivo multifactorial que se puede manifestar como una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos; los cuales, suelen obstaculizar la vida diaria y el desempeño normal del individuo que lo padece (Pereyra-Elías, y otros, 2010). Se caracteriza por cambios prolongados en el estado anímico, en el que se manifiesta como síntoma principal, el profundo estado de malestar que la persona siente hacia sí mismo, lo que se traduce en sentimientos de inferioridad, en sentirse culpable o desesperanzado hacia el futuro y con el mundo en general.

Cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacan que la depresión constituye un problema importante de salud pública, ya que más del 4% de la población mundial vive con depresión y los más propensos a padecerla son las mujeres, los jóvenes y los ancianos. En México, ocupa el primer lugar de discapacidad en mujeres (constituye el

41.9% de los casos) y el noveno para hombres. Se estima que el 9.2% de la población ha sufrido algún trastorno afectivo en algún momento de su vida, siendo los jóvenes los que presentan las tasas más elevadas (7.8%) (OMS, 2018; Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013; Ferrel Ortega, Celis Barros, & Hernández Cantero, 2011).

Del mismo modo, estudios especializados sobre el tema, mostraron que aproximadamente el 38% de más de 1,000 estudiantes que consultaron el programa de salud mental del departamento de bienestar universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), sufría algún grado de depresión (Ferrel Ortega, Celis Barros, & Hernández Cantero, 2011). Además, trabajos anteriores han mostrado que los estudiantes de carreras relacionadas con la salud como la Medicina, Odontología, Enfermería y Psicología muestran un nivel mayor de prevalencia de estrés académico, en respuesta a las elevadas exigencias y responsabilidades que son requeridas para el trabajo en las Áreas de la Salud (Guerrero-López, Heinze Martin, & Ortiz de León, 2013).

Por otro lado, el rendimiento académico ha sido definido como la capacidad de respuesta que presenta el estudiante ante diversos estímulos educativos previamente establecidos. Un rendimiento académico bajo conlleva al fracaso del educando y produce resultados que afectan a todos los miembros de la comunidad educativa como alumnos, padres, profesores y, por ende, a la sociedad. Además, la satisfacción por la carrera elegida parece ser un factor de importancia que se relaciona con la de prevención de la depresión; el estudiante que cumple con sus expectativas académicas y personales, fortalece su autoestima y estará en condiciones de alcanzar un estado bienestar psicológico, biológico y social. Basado en lo anterior, el objetivo de este proyecto fue detectar la prevalencia de signos de depresión en alumnos de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla, así como determinar si existe una correlación entre el desempeño académico y el estado emocional de los estudiantes.

Método

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y de corte trasversal. El área de estudio fue en estudiantes de la Universidad Intercultural del Estado de Puebla (UIEP). La investigación se realizó usando como herramienta la aplicación de la escala de valoración de ansiedad/depresión de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale, HDRS) que fue recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La evaluación de los resultados se enfocó principalmente en preguntas relacionadas con ánimo depresivo, dificultades para dormir, estado ansioso y pensamientos suicidas. Adicional a la prueba de Hamilton, se evaluaron algunas variables relacionadas con respuesta al estrés, tales como: cambio de ánimo en temporadas de evaluación, las horas de sueño que realizan al día y el desempeño que presenta el alumno. Lo anterior se clasificó de acuerdo con los factores sociodemográficos establecidos previamente, tales como: edad, género, semestre que cursan, y carrera a la que están inscritos. Los resultados fueron analizados y a través de tablas de frecuencia y análisis de correlación de Pearson, fueron obtenidos los resultados.

Resultados

De los 249 estudiantes de la UIEP, el 56.6% fueron mujeres y el 43.4% hombres. De los cuales el 62.2% de los participantes se encontraba en el rango de edad de 18 a 20 años, los participantes fueron alumnos de todos los semestres (Primero, tercero, quinto, séptimo y noveno semestre). La población mostró una distribución asimétrica ($p \leq 0.001$). Consecutivamente, los alumnos participantes fueron clasificados por carreras, de las cuales el 36.9% de ellos pertenecía a Enfermería, el 14.9% a Derecho, el 13.5% a Desarrollo sustentable, el 12% a Lengua y Cultura, el 12% a Turismo Alternativo y el 10.4% a Ingeniería Forestal.

Se evaluaron los resultados obtenidos por el test de Hamilton, donde se determinó la presencia e intensidad de signos de ansiedad/depresión en los alumnos de las diferentes licenciaturas. Los resultados mostraron que los alumnos de la licenciatura en Enfermería fueron los que mayor intensidad de signos y síntomas presentaron, donde el 33.7% de ellos, alcanzaron un grado medio y el 1% el grado alto. En contraste, aunque la licenciatura de Desarrollo sustentable (29.4%) e Ingeniería Forestal (22.2%) mostraron un porcentaje elevado de alumnos con intensidad media de signos y síntomas de ansiedad/depresión, el porcentaje de alumnos sin síntomas superaba (44.1% y 33.3%, respectivamente) el valor de lo alcanzado en Enfermería (32.6%). Asimismo, las Licenciaturas de Derecho (48.6%) y Lengua y Cultura (46.1%), fueron las que mostraron un mayor porcentaje de alumnos sin signos/síntomas de depresión.

Posteriormente se evaluó el estado de ánimo que mantienen los alumnos la mayor parte del tiempo, y la presencia de problemas para conciliar el sueño, encontrando que los alumnos de la licenciatura en Lengua y Cultura (36.7%) presentaban mejor ánimo la mayor parte del tiempo, seguidos de Turismo Alternativo (33.3%) y Derecho (29.7%); siendo los alumnos de Enfermería los que menos porcentaje alcanzo (14.1%). En contraste, los alumnos de enfermería fueron los que mayores problemas para conciliar el sueño mostraron.

Asimismo, se determinó la presencia de episodios de ansiedad y la recurrencia de pensamientos suicidas en los alumnos entrevistados. Los resultados mostraron una incidencia del 70.3% de mujeres y el 56.2% de hombres que han presentado episodios de ansiedad. Del mismo modo, el 36.2% de los entrevistados han mostrado pensamientos suicidas alguna vez (34.6%) o constantemente (2%), siendo mayor en mujeres (21.3%) que en hombres (15.3%). No obstante, aunque los alumnos de Derecho (78.1%), Lengua y Cultura (75%) y Enfermería (58%), fueron los que mostraron mayores episodios de ansiedad, los alumnos de Desarrollo sustentable presentaron el mayor porcentaje de pensamientos suicidas constantes (6.10%).

Finalmente se determinó si existía una relación entre el estado de ánimo y el desempeño escolar con el estado de salud, el insomnio y los pensamientos suicidas, por lo que se realizaron tablas de correlación. Los resultados mostraron que el desempeño escolar guarda una relación baja con el estado de ánimo en situaciones de estrés (Rho: 0.25 $p \leq 0.001$); sin embargo, a mejor desempeño escolar, menor ansiedad en el aula (Rho: -0.197 $p \leq 0.005$), menor dificultad para conciliar el sueño (Rho: -0.237 $p \leq 0.0001$) y menos recurrencia de pensamientos suicidas (Rho: -0.246 $p \leq 0.001$).

Conclusión

Tomando como base los resultados obtenidos por esta investigación, se puede concluir que, la incidencia de signos y síntomas de ansiedad/depresión, están relacionados con la carrera universitaria que se estudia, el género y la respuesta que presenta el individuo ante el estrés. Asimismo, el estado de ánimo es un factor muy importante para mejorar el desempeño académico, reducir el insomnio y la respuesta de un individuo ante situaciones de estrés, evitando de manera importante la recurrencia de pensamientos suicidas.

Referencias

- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Ferrel Ortega, R., Celis Barros, A., & Hernández Cantero, O. (2011). Depresión y factores sociodemográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*(27), 40-60.

Guerrero-López, J., Heinze Martin, G., & Ortiz de León, S. (2013). Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México*, 149, 598-604.

OMS, O. M. (22 de marzo de 2018). OMS, Organización Mundial de la Salud . Depresión. (O. m. salud, Editor).

Pereyra-Elías, R., Ocampo-Mascaró, J., Silva-Salazar, V., Vélez-Segovia, E., da Costa-

Bullón, D., Toro-Polo, L., & Vicuña-Ortega, J. (2010). Prevalencia y Factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de lima, Perú 2010. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(4), 520-526.

ISBN: 978-607-27-1244-7

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería

Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 3

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE MATERIAL DIDÁCTICO PARA UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN CUIDADORES PRIMARIOS

Eduardo Velázquez Moreno^{*}, María Susana González Velázquez^{*},Belinda de la Peña León^{*}^{*}Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Resumen

Introducción. En el proceso de implementar una intervención educativa es importante diseñar y validar el material específico como su insumo principal; esta metodología deben tenerla en cuenta los profesionales de la salud en sus diferentes áreas de trabajo, con el fin de diseñar materiales educativos de calidad y válidos dentro del

contexto en el que se pretenden utilizar. Objetivo. Diseñar y validar el material didáctico para una intervención educativa de enfermería en cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el hogar. Metodología. A partir de lo identificado por medio de la valoración de 3 elementos de poder de la agencia de autocuidado, el cumplimiento de los requisitos universales de autocuidado y de la autoeficacia percibida en 26 cuidadores primarios de personas con enfermedades crónicas no transmisibles provenientes de dos comunidades al oriente de la Ciudad de México se diseñaron 10 carteles como apoyo didáctico en una propuesta de intervención educativa de 5 sesiones para fortalecer la agencia de autocuidado. Se determinó que dicha agencia no se encuentra completamente desarrollada en los cuidadores. Se siguieron criterios para elaboración de materiales educativos y se realizaron pruebas de validez técnica según criterios de atracción, comprensión, involucramiento y aceptación, con la participación de cuatro expertos. Para su aceptación se determinó como punto de corte un índice de 0,7 o superior por criterio. Resultados. Las pruebas de validez mostraron índices superiores al punto de corte; se realizaron ajustes al material, de acuerdo a lo observado en el criterio de atracción derivado del jueceo de expertos. Conclusiones. Después ajustar elementos relacionados a la atracción que generaba, el material didáctico desarrollado fue considerado adecuado en los criterios de atracción, comprensión, involucramiento y aceptación.

Palabras clave: Cuidadores, educación en enfermería, educación en salud, estudios de validación.

Introducción

Los sistemas de salud en el mundo se enfrentan al reto que representa la gran demanda de atención sanitaria en la actualidad, particularmente por la alta prevalencia de

enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), el envejecimiento poblacional y la necesidad de cuidado en personas con discapacidades graves.

Solamente en el año 2014 cerca de 422 millones de personas vivían con Diabetes Mellitus en el mundo OMS (2016), un año más tarde se reportó que al menos 200 millones de personas habían superado la esperanza de vida saludable así como 110 millones de personas vivían con alguna discapacidad grave ILO (2018). Al mismo tiempo, las proyecciones que existen para 2030 prevén un aumento considerable en la prevalencia de las condiciones anteriores Mathers (2018). Si bien esto es un reto para gobiernos y sistemas de salud, hay un elemento de gran trascendencia que repercute en la atención cotidiana en las personas y que no debería quedar en segundo plano y este es el cuidado en el domicilio.

A pesar de que la mayor parte del cuidado en el mundo se proporciona en el hogar, el cuidado domiciliario en ocasiones se vuelve invisible, ya que es en su mayoría llevado a cabo por mujeres de manera informal y de forma no remunerada. Es posible que la razón por la que se subestima sea la naturaleza misma del cuidado, ya que al menos el 80% de éste implica realizar labores domésticas, y únicamente el 20% restante es en sí cuidado directo, es decir, prestar ayuda en la enfermedad, la discapacidad o la dificultad para realizar actividades de la vida diaria ILO (2018).

Frecuentemente son los miembros de la familia los que se convierten en cuidadores, este cambio puede ser gradual y casi imperceptible para el cuidador en ocasiones comenzando a cuidar en etapas preclínicas, o por otra parte puede iniciar el cuidado súbitamente, y en el caso de las condiciones anteriores, el cuidado puede prolongarse por décadas Centeno (2004). La motivación para el cuidado del familiar generalmente es altruista, la relación previa entre el cuidador y la persona a quien ahora se cuida es un aspecto importante que puede marcar una sustancial diferencia dependiendo de si esta relación ha sido positiva o negativa.

En México el cuidado en el domicilio es administrado por 286 mil cuidadores, en su mayoría del género femenino con edad alrededor de los 40 años, cuentan con estudios de

secundaria o inferiores, y poco más de la mitad de ellos no tienen pareja, el cuidado que proporcionan implica cerca de 40 horas semanales en la mayoría de los casos perciben entre uno y dos salarios mínimos. INEGI (2018).

Es así que las características personales de quien cuida, la naturaleza de la relación previa entre quien cuida y quien es cuidado, las necesidades de cuidado en el hogar (tanto directo como indirecto) y el tiempo que éste demanda generan un escenario complicado para llevar a cabo el cuidado particularmente en situaciones en las que este debe continuarse por un periodo prolongado como en (ECNT), en el cuidado en la vejez y la discapacidad grave.

Es frecuente que en estas condiciones, el cuidador primario experimente diversos problemas de salud tales como: estrés, agotamiento, nerviosismo, insomnio entre otros que en conjunto han sido descritos como cansancio del rol del cuidador NANDA (2012). Diversos trabajos, realizados por profesionales de la salud pretenden detectar, disminuir y prevenir estos problemas de salud que atraviesan los cuidadores, en este sentido, una de las metodologías más comunes para lograr tal fin es la investigación con intervención Salazar (2016).

Entre las intervenciones dirigidas al cuidador primario, la intervención educativa es comúnmente elegida por su bajo costo, relativa facilidad de implementación y versatilidad. Sin embargo es común encontrar en la literatura científica primero que buena parte de las (IE) se encamina a la mejoría de las habilidades del cuidador para cuidar, seguido de (IE) dirigidas a mejorar el conocimiento sobre la enfermedad, condición o padecimiento de las personas a quien cuidan. Es decir el cuidador es considerado parte del sistema de apoyo a la persona con necesidad de cuidado y no como una persona que en sí misma requiere cuidado.

En menor medida algunas (IE) presentan como objetivo la mejoría de la salud del cuidador entendida en diversas formas entre ellas, como la mejoría del cansancio, insomnio, estrés, desgaste físico, emocional o sobrecarga. Sánchez (2016) y Pérez (2017). Es

así que el objetivo si bien busca mejorar un aspecto trascendental en la vida de los cuidadores, en pocas (IE) se puede apreciar un objetivo preventivo, lo cual es de particular interés para fortalecer a quien cuida en el hogar, Velázquez, González y De la Peña (2019).

Por último, dentro de las publicaciones científicas sobre (IE) específicamente de enfermería frecuentemente no se detallan elementos relacionados con el desarrollo e implementación del material didáctico (MD) que se utiliza para reforzar la misma. Lo que da pauta a la reflexión: ¿El material implementado en las (IE) es el adecuado?

La razón de plantear lo anterior no es normar entre lo que se debe considerar positivo y lo que no, principalmente por que los autores del presente consideran que ser punitivos sin tener la oportunidad de retroalimentar es un ejercicio estéril. Es así que reflexionar sobre si el diseño de los (MD) y la posibilidad de que sean compatibles con la población (poblaciones) a quien estarán dirigidos permite considerar más de un punto de vista para su desarrollo.

Consideramos que en el desarrollo de MD se deben tener en cuenta una excelente valoración sobre las necesidades en salud de los cuidadores a quienes irán dirigidos, realizar un consenso entre personal de salud y cuidadores sobre los contenidos que se abordaran privilegiando las preferencias de los cuidadores y aspectos culturales (lo cual será de incalculable valor en el diseño), contar con criterios de validación técnica en el desarrollo de materiales didácticos, así como de un proceso de evaluación continua respecto a su efectividad (cuantitativa y cualitativa).

Trasparentar los procesos de diseño, validación e implementación de (MD) en las publicaciones científicas permite mejorar y disponer de un amplio abanico de alternativas tanto para ser implementadas, mejoradas o sustituidas. En el caso del presente (MD) dirigido a cuidadores primarios en el domicilio éste fue diseñado para ser el apoyo de una intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado. Autocuidado entendido como el cumplimiento de los requisitos universales alterados y el desarrollo de la agencia de autocuidado.

Los autores hemos asumido las siguientes premisas: El grado de desarrollo de la agencia de autocuidado, del cumplimiento óptimo de los requisitos universales de autocuidado y de la autoeficacia percibida por los cuidadores son claves para el logro y mantenimiento del autocuidado. La autoeficacia percibida es un buen indicador para el logro del objetivo de intervenciones educativas dirigidas al autocuidado.

Método

Diseño: Se trata de una investigación metodológica cuya finalidad fue el diseño y validación técnica del material didáctico de apoyo en una intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado de cuidadores primarios en su domicilio. Para el desarrollo del material didáctico se consideró la metodología planteada por (Martínez, Palmar & Pedraz en 2014), para el desarrollo de un proyecto de educación para la salud y para la elaboración de las sesiones educativas.

Población a la que está dirigida la intervención educativa: Veintiséis Cuidadores primarios mayores de edad en dos comunidades al oriente de la Ciudad de México que deseen participar voluntariamente y que dediquen al menos 1 hora a la semana para participar en la intervención. Cabe mencionar que los participantes cuidaban a personas con (ECNT), las cuales fueron atendidas por pasantes de enfermería del proyecto: Formación de Enfermeras en comunidad para enfermedades crónico degenerativas financiado por Fundación Río Arronte/UNAM clave 43226-22936-0-XI-15 durante tres años.

Para la elaboración del material didáctico se llevaron a cabo las siguientes 4 fases: Primera fase: valoración de las necesidades en salud y determinación de los contenidos. Se desarrolló y aplicó un cuestionario de aplicación dirigida por el profesional de enfermería, con 36 ítems sobre autocuidado y autoeficacia del cuidador compuesto por 3 dimensiones (el desarrollo de la agencia de autocuidado, de los requisitos universales y de la autoeficacia de los cuidadores primarios) el cual presentó buena consistencia interna, esto

a través de la prueba estadística de Alfa de Cronbach cuyo índice fue de 0.854. Tras la aplicación del instrumento se observaron las siguientes características en los cuidadores:

- La agencia de autocuidado se encuentra en desarrollo en la mayoría de los cuidadores (58%). (Particularmente en los aspectos relacionados a la administración de energía en el día a día, la búsqueda de información relacionada con el cuidado y las habilidades que fortalecen el autocuidado).
- Los requisitos universales de autocuidado se encuentran en desarrollo en la mayoría de los cuidadores (65%). (Principalmente en la promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo humano de ser normal).
- La autoeficacia percibida de los cuidadores primarios se encuentra desarrollada 14 (54%)¹

Con base en lo anterior, se eligió la temática a abordar en la (IE) y de la cual derivó (MD) que se evaluó, Toledo (1996) se optó por 5 sesiones educativas con duración planeada de 20 minutos con 2 láminas cada una. Los contenidos fueron los siguientes: El autocuidado. Una práctica para toda la vida; Fuentes de información para el autocuidado; Habilidades que fortalecen el autocuidado; Equilibrio del tiempo, pasatiempos bienestar y cuidado; La razón y beneficios del autocuidado.

Segunda fase: elaboración de material didáctico. Con base en los criterios de elaboración de material didáctico de (Guerra, Alva 2003) se crearon 10 carteles como apoyo para la (IE). Se consideró para su elaboración que los aspectos formales, de tamaño, color ilustraciones y tipo de letra se adecuaran a las características de los cuidadores. Para

¹ La determinación del desarrollo de la agencia de autocuidado, los requisitos universales de autocuidado y la autoeficacia percibida se llevó a cabo a partir de escalar el puntaje de las respuestas dadas por los cuidadores en el cuestionario administrado para tal fin. La escala estuvo compuesta por tres niveles: elemento poco desarrollado, elemento en desarrollo y elemento desarrollado.

el diseño de las ilustraciones se realizó una lista de personajes, situaciones y elementos visuales que se entregó a un diseñador gráfico para su elaboración. Los carteles que se elaboraron se diseñaron en el programa Microsoft Publisher 2013 con medidas de 90 cm horizontales y 120 cm verticales.

Tercera fase: jueceo y prueba de validez técnica. Se realizaron pruebas de validez técnica según criterios de atracción, comprensión, involucramiento y aceptación, con la participación de cuatro expertos de 3 unidades educativas de la UNAM, quienes cuentan con estudios de maestría y doctorado con experiencia en el área de la educación para la salud, educación en enfermería y/o el desarrollo de intervenciones educativas. El perfil de los expertos se muestra en la Tabla 1. Se proporcionó el (MD) en un cuadernillo engargolado con una escala de 1 a 4.21 (1:4.21) con instrucciones para que los expertos emitieran su juicio sobre el cumplimiento de los aspectos de atracción, comprensión, involucramiento y aceptación en modalidad dicotómica, así como un apartado para las observaciones que pudieran realizar.

Tabla 1. Perfil de los evaluadores

Evaluador	Sexo	Unidad	Formación doctoral	Línea de investigación
1	Femenino	FES* Iztacala	Administración	Educación en enfermería Evaluación educativa Cuidado de la vida y salud
2	Femenino	ENEO**	Enfermería y cultura de los cuidados	de la persona y Cuidado en las transiciones de la vida
3	Femenino	FES Zaragoza	Educación: Diagnóstico y Medida	Educación en enfermería
4	Masculino	FES Zaragoza	Ciencias de Enfermería	Cuidado a la vida y Salud de las personas

* FES: Facultad de Estudios Superiores, ** ENEO: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Como prueba de validez se sumó el total de respuestas por criterio y se dividió entre las posibles respuestas, éste índice tiene como puntuación máxima 1 y como mínima 0. Para su aceptación en esta investigación se determinó como punto de corte un índice de 0,7 o superior por criterio, es decir que para que uno de los criterios fuera valido debía aprobarse por al menos el 70% de los expertos. Lo anterior corresponde a la metodología seguida por Correa Tello en (2014) quien da cuenta de su uso común en otras investigaciones.

Tabla 2. Puntos de corte para el índice de evaluación por pregunta

Puntos de aceptación por pregunta	Índice obtenido
4	1.0
3	0.75
2	0.5
1	0.25
0	0

Tabla 3. Puntos de corte para el índice de evaluación por criterio

Puntos de aceptación por criterio	Índice obtenido
8	1.0
7	0.87
6	0.75
5	0.62
4	0.5
3	0.37
2	0.25
1	0.12
0	0

Fase cuatro: ajuste al material didáctico. Con base en las observaciones de los expertos se realizaron ajustes al contenido, distribución de las imágenes y colores en el

(MD). Consideraciones éticas: se realizó la invitación a participar en el proceso de validación a los expertos por medio de una carta escrita y firmada por los autores de la presente. La colaboración fue voluntaria y no se ejerció presión de ninguna naturaleza.²

Resultados

Las pruebas de validez mostraron índices superiores al punto de corte por pregunta en la mayoría de las láminas (Ver tabla 2). Así también en la evaluación de las láminas por criterio. No obstante destaca que la lámina 3 obtuvo un valor inferior al aceptado en los criterios de atracción-comprensión. Lo cual plantea la necesidad de rediseñarla, dado que fue considerado así consistentemente por los expertos. Las observaciones cualitativas en torno a las láminas 1, 4 y 6 se presentan en la Tabla 5, dichas observaciones se obtuvieron del recuadro de observaciones disponible para los expertos.

Tabla 3. Índice de aprobación por pregunta

Pregunta evaluada	Lamina 1	Lamina 2	Lamina 3	Lamina 4	Lamina 5	Lamina 6	Lamina 7	Lamina 8	Lamina 9	Lamina 10
1. ¿La lamina llamará la atención del cuidador?	0.75	1.0	0.5	0.75	1.0	1.0	1.0	0.75	1.0	0.75
2. ¿El diseño, formato y colores son adecuados para los contenidos?	0.75	0.75	0.5	0.5	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75
3. ¿Se entienden los	0.75	1.0	0.5	0.75	1.0	0.5	1.0	1.0	1.0	0.5

² Los detalles de elección y abordaje de los cuidadores, así como el envío del protocolo de investigación al comité de investigación para su revisión ética se detallan en la tesis de maestría titulada: Propuesta de una intervención educativa de enfermería para mejorar el autocuidado en cuidadores primarios en el domicilio.

contenidos y mensajes presentados en lamina											
4. ¿Considera que al leer los mensajes de la lámina éstos le quedarán claros al cuidador?	0.5*	1.0	0.5	0.75	0.5	0.75	0.75	1.0	1.0	1.0	
5. ¿Considera que los cuidadores se sentirán identificados con el mensaje de la lámina?	1.0	0.75	0.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	
6. ¿Considera que los mensajes de la lámina aplican al contexto del cuidador?	1.0	1.0	0.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	
7. ¿Considera que las recomendaciones dadas en la lámina son adecuadas para el cuidador?	0.75	1.0	0.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	
8. ¿Piensa que el cuidador aceptara el mensaje y los contenidos?	0.75	1.0	0.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	

*Se señala en negritas los ítems por lamina que no alcanzaron aprobación.

Tabla 4. Índice por criterio

Criterios evaluados	Lamina 1	Lamina 2	Lamina 3	Lamina 4	Lamina 5	Lamina 6	Lamina 7	Lamina 8	Lamina 9	Lamina 10
1. Atracción	0.75	0.87	0.5	0.62	0.87	0.87	0.87	0.75	0.87	0.75
2. Comprensión	0.62*	1.0	0.5	0.75	0.75	0.62	0.87	1.0	1.0	0.75
3. Involucramiento	1.0	0.87	0.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
4. Aceptación	0.75	1.0	0.75	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

*Se señala en negritas los ítems por lamina que no alcanzaron aprobación.

Tabla 5. Comentarios en torno a las láminas con baja aceptación*

Evaluador	Lamina 1	Lamina 4	Lamina 6
1.	<i>“El mensaje sale cortado en un recuadro”</i>	<i>Sin observaciones</i>	<i>Sin observaciones</i>
2.	<i>“El lenguaje utilizado puede ser muy complejo para los cuidadores”</i>	<i>“El color amarillo de fondo no es muy atractivo”</i>	<i>“Deberías reubicar las imágenes y los letreros para mayor claridad”</i>
3.	<i>Sin observaciones</i>	<i>Sin observaciones</i>	<i>“Usa imágenes diferentes” [Las imágenes presentadas son similares a las de otras laminas]</i>
4.	<i>“El entendimiento de la información depende del nivel académico del cuidador”</i>	<i>“Cambiar color de fondo y usar colores vivos”</i>	<i>“Agregar imágenes más llamativas”</i>

* No se presentan las observaciones en torno a la lámina 3 debido a que existió consenso en su reelaboración por parte de los expertos y los investigadores.

Conclusiones

Después ajustar elementos relacionados principalmente a la atracción y comprensión de las láminas, se consideró que es adecuado para su implementación en una (IE) dirigida a mejorar el autocuidado de cuidadores primarios, sin embargo el siguiente paso a seguir será la validación del (MD) por medio de un público similar al que le será aplicado.

Considerar las intervenciones educativas para la práctica como otra técnica, o procedimiento propio de la atención sanitaria es el punto de inflexión para su mejora, es decir, una vez que concebimos al acto educativo como un procedimiento de salud, surge la posibilidad y al mismo tiempo el compromiso de mejorar el desarrollo de las (IE). Lo anterior con el fin de poner a disposición de las personas con enfermedades y o necesidades en salud así como a sus cuidadores (tanto en el ámbito hospitalario como en el domiciliario, comunitario y otros más) el mejor tratamiento disponible, con un costo accesible y la mayor efectividad. Es así que el diseño, validación y mejora del material didáctico para las (IE) encuentra su relevancia.

Referencias

- Centeno SC. (2004) Cuidar a los que cuidan; qué y cómo hacerlo. Asociación para la formación continuada en ciencias de la salud y educación. Alcalá: Editorial: formación Alcalá.
- Guerra García, M., & Alva, M. (2003). Guía metodológica y video de validación de materiales informativos, educativos, comunicacionales. Lima: UNICEF.
- Herdman, T.H. (2012) NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier.

- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2018) “Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (adultos mayores)” México: INEGI.
- International Labour Office (2018) Care work and care jobs for the future of decent work– Ginebra: ILO.
- Martínez-González O, Palmar Santos AM, Pedraz- Marcos A. (2014) La metodología de un proyecto de educación para la salud. España: Elsevier.
- Mathers CD, Loncar D. (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 3(11):e442.
- Organización Mundial de la Salud. (2018) Informe mundial sobre la diabetes. Nota descriptiva OMS.
- Pérez RM, Álvarez GT, Javier ME, Valdivia CS, Borroto CI, Pedraza NH. (2017) El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. Cuba: Gaceta Médica Espirituana.
- Salazar MAM, Murcia PLM, Solano PJA. (2016) Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1997 – 2014. Colombia: Archivos de Medicina.
- Sánchez-Martínez RT, Molina-Cardona EM, Gómez-Ortega OR. (2016) Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. México: Rev Cuid.
- Toledo VHJ, Borroto CR, Libca FM, Núñez TC. (1996) Determinación de prioridades en salud con participación social. Ciudad de La Habana: Rev Cubana Med Gen Integr.
- Velázquez-Moreno E, González-Velázquez MS, De la Peña-León B. Soria Flores A. (2019) Calidad de las intervenciones educativas dirigidas al cuidador primario. Una revisión integradora. México (En prensa).

Adulto Mayor

ISBN: 978-607-27-1244-7

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 4

PERCEPCIÓN DE LA VEJEZ DE UNA POBLACIÓN DE 50 AÑOS O MÁS

Luz Elena Rodríguez Mejía*, Manuel Morales Salazar**, Alejandro Morales
Jinez*, Francisco Javier López Rincón*, Alicia Ugarte Esquivel*, Adriana
Cárdenas Cortés*, Carmen Adriana López Salas*

*Universidad Autónoma de Coahuila

**Universidad Autónoma de la Laguna

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio es analizar la percepción que tienen las personas de 50 años o más de edad sobre la vejez. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en una comunidad de Torreón Coahuila en la que participaron previa voluntariedad 115 personas de o mayores de 50 años de edad, el muestreo fue por conveniencia, el instrumento utilizado se diseñó en base a los referentes teóricos que

sustentan la investigación aplicándose previamente prueba piloto con un alfa de Cronbach de con resultado de .89. Se utilizó paquete estadístico Statistica para la prueba de análisis de frecuencias. Resultados: En el análisis descriptivo se observan en el límite superior, medias altas de los ítems “se quiere a sí mismo” (9.33), “la vida le ha dado experiencia” (9.31), “la vida le ha enseñado mucho” (9.29) y “declara gratitud hacia otros seres” (9.24), “se siente libre de decidir sobre su vida” (9.21), “se siente bien consigo mismo” (9.19) y “posee sabiduría por lo aprendido en la vida” (9.18). En el límite medio se distingue medias regulares de: “acepta que disminuye la flexibilidad corporal” (8.66), cree que, aunque esté jubilado puede hacer trabajos útiles” (8.61), “acepta que está disminuyendo la audición” (8.57), “acepta que la memoria disminuye” (8.54). En el límite inferior se advierten las medias más bajas de los ítems: “se traza metas alcanzables” (8.02), “su cuerpo se mantiene fuerte” (7.70) y “se mantiene sin malestares” (7.54). Conclusiones: La mayoría de la población participante perciben una alta perspectiva de la vejez en la dimensión valor de la vida, lo que contribuye a mantener una autopercepción positiva de la vejez, además la percepción de autonomía en la toma de decisiones y experiencia que se traduce en sapiencia de la vida. De manera regular, las personas aceptan los cambios físicos propios de la vejez, así como el cese de trabajo activo, no así en las expectativas de la vida, pues pocos perciben una visión global hacia el futuro de lo que hay que hacer y la convicción de mantener la fortaleza de su cuerpo y sin presentar malestares.

Palabras clave: Percepción, vejez, población de 50 años o más.

Introducción

La sociedad en general frecuentemente supone que la vejez es una etapa de las personas en que son frágiles o dependientes, por lo tanto una carga (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). La vejez es el resultado de una población que atraviesa

los 60 años de edad y que por la disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad tiene como efecto que la población llegue a edades que antes resultaba difícil y que en la actualidad aumenta la esperanza de vida, dado a los avances en el factor salud y descubrimientos para el cuidado de padecimientos, además que desde edad temprana es frecuente una vida saludable y atención oportuna de enfermedades (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2017).

En 2017, se calculó que el 13% de la población mundial eran personas de 60 años o más, o sea, 962 millones, con un crecimiento anual o tasa del 3 %. La región europea es la región con más personas mayores, aproximadamente un 25%. Esa vejez de la población también llegará a otras partes del mundo para 2050. Se estima que para 2030, habrá 1400 millones de personas mayores en el mundo (ONU, 2018). Así mismo la población de América Latina y el Caribe se prevé un crecimiento acelerado similar al proyectado a nivel mundial (Aranco, Stampini, Ibararán y Medellín, 2018).

En México, el CONAPO proyecta que para 2050 la población de adultos mayores será de 21.5 % a diferencia del 2015 que fluctuaba en el 10 % (Denisse, 2015); por ende, la implementación de políticas de salud y los avances en el desarrollo socioeconómico han contribuido al envejecimiento de la población que dispone un desafío para la sociedad que debe adaptarse a la preservación de la salud física, su participación social y su seguridad de las personas mayores (Instituto Nacional de las Mujeres [INM], s.f.).

Existe un gran número de teorías que explican el fenómeno del envejecimiento entre las cuales se destacan la teoría del envejecimiento programado que define que los organismos envejecen de acuerdo a un patrón de proceso regulado ya determinado de cada órgano comprendido. Para la teoría del desgaste natural se produce el envejecimiento por el uso continuo del cuerpo (Leitón, 2010).

La teoría psicosocial de Erikson explica el desarrollo de la personalidad, desde que la persona nace hasta que muere y la clasifica en ocho etapas a través de las cuales se desenvuelve en estados determinados que lo hará sentirsepreciado e identificado acorde

a su edad y en la cual debe ubicarse. La octava y última etapa es la de la vejez, es la integración del yo/desesperación, y consiste valorar la vida y practicar la renuncia, prudencia y sabiduría, para superar este trance debe trabajar con su yo interno sin derrumbarse por acercarse a la muerte y se prepara para ello, se produce así lo que Erikson llama participación positiva de la vida en el estado actual (Leitón, 2010).

Peck (1955-1968) en su *teoría* no admite el desarrollo a la edad cronológica como lo describe Erikson sino a las circunstancias que se viven pues con ellas se transforma la conducta y considera que en la etapa de la vejez deben quedar resueltas las siguientes dificultades: diferenciación del ego frente a la inquietud del rol laboral, la gente valora a las personas por su rol profesional, entonces al jubilarse la persona podría sentirse en duda su valía y aceptación, por eso es cabal buscar otros aspectos de mayor estimación que el trabajo que tenía (Leitón, 2010).

La teoría de la autodeterminación establece que existen insuficiencias psicológicas primordiales como la autonomía, competencia y relación con otros, que cuando están presentes producen bienestar, desarrollo y un buen envejecimiento y que va la par del medio ambiente sociocultural. La teoría estipula que hay una motivación intrínseca para cubrir estas insuficiencias, pero, están ligados a factores interpersonales, por lo que muchos procederes son extrínsecamente motivados (Aguerre, Bouffard, 2008).

Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Medellín (2009) consideran que la vejez es el resultado de un proceso del envejecimiento y también producto; otro aporte es que la vejez es una situación en que la persona presenta una serie de cambios psicosociales y físicos en función de su cultura concluyendo que es una vejez social; la vejez no es una fase de desarrollo, el tiempo de vida es relativo, no solo por los cambios biológicos sino por las percepciones que se le adjudiquen, en cada persona se presenta de manera distinta y; la vejez tiene alcances psicosociales y biológicas y que lo colocan en un situación en base a los cambios culturales y tecnológicos de la sociedad en la que pertenece.

En el proceso de envejecimiento, el conocimiento que se tenga sobre la vejez influye en cómo enfrentarla, la percepción es un proceso cognoscitivo en la que el sujeto se forma una imagen de la existencia, producto de la información de su entorno y que implica los sentidos. Las percepciones, criterios, acciones, modificaciones y sensaciones determinan las interacciones y manifestaciones que estos puedan tener ante sucesos particulares. La percepción descifra esas sensaciones dándole un significado al hecho (Alonso et. Cols, 2010).

Los profesionales de la salud deben considerar la percepción de los adultos y adultos mayores que tienen sobre la vejez y generar programas de salud que comprendan respuestas para un envejecimiento exitoso entendida como tener confianza en sí mismo en hacer frente a situaciones potenciales que les permitan evitar las enfermedades y el mantenimiento de las funciones físicas y cognitivas y participación en actividades sociales y productivas, razón por lo que se realiza este estudio con el propósito de analizar la percepción que tienen las personas de 50 años o más de edad sobre la vejez.

Método

El diseño del estudio fue descriptivo, de corte transversal. La población seleccionada pertenece a una comunidad de Torreón Coahuila, la muestra consistió en 115 personas de 50 años o más de edad que participaron de manera voluntaria a través de consentimiento informado, el muestreo fue por conveniencia.

El instrumento utilizado se diseñó en base a los referentes teóricos que sustentan esta investigación y consta de ficha de recogida de datos que colectan la edad, el género, estado civil, la ocupación, la escolaridad y además si padece o no enfermedades, las variables ordinales que miden la percepción de la vejez dimensionan las percepciones de los cambios físicos en la vejez, el valor de la vida, la autonomía y la motivación fueron constituidas por 14 ítems con una escala de Likert del 0 al 10 que según Bisquerra y Pérez (2015), es un tipo de escala que se propone como alternativa pues aumentan las opciones

de respuesta y por ende aumenta la sensibilidad y en la cual el 0 se considera respuesta negativa (no) y el 10 es positivo (sí) y sus números intermediarios es una aproximación.

Para comprobar la confiabilidad del instrumento se aplicó prueba piloto, se midió la fiabilidad con el coeficiente alpha de Cronbach, que según Quero (2010) no debe ser menor a 0.8 y que el resultado fue de .89. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico Statistica v. 7, se efectuó estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes; medidas de tendencia central: media, mediana y; medidas de dispersión: desviación estándar.

Resultados

Al analizar las características sociodemográficas se observó que el promedio de edad fue de 63 años de los cuales el 34.78 % corresponde al grupo de 50 a 59 años y el 65.22 % al grupo de 60 años a más edad, en el género predominó en un 56.52% el grupo de mujeres. En la tabla 1 se puede distinguir que con respecto al estado civil prevaleció el ser casado (67.8%); en cuanto a la ocupación sobresalió ser ama de casa (42.6%); y en la escolaridad destacó la primaria (44.3%).

Tabla 1. Características sociodemográficas

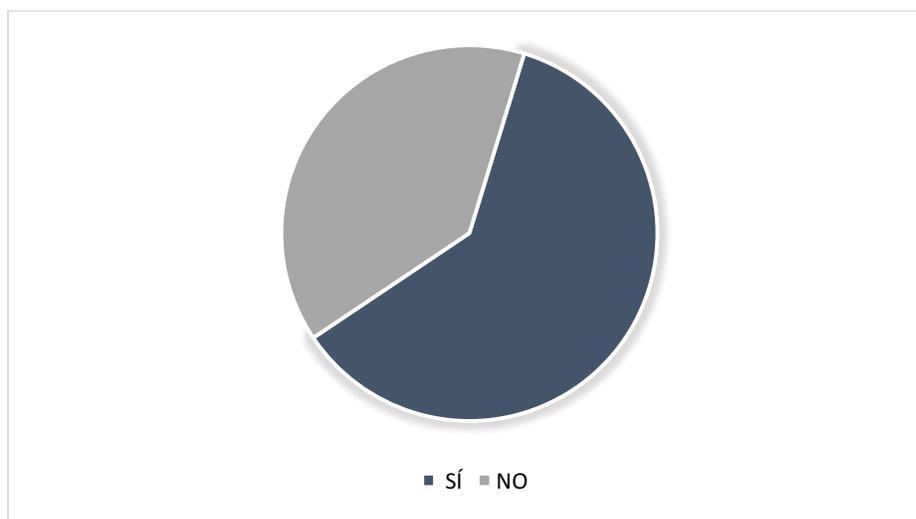
Variables	Categoría	f	%
Nominales			
Estado civil	Casado	78	67.8
	Separado/divorciado	12	10.4
	Viudo	15	13.0
	Soltero	10	8.6
Ocupación	Ama de casa	49	42.6
	Empleado	33	28.7

	Jubilado	15	13
	Pensionado	13	11.3
	Desempleado	5	4.3
Escolaridad	Primaria	51	44.3
	Secundaria	41	35.6
	Preparatoria	9	7.8
	Universidad	14	12.1

Nota: f = frecuencia, % =por ciento

En la figura 1 se puede observar que el 60.8 % de los participantes manifestaron sí padecer por lo menos una enfermedad, mientras que el 37.13 % refirieron no contar con enfermedades.

Figura 1. Padece alguna enfermedad



En el análisis descriptivo de la percepción de la vejez, se examinó cada una de las variables ordinales, la técnica es la distribución de frecuencias (Ávila, 2006) en la que se determinan el límite superior, que son las medias de las variables más altas, por lo que son percepciones positivas de los participantes de este estudio, el límite medio delimita las variables regulares que los sujetos consideraron dentro de lo “normal” y también arroja las medias más bajas de las variables o límite inferior, por lo que resultan percepciones negativas de algunos aspectos (tabla 2).

Tabla 2. Percepción de la vejez

Variables ordinales	\bar{X}	Mínimo	Máximo	DE
Límite superior				
Se quiere a sí mismo	9.33	3	10	1.72
La vida le ha dado experiencia	9.31	4	10	1.27
La vida le ha enseñado mucho	9.29	2	10	1.35
Declara gratitud hacia otros seres	9.24	5	10	1.08
Se siente libre de decidir sobre su vida	9.21	0	10	1.47
Se siente bien consigo mismo	9.19	0	10	1.77
Posee sabiduría por lo aprendido en la vida	9.18	2	10	1.41
Límite medio				
Acepta que disminuye la flexibilidad corporal	8.66	0	10	1.97
Cree que aunque esté jubilado puede hacer trabajos útiles	8.61	0	10	2.44

Acepta que está disminuyendo la audición	8.57	0	10	2.16
Acepta que la memoria disminuye	8.54	0	10	2.14
<hr/>				
Límite inferior				
<hr/>				
Se traza metas alcanzables	8.02	0	10	2.51
Su cuerpo se mantiene fuerte	7.70	0	10	2.52
Se mantiene sin malestares	7.54	0	10	2.65
<hr/>				
Nota: \bar{x} = media, DE= desviación estándar				

Conclusiones

Los resultados de esta investigación reflejaron que la mayoría de la población participante perciben una alta perspectiva de la vejez en la dimensión valor de la vida, puesto que reconocen haber adquirido conocimiento y experiencia en el trayecto, condición aunada a mantener una autoestima elevada y a la vez ser agradecido con otros seres con los que se han relacionado, lo que indica poseer una autopercepción positiva de la vejez.

Conjuntamente la percepción de autonomía en la toma de decisiones y experiencia que se traduce en sapiencia de la vida, actitudes, que Sánchez (2004) señala como autopercepción positiva de la vejez, destacando que percibirla ocasionará más supervivencia independientemente de que sean hombres y mujeres, la edad, el estado económico, la independencia funcional y aún si manifiesta problemas de soledad.

De manera regular, las personas aceptan los cambios físicos propios de la vejez, así como el cese del o trabajo activo, situaciones que no les afectan. Giuliani, Corina y Pérez (2015), que realizaron un estudio donde adultos mayores se establecieron metas personales centradas en aspectos de la vida personal, como los nexos familiares y el aprovechamiento de tiempo libre a diferencia de este estudio en la que mostraron poco

interés en las expectativas de la vida, pues pocos perciben una visión global hacia el futuro de lo que hay que hacer y la convicción de mantener la fortaleza de su cuerpo y sin presentar malestares.

Referencias

- Aguerre C., Bouffard L. (2008) Envejecimiento Exitoso: Teorías, Investigaciones y Aplicaciones Clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana Gerontológica y Geriátrica* Vol. 22 No. 2. ISSN:0122-6916.
- Alonso P. L., Ríos A., Caro P. S., Maldonado A., Campo L., Quiñonez D. & Zapata Y. (2010) Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, vol. 26, núm. 2, julio-diciembre, pp. 250-259. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.
- Aranco, N., Stampini M., Ibararán P. & Medellín N. (2018) *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. (Resumen de Políticas n° IDB-PB-273) Recuperado en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8757/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF?sequence=3>
- Ávila, H.L. (2006) *Introducción a la metodología de la investigación* Edición electrónica. Texto completo en www.eumed.net/libros/2006c/203/
- Bisquerra, R. y Pérez-Escoda, N. (2015). ¿Pueden las escalas Likert aumentar en sensibilidad? *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 8 (2), 129-147. DOI: 10.1344/reire2015.8.2.828 Recuperado el 24 de junio: https://www.researchgate.net/publication/280310402_Pueden_las_escalas_Likert_aumentar_en_sensibilidad

Consejo Nacional de la Población (2017) *Envejecimiento en México*. Tomado de <https://www.gob.mx/conapo/articulos/envejecimiento-en-mexico> 14 de noviembre de 2018

Denisse G. K. (2015) *Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas*. La situación demográfica en México Recuperado de: <http://coespo.qroo.gob.mx/Descargas/doc/15%20ENVEJECIMIENTO%20POBLACIONAL/ENVEJECIMIENTO%20DEMOGR%C3%81FICO%20EN%20M%C3%89XICO.pdf>

Giuliani, M. F., Soliveres, C., & Perez, L. (2015). El papel de las metas vitales en el envejecimiento satisfactorio. *Revista Kairós Gerontología*, 18(N.º Especial 20, Temático: "Aspectos positivos en la vejez. Cuestiones teóricas"), pp.121-132. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Leitón Z. (2010) *El cuidado singular en el Proceso del Envejecimiento y la Vejez*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Enfermería, Trujillo Perú.

Organización Mundial de la Salud (2015) *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Número de referencia OMS: WHO/FWC/ALC/15.01 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=3C3E6AA9B1CA2AD5225C8B63940FF085?sequence=1

Quero, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos*, 12 (2), 248-252. Recuperado en junio 2019 de: <http://www.redalyc.org/pdf/993/99315569010.pdf>

Ramos E.J., Meza C. A., Maldonado H.I., Ortega M. M., Hernández P. T (2009) Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11. Octubre-diciembre Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf

Sánchez P. S. (2004) *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Tesis doctoral. Universidad de

Málaga. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Recuperado en:
<https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2667/16704046.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 5

VALORACIÓN DEL NIVEL DE COGNICIÓN Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES POR ENFERMERÍA

Alma Rosa Quiroz Guerra*, Laura Alemán de la Torre*, Susana Facio
Arciniega*, Adriana Mayela Cárdenas Cortés*, Irma Andrade Valles*, Carmen
Adriana López Salas*

*Universidad Autónoma de Coahuila,

Escuela de Licenciatura en Enfermería, Unidad Torreón

Resumen

Introducción: En México el envejecimiento de la población establece un reto importante para dar cumplimiento al Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el

envejecimiento y el envejecimiento activo; un marco político, aprobado en la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2002, en el cual una de las acciones es fomentar la salud y el bienestar en la vejez, por ello es primordial la detección temprana del deterioro cognitivo y el nivel de depresión en las personas Adultos Mayores [AM] e identificar tempranamente alteraciones factibles de corregir por medio de la interacción e intervención de enfermería para modificar la realidad interna y externa que propicien los cambios para mantener la integridad como respuesta única para la conservación como lo establece el Modelo de Conservación de Levine. Objetivo: Valorar el nivel de cognición y el nivel de depresión de las personas AM, en una muestra de la población de la Ciudad de Torreón, Coahuila. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con una muestra por conveniencia de 52 participantes, con apego a las consideraciones éticas de la Dirección General de Salud; para evaluar el nivel cognitivo se utilizó Mini Mental [MMST35] y la escala de Depresión Geriátrica abreviada de Yesavage [EDG] para evaluar el nivel de depresión. El análisis de datos se realizó con paquete estadístico de SPSS versión 20 para Windows. Resultados: El 65% de la muestra estudiada se encuentran sin deterioro cognitivo, el 29% con deterioro leve, el 4% con deterioro moderado y el 2% con deterioro grave, el área más afectada es la memoria y la concentración, así como el 44% sin depresión, 56% con depresión, el 63% considera que otras personas están mejor, seguido de un 52% consideran tener problemas de la memoria y el 48% prefieren quedarse en casa sin salir. Conclusión: En ambos instrumentos el resultado concordó en la afectación de la memoria, la valoración de la cognición y de la depresión permite identificar con oportunidad alteraciones factibles de atender con intervenciones de enfermería para conservar la integridad personal que se reflejara en mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: Personas mayores, Cognición, Depresión, Rol de las enfermeras.

Introducción

De acuerdo con la OMS (2018), el envejecimiento fisiológico es la consecuencia del daño a lo largo del tiempo a las estructuras celulares, que llevan a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, así como la interacción de estos factores internos con los externos teniendo un efecto muy relativo encontrándose Adultos mayores [AM] saludables sin riesgo alguno o bien frágiles con consecuencias graves para ellos mismos, su familia y la comunidad (Acevedo, Trujillo & López, 2012).

El envejecimiento de la población a nivel mundial es una realidad ya que entre el 2015 y el 2020 el porcentaje de mayores de 60 años se duplicará pasando del 12% al 22% (OMS, 2018), en México el índice de envejecimiento es del 27.52% y en Coahuila del 27.16% incrementándose para el 2020 aproximadamente en un 2% y para el 2030 en un 16% Consejo Nacional de Población (2017). Benavides (2017), refiere una prevalencia de deterioro cognitivo de un 3.8% a un 6.3% en un estudio realizado en Latinoamérica en el que está incluido México.

En 2002 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y el Envejecimiento activo: un marco político y una de sus acciones es el fomento de la salud y bienestar en la vejez (OMS, 2015), por ello es primordial la detección temprana del deterioro cognitivo y el estado emocional en los AM, al identificar alguna alteración establecer la interacción e intervención de estimulación cognitiva que permita conservar o mejorar la cognición, sustentada en la plasticidad cerebral y reserva cognitiva (Villalobos & Espert, 2014; Rodríguez, Zas, Silva, Sanchoyerto & Cervantes, 2017).

En tanto Villalba y Espert (2014) y la OMS (2018), mencionan que el deterioro de la cognición del AM genera dependencia afectando el estado emocional, propiciando la frustración, baja autoestima y depresión, por otra parte la estimulación cognitiva se enfoca en trabajar las capacidades que aún se conservan y no en las que se han perdido, teniendo en cuenta el proceso de enlentecimiento y propiciar nuevos procesos de redundancia

contribuyendo a mejorar la cognición, el estado emocional, disminuyendo o eliminando la depresión y favoreciendo la autonomía.

De acuerdo con el Modelo de Conservación de Myra Estrin Levine que contempla tres conceptos principales; integridad, adaptación y conservación, atribuyendo el proceso de envejecimiento a la ausencia de redundancia en los procesos fisiológicos y psicológicos. La propiedad de redundancia asegura la adaptación de tal manera que la interacción e intervención de enfermería para modificar la realidad interna y externa favorecen los procesos de cambio para mantener la integridad como respuesta única en las personas que les permite el autocuidado y por consiguiente la conservación de la autonomía e independencia (Marriner & Raile, 2014). Por tanto, es relevante que la enfermera valore la cognición y el nivel de depresión del AM y a partir del resultado de la valoración establezca intervenciones para lograr la integridad, la adaptación y conservación de los AM. Objetivo: Valorar el nivel de cognición y el nivel de depresión de las personas AM en una muestra en la población urbana de la Ciudad de Torreón, Coahuila.

Método

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2014), realizado en el municipio de Torreón del Estado de Coahuila de Zaragoza, México, en tres comedores del Gobierno del Estado. Uno ubicado en el centro, otro en el área norponiente y el tercero al suroriente de la ciudad, con una muestra por conveniencia (Hernández, Fernández & Baptista, 2014) de 52 personas AM de 60 años o más que se perciban como sanas y acepten participar en el estudio, con apego a las consideraciones éticas de la Dirección General de Salud de la reglamentación de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2006).

Para la valoración del nivel de cognición se utilizó el instrumento de Mini Mental examen cognitivo (MMST 35), desarrollado por Folstein y validado en castellano por Lobo (Folstein, McHugh & Fanjiang. Adaptación española de Lobo & Cols, 1978), con una

puntuación máxima de 35 puntos. El punto de corte es 24 puntos sin deterioro cognitivo, de 23 a 19 puntos con deterioro cognitivo leve, de 18 a 14 deterioro cognitivo moderado y menor 14 puntos deterioro cognitivo grave (Llamas, Llorente, Contador & Bermejo, 2015; IMSS 2018; Stimulus, 2019).

Para valorar el nivel de depresión se empleó la Escala de Depresión Geriátrica abreviada de Yesavage (EDG) D'Hyver, 2018; IMSS, 2018), con 15 ítems de respuesta dicotómica sí/no administrado y auto administrado, la puntuación mínima es de 0, los puntos de corte son; de 0 a 5 puntos si depresión, de 6 a 9 puntos con probable depresión y mayor a 9 puntos como depresión establecida. El análisis de los datos se realizó con paquete estadístico de SPSS versión 20 para Windows, con estadística descriptiva en valores absolutos y relativos.

Resultados

La caracterización de la muestra, Tabla 1 de un total de 52 PAM el rango de edad fue de 60 a 86 años, con una media de 70 años; en la distribución por género la diferencia solo fue de 2 personas prevaleciendo los hombres; el 100% de los participantes saben leer y escribir y asistieron a la escuela de los cuales, el 56% cursaron de 1 a 3 años de estudios, el 21% de 4 a 6 años de estudios, lo que correspondería a terminar la primaria, solo el 10% tiene hasta 9 años de estudio lo correspondiente a secundaria terminada o una carrera técnica y el 13% de 10 o más años cursados.

Tabla 1. Género, edad y escolaridad

Características		Frecuencia	%
Género	Hombre	27	52
	Mujer	25	48

	60 a 64 años	13	25
	65 a 69 años	13	25
Edad por quinquenio	70 a 74 años	15	29
	75 a 79 años	9	17
	80 a 84 años	1	2
	85 a 89 años	1	2
	1 a 3 años	29	56
Escolaridad por años cursados	4 a 6 años	11	21
	7 a 9 años	5	10
	10 o más años	7	13
Sabe leer y escribir	SI	52	100
	NO	0	0
			n= 52

En cuanto al nivel de cognición, el 65% correspondiente a 34 PAM no tienen deterioro cognitivo prevaleciendo los hombres con un 38%; del 35% restante (15 personas) tienen deterioro cognitivo leve en él prevalecen las mujeres con un 19%, en cuanto al deterioro cognitivo moderado es el 4% con el mismo número de PAM en ambos géneros, solo una persona de género masculino se encontró con un deterioro cognitivo grave, Tabla 2.

En relación con los resultados encontrados acerca de la depresión, 22 PAM correspondiente al 44% no presentan depresión siendo mayormente los hombres con un

29%; el 44% presentan depresión leve de los cuales el 25% son mujeres y el 12% presentan la depresión establecida de los cuales 4 son mujeres correspondiendo al 8%, Tabla 2.

Tabla 2. Interpretación de los instrumentos por género

Instrumento	Interpretación	Hombre		Mujer	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
MMST 35	Sin deterioro cognitivo	20	38	14	27
	Deterioro cognitivo leve	5	10	10	19
	Deterioro cognitivo moderado	1	2	1	2
	Deterioro cognitivo grave	1	2	0	0
EDG	Sin depresión	15	29	8	15
	Depresión leve	10	19	13	25
	Depresión establecida	2	4	4	8

Ahora bien, se observa que el área más afectada en cuanto a la cognición es la memoria con un 39%, siguiendo la de concentración con un 56%, la menos afectada es la fijación con un 98% Tabla 3.

Tabla 3. Resultados de MMST 35 por áreas

Valor máximo	Ítems	Frecuencia	%
10	Orientación	434	84

3	Fijación	152	98
8	Concentración	231	56
3	Memoria	61	39
11	Lenguaje y construcción	443	78

En relación con la depresión en cuanto a los aspectos positivos fluctúan de un 24% a un 8%, el que crean que es maravilloso estar vivo solo tiene un 8% que corresponde a 4 PAM, seguido de un 13% referente a sentirse satisfecho con la vida, los aspectos negativos fluctúan de un 21% al 63% el cual corresponde a que consideran que otras personas en general están mejores, seguido con un 52% en cuanto a que consideran tener problemas con la memoria y con un 48% el que prefieren quedarse en casa a salir, la que tiene un menor porcentaje con un 21% corresponde que le cuesta iniciar nuevos proyectos, Tabla 4.

Tabla 4. Resultados de EDG por ítems

Ítem positivos	Frecuencia	%
1 ¿Está satisfecho/a con su vida?	7	13
5 ¿Tiene a menudo buen ánimo?	11	21
7 ¿Se siente feliz muchas veces?	11	21
11 ¿Piensa que es maravilloso vivir?	4	8
13 ¿Se siente lleno/a de energía?	12	24
Ítem negativos		
2 ¿Ha renunciado a muchas actividades?	25	48

		66	
3	¿Siente que su vida está vacía?	18	35
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	24	46
6	¿Teme que algo malo le pase?	23	44
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	23	44
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	25	48
10	¿Cree tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	27	52
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	11	21
14	¿Siente que su situación es desesperada?	18	35
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	33	63
Valor máximo por ítem 1			n=52

Conclusiones

En cuanto al deterioro cognitivo la prevalencia encontrada es mayor de las personas que no tiene deterioro cognitivo al igual que lo que refiere Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez y Vázquez que identificaron un resultado de un 58% sin deterioro cognitivo y Leite, Castioni, Kirchner y Hildebrandt con 62% sin deterioro cognitivo en ambos estudios se empleó el mismo instrumento a diferencia de García, Moya y Quijano que no encontraron deterioro cognitivo en la muestra de estudio en el cual emplearon el test Neuropsi, probablemente la razón de este resultado es que establecieron como requisito de inclusión una puntuación igual o mayor a 23 puntos en MMSE, y que están integrados a grupos de tercera edad.

Con relación al nivel de depresión es opuesto al deterioro cognitivo la prevalencia es mayor con un 56% de los cuales el 44% están en depresión leve y el 12% con depresión

establecida, al igual que lo reportado por Durán, et al., que refiere un 60% con depresión en el que el 35% están en depresión leve y 25% con depresión establecida, en tanto Ruiz de Chávez, Zegbe, Sánchez y Castañeda encontraron en la muestra de estudio solo el 29% tienen depresión en tanto Flores, Ramírez y Trejo encontraron que el 45% de la muestra de estudio tienen depresión.

Ante este panorama y acorde al Modelo de Myra Estrin Levine la interacción e intervención de enfermería para modificar la realidad interna y externa que favorezca los procesos de cambio para mantener la integridad se considerará el resultado de la valoración de nivel de cognición y de la depresión en cuanto a la respuesta por los ítems en relación a nivel de cognición se requiere establecer la intervención de enfermería de estimulación cognitiva de la totalidad de las áreas enfatizando en aquellas que tienen mayor afectación, en cuanto a la depresión la acentuación del cuidado será en los aspectos negativos que se contesten afirmativamente.

En ambos instrumentos el resultado concordó en la afectación a la memoria razón por la cual debiera ser una prioridad de intervención de enfermería. La valoración de la cognición y la depresión en los usuarios nos permite identificar de forma oportuna las alteraciones que sea factible de atender con intervenciones de enfermería para favorecer la conservación de la integridad personal que se vería reflejada en una calidad de vida.

Referencias

- Acevedo, A.J., Trujillo, P.A., López, S.M. (2012). *Envejeciendo dignamente una mirada hacia la vida del Adulto mayor*. Primera edición. Universidad Autónoma de Coahuila. Editorial Plaza y Valdez México, D.F.
- Benavides, C.C. (2017). Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología Vol. 40*. No. 2 Abril-Junio. pp 107-112
- BIREME / OPS / OMS. (2017). Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS. Sao Paulo. Recuperado de <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>

- Cámara de Diputados del Halmaquirozguerra@uadec.edu.mxonorable Congreso de la Unión. (2006). Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. Última reforma 11-05-2018. México. D. F. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_110518.pdf
- Consejo Nacional de Población. (2017). Indicadores de la población de 60 años y más estimados con información de las proyecciones de la población, 1990-2030. Estimaciones del CONAPO, Base de Datos, Estimaciones de la población por entidad federativa, 1990-2009 y Proyecciones de población por entidad federativa 2010-2050. Recuperado de <https://www.gob.mx/conapo/es/articulos/envejecimiento-en-mexico?idiom=es>
- D'Hyver, D.C. (2018) Valoración geriátrica integral. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. pp 30-54 Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un173h.pdf>
- Duran, B.T., Aguilar, M.L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G. y Vázquez L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbana marginal. *Enfermería Universitaria*. Vol. 10 No. 2 Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-depresion-funcion-cognitiva-adultos-mayores-S1665706313726277>
- Flores, P.L., Ramírez, M.F. y Trejo, F.J. (2016) Depresión en adultos mayores con pobreza extrema pertenecientes a un programa social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Gaceta Médica de México*. pp 439-443 Recuperado de https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM_152_2016_4_439-443.pdf
- García, M.M., Moya, P.L. y Quijano, M.C. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a guupos de la tercera edad. *Acta Neurológica Colombiana*. Pp 398-403. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n4/v31n4a07.pdf>
- Hernández, S.R., Fernández, C.C. y Baptista, L.P. (2014). *Metodología de la investigación*. sexta edición. McGraw-Hill Interamericana Editorial, S.A. de C.V. México.
- IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). Guía de Práctica Clínica Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica. IMSS-190-18. División de Excelencia

- Clínica. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. México, D.F. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/190GER.pdf>
- Leite, M.T., Castioni, D., Kirchner, R.M. y Hildenrandt, L.M. (2015). Capacidad Funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residents en una comunidad en el sur de Brasil. *Enfermería Global* No. 37. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/clinica1.pdf>
- Llamas, V.S., Llorenta, A.L., Contador, I. y Bermejo, P.F. (2015). Versiones en español de minimental state examinación (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *www.neurología.com Rev Neurol Vol. 61 (8)*. Pp 363-371. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/283842742_Spanish_versions_of_the_Minimental_State_Examination_MMSE_Questions_for_their_use_in_clinical_practice
- Marriner, A., Raile, M. (2014). *Modelos y Teorías de enfermería*. 8ª Edición. Elsevier Mosby. Barcelona, España.
- OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra Suiza. Recuperado de http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf
- OMS. (2018). Envejecimiento y salud. Ginebra Suiza. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Rodríguez, R.J., Zas, T.V., Silva, J.E., Sanchoyerto, L.R. y Cervantes, R.M. (2017). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud Vol. 9(1)*. pp 35-41. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2014/pcs141f.pdf>
- Ruiz de Chavez, R.D., Zegbe, J.A., Sánchez M.F. y Castañeda, I.M.(2014). Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. *Revista de educación y desarrollo*. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf
- Stimulus, (2019), Mini Examen Cognitivo de Lobo (MEC). Recuperado de <https://stimuluspro.com/blog/mini-examen-cognoscitivo-de-lobo>

Villalba, A.S., Espert, T.R. (2014). Estimulación Cognitiva: Una Revisión Neuropsicológica. *THERAPEÍA* Vol. 6 pp. 73-93. Recuperado de <http://gamisolution.es/wp-content/uploads/2016/06/Dialnet-EstimulacionCognitivaUnaRevisionNeuropsicologica-5149523.pdf>

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 6

SOBRECARGA, APOYO SOCIAL Y AUTOCUIDADO EN CUIDADORES INFORMALES DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Emma Yazmin Ojeda Huitron*, Selena Monserrat Cardona Torres*, Ana Victoria
Hernández Cruz*, María de los Ángeles Villareal Reyna*, María Magdalena
Delabra Salinas*, Alejandra Leija Mendoza*

*Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo, Universidad Autónoma
de Coahuila

Resumen

Objetivo: Conocer la relación del nivel de sobrecarga, percepción de apoyo social y autocuidado, en Cuidadores Informales (CI) de Personas Adultas Mayores (PAM) con Enfermedades crónicas (EC) residentes de Saltillo Coahuila y su área metropolitana.

Metodología: Diseño descriptivo correlacional. La muestra fue integrada por 150 CI de PAM con EC, seleccionados por conveniencia. Se recolectaron datos sociodemográficos y de salud y las valoraciones realizadas con tres instrumentos: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, Escala de Apoyo Social para Cuidadores Familiares de Adultos Mayores Mexicanos (EAP/CFAM) y la Escala de Apreciación de Autocuidado (ASA). El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS V23. Resultados: Los resultados indican que los CI, en su mayoría, fueron mujeres (79.3%), casadas (68%), amas de casa (56 %), hijas (57.3%); con un ingreso mensual familiar promedio fue de \$6.539.00; el 61.3% de los CI participantes en el estudio reportan carga de leve a intensa; más de la mitad percibió que no recibe apoyo social (material 52.7%; práctico 64.7%; emocional 61.3%; de orientación 64%) y el 50% indica falta de autocuidado. Los resultados del análisis correlacional muestran que los CI de PAM con EC de mayor edad reportan menor escolaridad ($r = -.333$; $p = >.001$), cuentan con un mayor número de hijos, ($r = .337$; $p = >.001$), mayor tiempo de ser cuidador ($r = .064$; $p = .45$), pasan más horas otorgando cuidados ($r = .423$; $p = >.001$) y confieren una calificación baja a su estado de salud ($r = -.410$; $p = >.001$). Sin embargo, son las que perciben mayor apoyo social ($r = .176$; $p = .031$). Destaca que los CI que reportan tener más hijos y los que perciben mayor apoyo social, reportan mayor acciones de autocuidado ($r = .187$; $p = .022$ y $r = .557$; $p = .001$, respectivamente). Conclusiones: Los resultados de este estudio, confirman lo que la literatura internacional reporta acerca de la feminización del CI, mayoritariamente casadas, amas de casa, hijas y de escasos ingresos; indican niveles elevados de carga, escaso apoyo social y deficiente autocuidado. Antes esta situación, enfermería requiere diseñar intervenciones que permitan mejoras en las condiciones que los CI otorgan el cuidado a las PAM con EC y fomentar su autocuidado.

Palabras clave: Sobrecarga, apoyo social, autocuidado, cuidadores, adultos mayores.

Introducción

El mundo envejece y México no es la excepción. El número de personas adultas mayores (PAM) en el país ha pasado de 5 a 12.9 millones de 1990 a 2017 lo que representa actualmente el 10.5% de la población total [Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2017]; envejecimiento marcado por la pérdida gradual de la capacidad cognitiva y motriz (INEGI, 2014) y que conlleva la probabilidad de un incremento de dependencia debido primordialmente a enfermedades crónicas (EC), como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión (Achury, Castaño, Gómez, & Guevara, 2011).

Así vejez, cronicidad y dependencia incrementan cada vez más la necesidad de que las PAM requieran ser cuidados por sus familiares (Gómez, Villareal, Baldovino, Madrid, & Ordoñez, 2013) llamados frecuentemente cuidadores informales (CI). En la mayoría de los casos los CI son familiares directos, generalmente mujeres, con baja escolaridad y escasos ingresos económicos y cuando no cuentan con suficiente conocimiento ni las herramientas necesarias para atender a su familiar, se incrementa el riesgo de que los cuidados se vuelvan una tarea estresante y agotadora (Espín, 2008; Moreno, Arango & Rogers, 2010; Espinoza & Jofre, 2012). Comúnmente, los CI no reciben una remuneración económica y se desarrollan en un ámbito doméstico, utilizan la mayoría de su tiempo y esfuerzo para dedicarse a la PAM con EC; en promedio se calcula que dedican más de ocho horas al día al cuidado de estos (Espinoza & Jofre, 2012).

Así, los CI al estar a cargo de sus familiares PAM, con EC realizan durante períodos prolongados diversas y agotadoras actividades de cuidado lo que conlleva sobrecargas de tipo física, psicológica y socioeconómica (Espín, 2008). Las repercusiones de esta sobrecarga implican problemas en su salud mental y física así como problemas económicos, laborales, familiares, sobre sus relaciones sociales y su tiempo libre (Moreno et al. 2010; Villarreal, Salazar, Cruz, Carrillo & Dimmitt, 2012).

Ante esta sobrecarga los CI requieren el apoyo social de otros miembros de la familia, amigos, vecinos u otras personas e instituciones públicas, especialmente de salud para recibir el asesoramiento en los cuidados diarios de las PAM y, en casos de emergencia, la disponibilidad para brindarle ayuda; el apoyo social y la sobrecarga están ligados fuertemente ya que los CI perciben la ayuda brindada por los familiares o las instituciones, (Vega, 2011).

No obstante, como se mencionó anteriormente, los CI frecuentemente se aíslan, se excluyen de la interacción social, no dedican suficientemente tiempo para realizar actividades sociales o de respiro (Espinoza & Jofre, 2012; Moreno et al. 2010; Vicente, De la Cruz, Morales, Martínez & Villarreal, 2014).

Adicionalmente, los CI al enfocarse permanentemente en las PAM con EC, descuidan su salud. La sobrecarga que provoca las actividades diarias de cuidado, el agotamiento físico, mental y emocional que experimentan ocasionan un déficit de autocuidado y por ende, en su calidad de vida (Gómez et al, 2013). Sin embargo, las situaciones que experimentan los CI cotidianamente dificulta que se den cuenta que para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables (Tobón, 2012).

En México, la investigación relacionada con los CI es un tema emergente y la información generada permitirá a enfermería mejorar su práctica gerontogeriatrica para atender no sólo a las PAM con EC, además a las personas CI que realizan este cuidado en la intimidad de los hogares, asumiendo el papel de enfermeros, pero sin el conocimiento y el apoyo necesario lo que pone en riesgo su bienestar al anteponer los cuidados de su familiar que al cuidado propio.

Ante lo anteriormente expuesto se plantea el siguiente objetivo: Conocer la relación de las condiciones sociodemográficas y de salud, nivel de sobrecarga, percepción de apoyo social y autocuidado, en cuidadores informales del adulto mayor con enfermedades crónicas residentes de Saltillo Coahuila y su área metropolitana.

Método

Estudio con un diseño descriptivo, correlacional, en el que se analizaron detalladamente las variables del estudio: sobrecarga, apoyo social y autocuidado, y las relaciones entre ellas; no se intentó controlar o manipular variables (Grove, Gray, & Burns, 2015). La población de estudio estuvo integrada por personas al cuidado de familiares PAM con EC residentes en la ciudad de Saltillo, Coahuila y su área metropolitana. La muestra fue integrada por 150 CI seleccionados por conveniencia.

Fueron incluidos CI, hombres y mujeres, mayores de edad, que dedicaron dos horas diarias o más a cuidar a PAM con EC en un período de un año o más. Se excluyeron personas que no estuvieran a cargo directamente de las PAM; que las personas a los que cuidaban no contaran con 60 años a más, que no tuvieran una EC. Fueron eliminados los instrumentos en los que se midieron las variables de interés que tuvieran más de 2 reactivos no marcados o inconclusos, que los datos sobre edad, tiempo y horas al día de cuidado no hubieran sido especificados.

Con el propósito de describir las características de los participantes, se utilizó una cédula de datos sociodemográficos y de salud, incluyó información relacionada con la salud de los y además, información de las PAM con EC a las que cuidaban. La Escala de Sobrecarga del Cuidador Zarit está diseñada para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el CI de una PAM. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida. Para este estudio se utilizó la versión que consta de 22 afirmaciones en escala tipo Likert que va desde 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces), 4 (bastantes veces) y 5 (casi siempre), con una puntuación global entre 0 y 110 puntos, en donde a mayor puntaje mayor nivel de sobrecarga (Álvarez, González & Muñoz, 2008). Suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 47, de 47 a 55, "sobrecarga leve" y superior a 55, "sobrecarga intensa", tiene un alfa de Cronbach de 0.84.

La Escala de apoyo social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos (EAP/CFAM). Esta escala está conformada por 23 ítems tipo Likert de cuatro puntos que

miden la percepción de apoyo de acuerdo al parámetro de frecuencia (1 = nunca, 2 = pocas veces, 3 = muchas veces, 4 = siempre). Las áreas de apoyo exploradas son: Apoyo Material (siete ítems), Apoyo Práctico (cinco ítems), Apoyo Emocional (seis ítems) y Apoyo de Orientación (cinco ítems). Cuenta con valor Alfa de Cronbach ≥ 0.85 ; (Domínguez Guedea et al. 2013).

La Escala de Apreciación de Autocuidado ASA fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem. Se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos. El instrumento mostró un alfa de Cronbach de 0.68 y 0.74 corregido. (Manrique, et al. 2009).

Una vez completa la base de datos, se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS V23. Se describieron las características sociodemográficas y de salud de los CI participantes. Para dar alcance el objetivo general del estudio, primero se realizó una prueba de normalidad con el estadístico Kolmogorov-Smirnov y posteriormente se correlacionaron las variables de estudio utilizando estadística no paramétrica con la relación bivariada de Spearman, ya que las variables no presentaron una distribución normal. Se utilizó la estadística descriptiva; para las variables continuas: la media, desviación estándar y valor mínimo y máximo; para las variables categóricas: frecuencias y porcentajes.

Resultados

En las características demográficas y de salud; se observa que la edad media reportada por los CI fue de 49 años; en promedio tienen 3 hijos, han cuidado de su familiar PAM con EC 8 años. La escolaridad media expresada por los CI participantes fue de 11 años; el ingreso mensual familiar promedio fue de \$6.539. En cuanto a la percepción del estado de

salud, los CI otorgaron una calificación promedio de 82. En relación a las horas que los CI cuidan de su familiar, PAM con EC, el promedio fue de 16 horas y fueron 3 las personas que, en promedio, apoyaron al CI en el rol de cuidar.

Los CI, en su mayoría, fueron mujeres (f =119; 79.3%), casadas (f =102; 68.0%), amas de casa (56.0%; f =84), hijas (57.3% ; f =86). El 44.7% de los CI si toman algún tipo de tratamiento (f=67) ya sea para diabetes (f = 27; 18.0%), hipertensión (f = 38; 25.3%). La mayoría de los CI realizan las actividades básicas en el cuidado de su familiar PAM con EC (94.7% ; f =146). La mayoría de los CI reportan no recibir ningún tipo de ayuda económica para el cuidado (70.0%; f = 105).

La media de edad de las PAM con EC fue de 74 años; tenían en promedio 12 años con la EC . El sexo predominante fue el femenino (f =89; 59.3%). Se reportó que la escolaridad con mayor prevalencia en los PAM con EC fue la primaria (38.7%; f =58). Las EC que más se presentaron fueron la diabetes (f =89; 59.3%) e hipertensión (f =43; 28.7%).

Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud de los CI y PAM con EC

	Variable	Resultados		
		\bar{X}	\pm DE	(Min-Max)
Cuantitativas	Edad del cuidador	49	13	20 -76
	Número de hijos	3	2	0-7
	Tiempo de ser cuidador	8	7	1-38
	Escolaridad	11	4	0-19
	Ingreso mensual	\$6, 539.00	\$5,234.00	\$2,000.00 -

	familiar			\$50,000.00
	Percepción de la salud	82	13	40-100
	Horas que cuida de su familiar PAM	16	7	2-24
	Personas que apoyan en el cuidado de la PAM	3	2	0-15
	Edad del familiar PAM	74	8	60-96
	Años de diagnóstico de la EC	12	9	1-50
			<i>f</i>	%
Cualitativas	Género del cuidador			
	Femenino		119	79.3
	Masculino		31	20.7
	Estado civil del cuidador			
	Casado		102	68.0
	Divorciado		8	5.3
	Viudo		9	6.0
	Soltero		25	16.7
Unión libre		6	4.0	
Ocupación del cuidador				

Ama de casa	84	56.0
Empleado	22	14.7
Jubilado	21	14.0
Comerciante	12	8.0
Estudiante	5	3.3
Profesionista	6	4.0
Parentesco con la persona que cuida		
Hija (o)	86	57.3
Esposa (o)	29	19.3
Nuera	11	7.4
Nieta (o)	10	6.7
Sobrino (o)	5	3.3
Hermana (o)	9	6.0
Condiciones de salud que presenta el cuidador		
Tratamiento		
No	83	55.3
Si	67	44.7
Tipo de tratamiento		
Ninguno		

Diabetes	83	55.3
Hipertensión	27	18.0
Otros	38	25.3
Actividades como cuidador	2	1.4
Actividades básicas		
Actividades avanzadas	142	94.7
Actividades de cuidado que realizan otras personas	8	5.3
Actividades básicas		
Actividades avanzadas	146	97.3
Ayuda económica por el cuidado	4	2.7
Si		
No	45	30.0
Sexo del familiar PAM con EC	105	70.0
Femenino		
Masculino	89	59.3
Escolaridad del familiar PAM con EC	61	40.7
Ninguna		
Primaria	46	30.7
Secundaria		

	Preparatoria	58	38.7
	Universidad	25	16.6
	Tipo de EC que presenta el familiar AM	15	10.0
	Diabetes	6	4.0
Si	Hipertensión		
Si		89	59.3
	Demencia		
Si		43	28.7
	Problemas de visión		
Si		35	23.3
	Otros		
Si		13	8.7
		19	12.7

Nota: Cédula de datos sociodemográficas y de salud

n=150

La tabla 2 muestra la estadística descriptiva de las variables de interés sobrecarga, apoyo social y autocuidado. Adicionalmente, la tabla 3, la prevalencia de los niveles de sobrecarga, apoyo social y autocuidado.

Tabla 2. Estadística descriptiva de las variables de interés: sobrecarga, apoyo social y autocuidado

Variable	\bar{x}	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Sobrecarga	55	21	22	110
Apoyo social	65	15	23	92
Autocuidado	96	18	51	120

Nota: Escala de Zarit, EAP/CFAM y ASA n=150

Tabla 3. Nivel de sobrecarga, apoyo social y autocuidado

Variable	<i>f</i>	%
Sobrecarga		
No sobrecarga	58	38.7
Sobrecarga leve	21	14.0
Sobrecarga intensa	71	47.3
Apoyo social		
Apoyo material		
Sin apoyo	79	52.7
Con apoyo	71	47.3
Apoyo práctico		

Sin apoyo	97	64.7
Con apoyo	53	35.3
Apoyo emocional		
Sin apoyo	92	61.3
Con apoyo	58	38.7
Apoyo de orientación		
Sin apoyo	96	64.0
Con apoyo	54	36.0
Autocuidado		
Con autocuidado	75	50.0
Sin autocuidado	75	50.0

Nota: Escala de Zarit, EAP/CFAM y ASA n=150

Los resultados del análisis correlacional muestran que los CI de PAM con EC de mayor edad reportan menor escolaridad ($r = -.333$; $p > .001$), cuentan con un mayor número de hijos, ($r = .337$; $p > .001$), mayor tiempo de ser CI ($r = .640$; $p = .045$), pasan más horas otorgando cuidados ($r = .423$; $p > .001$) y confieren una calificación baja a su estado de salud ($r = -.410$; $p = > .001$). Es interesante observar que, a pesar de las situaciones anteriores descritas, son las que perciben mayor apoyo social ($r = .176$; $p = .031$).

También que las personas que tiene mayor tiempo de ser CI, cuidan a PAM que tiene un mayor número de años de haber sido diagnosticado con EC ($r = .629$; $p = > .001$) y reportan un nivel mayor de sobrecarga ($r = .212$; $p = .009$). En contraste, los CI con mayor escolaridad,

reportan mayor ingreso ($r=.337$; $p >.001$), menor número de horas dedicadas al cuidado ($r= -.208$; $p >.011$), califican mejor su estado de salud ($r=.207$; $p >.011$), cuidan a PAM con EC de mayor escolaridad ($r=.262$; $p =.001$), sin embargo perciben menor apoyo social ($r= -.169$; $p= .039$). Destaca que aquellos CI que reportan tener más hijos, realizan más actividades para su autocuidado ($r=.187$; $p=.022$) y reciben mayor apoyo social, ($r=.557$ $p=>.001$).

Conclusiones

Los resultados de la investigación mostraron que el sexo predominante en los CI fue el femenino coincidiendo con lo reportado en diferentes investigaciones revisadas (Pabón, Galvis & Cerquera , 2014; Bertel, 2012; Antelo & Espinosa, 2017); lo cual permite confirmar que el cuidado de las PAM es llevado a cabo en su mayoría por mujeres, ya que el rol que culturalmente se le ha dado a la mujer en esta sociedad es la de proveedora de cuidados principalmente de personas dependientes.

Con respecto a la edad, se encontró que el promedio fue de 49 años, presentando similitud con el estudio de Bello (2014) donde la edad promedio fue de 48 años, a quienes las sitúa en el cumplimiento de diferentes roles como ser madre, esposa o dedicarse a las labores del hogar. En este orden de ideas acerca del parentesco de los CI con la PAM con EC que cuidan, además de los hijos, también cuidan las esposas con un 19.3%, acorde con lo referido por Toro y Rivas, (2016).

Más de la mitad de los CI tienen como ocupación ser amas de casa (56%) al igual que en los estudios Vega, Gallegos, Xequé, Juárez y Pérez, (2014), al no tener una responsabilidad laboral son consideradas como no productivas, subestimando su compromiso doméstico. Los encuestados llevan en promedio 8 años ejerciendo el rol de CI similar a lo reportado por Espinoza y Jofre, (2012). Se expuso que los CI cuidan de la PAM un promedio de 16 horas al día; Pérez, Rodríguez, Herrera, García, Echemendía, y Chang, (2013) mencionan que realizan el cuidado por más de 12 horas al día, lo que tiene relación con el grado de dependencia que

se presenta en las PAM que no les permite realizar las actividades básicas de la vida diaria, estas actividades son realizadas con el apoyo de los CI en un 94.7% datos que muestran similitud con la investigación de Espinoza y Jofre, (2012) realizando ellos los cuidados básicos en un 90%.

Las personas que apoyan en el cuidado de la PAM con EC son tres en promedio, quienes de igual forma se encargan de las actividades básicas (94.7%); en contraste hubo estudios donde las personas fungían como CI únicos (Rodríguez & Mármol, 2014; Mabel, Chaparro & Sánchez, (2014); Vega, 2011; Herrera, Florez, et al. 2012). En cuanto a la escolaridad de los CI de PAM con EC, en promedio tenían grado de educación media superior al igual que los CI en el estudio de De Valle, et al. (2015); esto puede deberse a que las sujetos encuestados tenían en su mayoría un nivel socioeconómico medio.

La media del ingreso mensual fue de \$6, 539 lo que es menos al promedio de ingreso mensual en Coahuila que es de 11 mil pesos; los CI que se encuestaron pertenecían a un estatus económico medio. Esto difirió con lo reportado por Palomé, et al. (2014) quienes reportaron un ingreso mensual menor a \$2,000, ya que los CI entrevistados pertenecían al medio socioeconómico bajo, lo que lleva a reflexionar que tanto los recursos económicos que reciben los CI de esta investigación y los reportados por Vega (2011), no son suficientes para cubrir todos los gastos.

Los CI de PAM con EC, frecuentemente ven afectado su estado de salud. Casi la mitad de los CI presentaron enfermedades crónicas como Diabetes e Hipertensión, lo que coincide con Bello, (2014). Respecto al estado de salud de los receptores de cuidado mostraron que la EC que se presentó en mayor medida fue la Diabetes (59.3%) difiriendo de Vega (2011), donde el PAM presentó en mayor medida Hipertensión (47.7%).

En cuanto la variable de sobrecarga los resultados mostraron que dos terceras partes de los CI presentaron sobrecarga: intensa en un 47.3% y leve 21%. En contraste, no presentaron sobrecarga en un 38.7%, similar a lo encontrado en el estudio de Rodríguez y Mármol, (2014); Mabel, et al. (2014), Toro y Rivas, (2016); Flores, et al. (2012); Bertel, et al.

(2012). La sobrecarga puede variar en las diferentes investigaciones por diversas razones, entre ellas está el número de personas CI encuestadas, las características de salud de las PAM a las que cuidan, los instrumentos con los que se mide la variable, diferencias culturales, entre otras posibles explicaciones.

Respecto al apoyo social en el presente estudio, a nivel global, más de la mitad de los CI de PAM con EC percibió que no recibe apoyo social. Al analizar las dimensiones del apoyo social, esta percepción se incrementa. Así, los participantes reportaron escaso o nulo apoyo material (52.7%), apoyo práctico (64.7%), emocional (61.3%) y de orientación (64%) aun tomando en cuenta que las personas que les ayudaban eran en promedio tres. En las investigaciones relacionadas Vega (2011), mostró un nivel de apoyo social inadecuado (54.7%), mientras que Pabón, et al. 2014 reportaron un nivel de apoyo global adecuado (71.7%).

En este estudio los la mitad de los CI participantes expresaron no realizar actividades de autocuidado. Es importante considerar que las personas tienden a descuidar su salud por el hecho de que el cuidar de PAM es muy demandante en cuanto a tiempo y recursos. También en el estudio de Espinoza y Jofre (2012), se reportó como moderada la habilidad de autocuidado.

En los resultados del análisis correlacional se pudo observar que los CI de PAM, los que son de más edad, tienen más hijos, mayor tiempo de ser cuidador, pasan más horas cuidando a las PAM con EC dichos cuidadores tienen un estado de salud deficiente. Pero cuentan con mayor apoyo social, esto se similar al estudio de Espín, (2012) en el cual se observa que el mayor grado de carga estaba relacionado de forma significativa con alteraciones físicas (molestias musculares) y mentales (ansiedad) en el cuidador principal.

Se encontró que los CI que tienen más hijos, tienen mayor apoyo social, se consideran más sanos, pasan más horas al día cuidando al enfermo crónico y tienen mejor habilidad de autocuidado. Coincide con la investigación de Gómez, et al (2013) realizaron un estudio con

54 participantes en Colombia donde se encontró asociación, entre la habilidad de cuidado y el tiempo de cuidado.

Otro dato que se encontró es que las personas que tiene mayor tiempo de ser CI, dedican más horas de cuidado al día y cuidan a PAM que iniciaron con un diagnóstico de enfermedad crónica a más temprana edad por consecuente tiene un nivel mayor de sobrecarga. En relación a la edad y tiempo dedicado al cuidado, los datos de este estudio concuerdan con lo reportado en el artículo de Espinoza y Jofre (2012), Flores, et al. (2012) un nivel de sobrecarga alto en personas que tienen más años de ser CI. En el caso de los CI que están a cargo de PAM de mayor edad se observa que es mayor el tiempo de diagnóstico, similar a esto observamos en el estudio de Espinoza y Jofre (2012) con CI en Chile; las PAM contaban con una edad promedio de 71 años, los CI realizan esta labor hace 9 años como promedio. Los cuidadores que perciben mayor apoyo social, tienen mayor autocuidado, lo que coincide con la investigación de Herrera, et al. (2012) donde se observa que los CI reportaron una percepción de apoyo social satisfactoria.

Referencias

- Achury, D., Castaño , H., Gómez , L. y Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(1), 27-46. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1632>
- Antelo, P., Espinoza, P. (2017). La influencia del apoyo social en cuidadores de personas con deterioro cognitivo o demencia. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 1(14), 14-19. Recuperado de: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2235>
- Bello , J. (2014). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (Tesis. Maestría). Instituto mexicano del seguro social delegación

- Veracruz norte unidad médico familiar no 66, Xalapa, Veracruz. Recuperado de:
<http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesisgabriela.pdf>
- Bertel, A. (2012). Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente. *Ciencias Biomédicas*, 3(1), 77-85. Recuperado de:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=83346&id_seccion=3889&id_ejemplar=8219&id_revista=237
- De Valle, M., Hernández, I., Zúñiga, M. y Martínez, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>
- Domínguez, M., Mandujano, M., Georgina, M., Sotelo, T., Gaxiola, J. y Valencia, J. (2013). Escala de Apoyo Social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12(2), 391-402. Recuperado de:
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/1980>
- Espín, A. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 393-402. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.1590/s0864-34662012000300006>
- Espinoza, K. y Jofre, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30. Recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532012000200003
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41. Recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532012000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

- Gómez, Y., Villareal, G., Baldovino, K., Madrid, I. y Ordoñez, L., (2013). Habilidad del cuidador familiar y su relación con el tiempo de cuidado al adulto mayor con enfermedad crónica, *Sincelejo, Colombia. Revisalud*, 1(1), 11-21. Recuperado de: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1006/Art_GomezMeza_Y_HAbilidadCuidadorFamiliar_2013.pdf?sequence=1
- Herrera, A., Flórez, I., Romero, E. y Montalvo, A. (2012). Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *AQUICHAN*, 12(3), 286-297. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a08>
- Mabel, G., Chaparro, L. y Sánchez, B. (2014). Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana. *Ciencia y enfermería*, 20(2), 83-91. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532014000200009
- Manrique, F., Fernández, A. y Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA). *AQUICHAN*, 9(3), 222-235. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74112147003.pdf>
- Moreno, J., Arango, J., Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicología Desde El Caribe*, 4(26), 1-35. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1069/3148>
- Pabón, D., Galvis, M. y Cerquera, A.(2014). Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo alzhéimer. *Psicología desde el Caribe*, 31(1), 59-78. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123417X2014000100004&lng=en&nrm=iso
- Rodríguez, B. y Mármol, F. (2014). La sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor desde la percepción subjetiva: propuesta de un programa de orientación para su

- abordaje (Tesis. Licenciatura). Universidad de Carabobo, Bárbula. Recuperado de:
<http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/1501/4/4593.pdf>
- Tobón, O. (2012). El autocuidado, una habilidad para vivir. (Tesis especialidad). Universidad de Caldas. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/51187879/Autocuidado-Ofelia-Tobon-Correa>.
- Toro, Y. y Rivas, E. (2016). Cuidadores informales rurales de pacientes dependientes severos. Revista Aladefe, 6(1), 56-62. Recuperado de:
<http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/192/>
- Vega, O.(2011). Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. AQUICHAN, 11(3), 274-286. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/html/741/74121424004/>

ISBN: 978-607-27-1244-7

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 7

PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN ABUELO NIETO EN ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE YUCATÁN

Gnalen Kourouma Izaguirre*, María Magdalena Delabra Salinas*, María
Ascensión Tello García*, María De Los Ángeles Villarreal Reyna*, Ana Laura
Carrillo Cervantes*

*Universidad Autónoma de Coahuila, Facultad de Enfermería
“Dr. Santiago Valdés Galindo”

Resumen

Objetivo: el objetivo fue conocer la relación abuelo nieto en los alumnos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán de la ciudad de Mérida

Metodología: se trató de un estudio descriptivo, con una muestra de 100 alumnos estudiantes de primero, segundo y cuarto semestre, de la facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán, que contaran con alguno de sus abuelos maternos o paternos, el muestreo fue por conveniencia seleccionados por fácil acceso, durante la estancia de movilidad estudiantil, fueron utilizados dos instrumentos de medición, el primero para medir datos sociodemográficos, y el segundo fue la aplicación del genograma. Resultados: el 98% (f=98) de los alumnos se encontraron en una edad de alrededor de los 18 a 24 años, y el 2 % (f=2) restante entre los 25 a 29 años, predominó el género femenino con 63% (f=63). 4% (f=4) refirió estudiar y trabajar; 97% (f=97) eran solteros. El 55% (f=55) vivían con sus padres y hermanos; 26% (f=26) con padre, madre o hermanos, el 17% (f=17) en familia compuesta, donde destacaba la presencia de abuelos maternos; 1% (f=1) vivía solo y solamente se encontró a un alumno 1%, que menciona vivir con su abuela materna. Respecto a la percepción de la relación abuelo-nieto: el abuelo con el que refirieron mayor cercanía: 36% (f=36) asevero con su abuela materna, 27% (f=27) con su abuelo materno, 21% (f=21) con su abuela paterna y el 16% (f=16) con su abuelo paterno. 57 % (f=57) de los alumnos refirió que la relación con su abuelo es positiva, el 20% (f=20) distante, el 14 % (f=14) íntima, el 5% (f=5) fusionada, el 2% (f=2) fusionada conflictiva y 2% (f=2) de ruptura. Conclusión: los resultados encontrados en la presente investigación de acuerdo a la percepción de la relación, fue positiva, así como el que mantienen una buena relación abuelo – nieto, inclinando la balanza a un poco más de los nietos participantes, hacia la rama filial materna, específicamente con la abuela, en coincidencia con demás autores de distintas literaturas.

Palabras clave: Percepción, relación, abuelo.

Introducción

El envejecimiento activo es continuar física, social y mentalmente activo, por lo que requiere para lograrse no solo de la actitud del adulto mayor, sino también de la

participación de las estancias institucionales, la comunidad y en gran manera de la familia, siendo este último un primordial grupo de apoyo. Por lo mencionado, el personal de enfermería ejecuta su acción de implementar planes de cuidado en promover y educar a la familia en la atención de un envejecimiento activo eficaz (González, 2016). Los cambios actuales modifican las percepciones que tenemos sobre los adultos mayores necesitados de cuidados y protección, a formar parte activa de la familia, concediendo esas características a los demás miembros (León, Hernández & Rodríguez, 2016).

La relación de abuelo y los nietos son muy beneficiosas para ambos, ya que, los abuelos les brindan a los nietos cuidados, cariño, les enseñan valores fundamentales y experiencias que han tenido a lo largo de toda su vida, sobre todo están presentes en momentos de conflicto. Este es un rol que se irá modificando al paso del tiempo para adaptarse a los nuevos estilos de vida (Osuna, 2006). Si bien los familiares no están preparados de forma innata para poder actuar ante estas etapas de la vida, el personal de enfermería está preparado y obligado a educar para favorecer a las personas adultas mayores (PAM), así como a demás población y llevarlas por un camino de cuidados apropiados hacia una vejez plena (González, 2016). Es indispensable mencionar que “la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas”, si bien las familias actuales tienen distintas conformaciones, a pesar de ello finalmente son el componente esencial reconocido por la sociedad, es por ello que el aumento de la longevidad une a generaciones enteras, incluyendo cuatro o cinco de manera común.

“La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” (Carrillo, 2012; Plan de Acción Internacional de Viena, 1982). La familia es un elemento determinante en la salud y bienestar del adulto mayor quien en ocasiones no solamente proporciona y satisface las necesidades materiales y económicas, sino que brinda el apoyo emocional, espiritual y social cuando se requiere

(González, 2016). El abuelo forma parte esencial de la educación del nieto, transmitiendo los valores fundamentales para una buena formación (Sanz, Mula & Moril, 2011).

El estudio de las relaciones abuelo-nieto ha ido en aumento gracias a los grandes cambios en los aspectos sociales y demográficos. A través de los últimos años los abuelos han adoptado diferentes roles. Establecer el límite de las responsabilidades del abuelo no es una tarea fácil (Noriega & Velasco, 2013). “La cooperación intergeneracional implica por parte de los nietos la necesidad de elegir por sí mismos...” las actividades y con cuál de los abuelos de línea filial relacionarse. “Al mismo tiempo, parece que tanto para las nietas como para los nietos los intercambios afectivos y comunicacionales no son ilimitados y permanentes, por lo que existen momentos de acercamiento afectivo con espacios de distancia y extrañeza, lo que hace pensar que se está ante procesos permanentes de construcción y reconstrucción de los vínculos generacionales” (León et al., 2016).

Por lo anteriormente expuesto, el propósito general de este proyecto es conocer la relación abuelo – nieto en los alumnos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán de la ciudad de Mérida (UADY). Como objetivos específicos se quiere alcanzar: Describir los datos sociodemográficos y académicos de los alumnos de la Facultad de Enfermería de la UADY participantes del proyecto. Describir el tipo de relación que percibe el nieto, alumno de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán de la ciudad de Mérida, en cuanto a la convivencia con su abuelo.

Las rápidas transformaciones tanto políticas, económicas y sociales de la actualidad, modifican de manera importante a la familia y los vínculos que a ésta rodean (León et al., 2016). La familia, base de la sociedad, es un grupo social que tiene como funciones la subsistencia, la educación, la socialización de sus hijos, la estabilidad psíquica y afectiva de quienes la integran. Durante esta etapa, así como sucede a lo largo de toda la vida, la relación de los individuos es sobre todo a través de las relaciones familiares (Prato, Hernández, Techera & Rivas, 2012). Las relaciones familiares intergeneracionales, sobre el

vínculo abuelo nieto, representa una parte importante en nuestra sociedad; por lo que estudiar la calidad de este lazo afectivo sería muy relevante, (Osuna, 2006).

“Las relaciones interpersonales impulsan la participación social de las personas mayores y, por tanto, son un aspecto clave para el envejecimiento activo”, éstas pueden promover la autonomía personal, el intercambio de experiencias, conocer distintas realidades, fortalecer raíces, alentar el desarrollo personal, despojarse de angustias y miedos (Del Valle & Coll 2011). Los abuelos en las familias actuales se han convertido en un soporte fundamental “siendo el cuidado de los nietos una de las mayores expresiones de Solidaridad Familiar” (Noriega, 2015). Nussbaum y Bettini (citado por Noriega & Velazco, 2013) mencionaron un “rol sin rol”, pues el ser abuelo no está especificado por unos derechos o unas obligaciones concretas”. Envejecer activamente requiere dedicar atención a las relaciones sociales, a la participación, a los hábitos de salud, al estilo de vida, al estímulo cognitivo y al bienestar emocional mediante el afrontamiento positivo de los nuevos cambios (Del Valle & Coll 2011).

Una buena relación de la PAM con su nieto, fortalece su autoestima, siente que puede compensar de alguna manera posibles situaciones del pasado, le hace” tener conciencia del paso del tiempo asumiendo que la persona es un eslabón en la cadena de la vida... ya que finalmente los nietos simbolizan el trascender más allá de propia muerte” (Undurraga, 2012). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) “entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%, para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años,” y que “la pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.

Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico”. Si bien en México, el envejecimiento demográfico no muestra la magnitud observada en las regiones desarrolladas, este grupo etario se incrementará en las próximas décadas. “De acuerdo con

la Encuesta Intercensal del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2015, las PAM conformaban 10.4% (12 millones 436 mil 321 personas) de la población total; a su vez, con información de las proyecciones poblacionales del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2017), para el año 2030 las PAM representarán 14.6% (20 millones 14 mil 853 personas) del total de la población del país” (Secretaría de desarrollo social [SEDESOL], 2017).

La esperanza de vida según la CONAPO (2017) para toda la República Mexicana para este 2018 es de 75.47 años y ascenderá a 76.97 para el año 2030, a su vez para el estado de Yucatán, actualmente la esperanza de vida es de 75.84 y para el 2030 será de 77.23 años. Datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) en 2016 señalan que en el país hay 33.5 millones de hogares y en 30.1% de estos reside al menos una persona de 60 y más años. La composición de los hogares, donde vive al menos un adulto mayor, es clasificado como familiar en un 83.5%, en tanto que el resto (16.5%), lo conforman los hogares unipersonales o corresidentes (donde no hay ningún lazo de parentesco entre sus integrantes) (INEGI 2017).

Las relaciones personales son la base de la socialización, pero es importante considerar que éstas se basan en la percepción que cada individuo pueda tener de ellas, por lo que el concepto principal es la percepción, la cual es un reflejo no pasivo, “sino que implica un proceso constructivo mediante el cual el individuo organiza los datos que le proporcionan sus modalidades sensoriales, y los interpreta y completa a través de recuerdos sobre la base de sus experiencias previas (García , 2003)”, es así que al tratarse de individuos que están unidos por medio de la consanguineidad o que se definen como familia, estas relaciones toman el sentido de interacciones, que a través de lazos permiten a los miembros estar unidos y luchar por alcanzar metas propuestas, y que se manifiestan por medio de la comunicación, “la cual permite observar los conflictos, las reglas y normas que regulan la homeostasis del sistema familiar (Rayo, 2014)”.

Método

Fue un diseño, cuantitativo descriptivo, este tipo describe la frecuencia de una exposición(s) o resultado(s) en una población definida, por lo que en esta investigación se describen de manera específica la percepción que los nietos de nivel superior tienen acerca de la relación con sus abuelos, al igual que fue transversal, lo cual significa que se midió la prevalencia de una exposición y/o resultado en la población definida y en un solo momento. La población; estuvo conformada por 356 alumnos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán, la muestra fueron 100 alumnos de los semestres primero, segundo y cuarto, finalmente el muestreo, fue por conveniencia ya que los participantes fueron seleccionados fácil acceso (Robledo, 2005). Siendo esto por la factibilidad de aplicar los instrumentos durante la estancia de movilidad estudiantil del investigador principal en la facultad de enfermería de la universidad de Yucatán.

Dentro de los criterios de inclusión fueron, alumnos que estudien en la Facultad de Enfermería, alumnos que mantiene una mayor relación de convivencia con sus abuelos de acuerdo a la percepción del encuestado y alumnos que acepten participar voluntariamente en la investigación. Los criterios de exclusión fueron, alumnos que no contesten de manera completa las preguntas para determinar datos sociodemográficos, alumnos que no recuerden bien qué tipo de relación tenían con sus abuelos y finalmente los criterios de eliminación, instrumento en el que el genograma no sea entendible a la revisión y aquellos en los que no marquen la relación. Para este trabajo fue utilizado como primer instrumento una cedula sociodemográfica y como segundo instrumento se empleó el genograma. De forma horizontal se interpreta el contexto familiar y en vertical en generaciones, mediante figuras y líneas que así lo evidencian (Engel, 2017; Juárez, 2010).

La interpretación de los conceptos propios del genograma, se hicieron posterior a un pilotaje para que los sujetos entendieran de una mejor manera a que se refería cada dimensión señalada para medir el tipo de relación.

- Positiva (me llevo muy muy bien)

- Distante (me llevo muy bien pero los veo cada navidad o cada cierto tiempo porque viven lejos o algo semejante)
- Intima (me llevo bien y vivimos juntos)
- Intima conflictiva (vivimos juntos, pero me llevo mal con el)
- Fusionada (nos llevamos súper bien y siempre estamos juntos, salimos a comer)
- Conflictiva (no vivimos juntos, me llevo mal, digo cosas sobre mi abuelo pero no se lo digo enfrente de él)
- Fusionada conflictiva (no llevamos mal pero siempre estamos juntos, conviviendo)
- Conflictiva directa (no vivimos juntos me llevo mal, y si digo lo que pienso frente a él)
- Ruptura (sucedió un conflicto ya sea familiar o personal y ya no le hablo para nada rompimos relación)
- Abuso psíquico o físico

Se realizó primeramente por medio de la aprobación de las autoridades correspondientes para su aplicación, las cuales asignaron los salones a los que sería permitido aplicar los instrumentos, de acuerdo a su horario de clase , estos grupos de igual manera fueron asignados por ser los que aún permanecían en la facultad, estando a punto de comenzar sus prácticas de semestre; se procedió en primera instancia a entregar en una primera hoja de maquina el consentimiento informado previo al cual se les indicaba que la participación era de manera voluntaria, posteriormente en una segunda se les presentaba la información para ser llenada con los datos de la cedula sociodemográfica, utilizando pluma o lápiz personal, finalmente se colocó en un proyector una presentación en el programa power point, en donde se podía observar la definición y la forma en que se elabora el genograma paso a paso, incluyendo las respectivas interpretaciones de las relaciones, para que al finalizar de llenar y dibujar sus respectivos instrumentos, fueran entregados al evaluador.

Para realizar el presente estudio se consideró lo dispuesto en la ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de salud en su actualización más reciente 2014, teniendo como referencia la de 2011), en su título quinto, capítulo único,

artículo 96, fracción I, III , donde se establece que la investigación para la salud debe comprender el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, a la prevención y control de los problemas de salud que consideren prioritarios para la población. Se contó con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizó la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

Y por último el profesional responsable pudo haber suspendido “la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación” lo anterior estipulado en la fracción IV y VI respectivamente. Cabe mencionar que esta investigación tuvo fines académicos y fue de riesgo mínimo. Teniendo en cuenta plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento 1982, el plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento y NOM 031.

Resultados

De acuerdo a los datos sociodemográficos y académicos, se encuestaron un total de 100 alumnos de los cuales el 98% (f =98) se encuentra en un rango de edad entre los 18 a 24 años, predominando el género femenino con un 63% (f=63), y solamente 4% (f=4) refiere estudiar y trabajar, y en cuanto al estado civil el 97% (f=97) refieren ser solteros (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
18 a 24 años	98	98

25 a 29 años	2	2
Genero		
Femenino	63	63
Masculino	37	37
Nivel de educación y trabajo		
Universidad	96	96
Estudia y trabaja	4	4
Estado civil		
Soltero	97	97
Unión libre	3	3

Otra variable abordada fue el tipo de parentesco de la persona con las que el alumno cohabita, obteniendo que el 55% (f=55) vive con sus padres y hermanos; el 26% (f =26) con padre, madre o hermanos; el 17% (f =17) viven en familia compuesta, donde destaca la presencia de abuelos maternos; el 1% (f =1) vive solo y solamente se encontró a un alumno (1%, f=1) que mencionó vivir con su abuela materna (Gráfica 1).

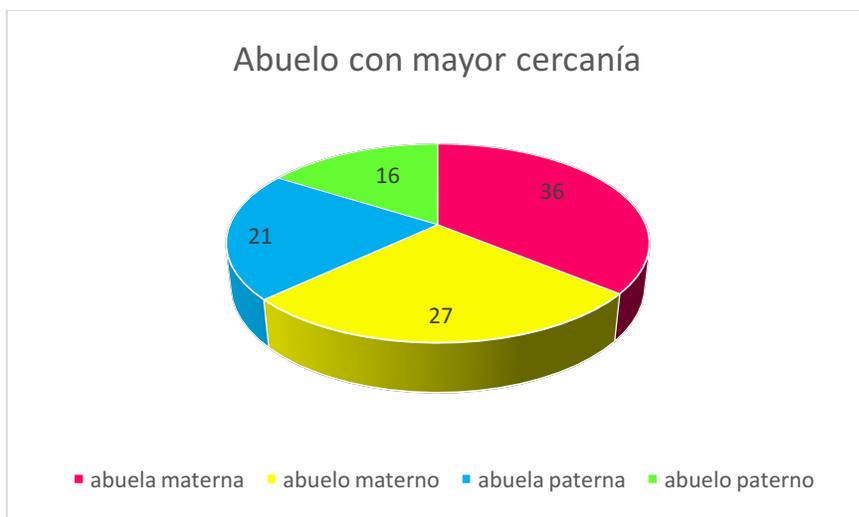
Gráfica 1. Personas con las que cohabita

Nota= genograma 2016

n= 100

Al total de encuestados se les preguntó con qué abuelo sienten una mayor cercanía, en su mayoría mencionan que el 36% (f=36) refieren a su abuela materna, 27% (f=27) con su abuelo materno, 21% (f =21) con su abuela paterna y el 16% (f=16) con su abuelo paterno (Gráfica 2).

Gráfica 2. Abuelo con mayor cercanía



Nota= genograma 2016

n= 100

Finalmente y para dar respuesta al propósito general de la investigación que es la de evaluar la percepción del tipo de relación que tiene con sus abuelos, de acuerdo al genograma se encontró que el 57 % (f=57) asevero que su relación es positiva, el 20% (f=20) distante, el 14 % (f=14) íntima, el 5% (f=5) fusionada, el 2% (f=2) fusionada conflictiva y con el mismo porcentaje de ruptura (Gráfica 3).

Gráfica 3. Tipo de relación



Nota= genograma 2016

n= 100

Conclusiones

En cuanto a las características sociodemográficas, referentes a la edad la literatura demuestra que la percepción de la relación abuelo nieto, ha sido explorada en diferentes grupos de edad, entre ellos, en la etapas de la niñez (Prato, Hernández, Techera & Rivas, 2012), en la adolescencia y adultos jóvenes (León, Hernández & Rodríguez 2016; Pinazo & Montoro, 2004). La tercera parte de los porcentajes importantes fue asignado a la relación íntima “me llevo bien y viven juntos”, lo cual significa que hay una buena relación y convivencia constante entre los sujetos, al igual que lo mostró el estudio de los autores Pinazo y Montoro en 2004, quienes utilizaron un cuestionario sobre el “abuelo preferido”, con el cual se mostró que la frecuencia de contacto con los abuelos y la relación cercana y frecuente entre abuelos y padres, marca de manera significativa y determinate la relación entre ambos.

En cuanto al tipo de relación percibida, los resultados encontrados en la presente investigación, son similares a los encontrados, por Prato, Hernández, Techera y Rivas, (2012) y León, Hernández, Rodríguez (2016), los cuales refieren que la percepción fue positiva (en un 57%; 73% y de un 66% a un 49% por género, respectivamente). Cabe destacar que la convivencia inclinó la balanza a un poco más de la mitad de ellos hacia la rama filial materna, específicamente con la abuela (36% y 34%); como en los resultados de la presente investigación, esta fuerte unión entre los nietos y sus abuelas maternas, se puede deber a el sostén afectivo, económico, la confianza, o por aprendizaje que éstas les proporcionan en la vida cotidiana a sus nietos, por todo ello éstas son la primera persona que al cuestionarles, viene a su mente para describir la mejor relación de la tercera con la primera generación; debiéndose esta influencia, según refiere León, Hernández, y Rodríguez (2016) a la buena relación que los padres (segunda generación) puedan tener con sus antecesores (primera generación).

Esto no es algo que se presente de manera reciente, sino que precede de años atrás, mostrando la fuerte influencia del matriarcado en nuestro país, tema de gran debate, y que

de manera específica “en Yucatán los adultos mayores son parte importante de la unión familiar, en ellos persisten los valores, las tradiciones y una gran experiencia de vida” (Anon, 2018). Miel y Rogero, (2013) mostraron que más allá de esa situación, es más fuerte el cuidado de la parte materna, pero que los abuelos paternos tienen su propio lugar, es por ello que se marca en porcentajes variados, y que no se les sustituye de ninguna manera a unos por otros, sino que se les ama de manera distinta.

A lo largo de la revisión literaria se encontró diferencia en la percepción de la relación abuelo nieto, ya que Smorti, Tschiesner, y Farneti (2012) refieren en sus resultados que los abuelos paternos comparten un mayor número de actividades a diferencia a lo encontrado en esta investigación en donde los estudiantes tienen una mayor convivencia con los abuelos maternos, una posible respuesta a la diferencia encontrada podrían ser los aspectos culturales, ya que la literatura refiere la convivencia y el cuidado se inclina más hacia la familia materna, como Weisbrot y Giurando (2012) mencionaron; éstas “se plantean como las mejores proveedoras de cuidado”. La discusión nos permite encontrar semejanzas y diferencias de acuerdo a investigaciones previas de distintos autores en comparación con la presente, de esta manera se denota la importancia y trascendencia que estas puedan tener en el futuro, y viendo en perspectiva que son temas relevantes a varios intereses.

Los resultados nos muestran cifras favorables, lo cual no lleva a asegurar que los alumnos de la facultad de enfermería de la UADY, por diversos factores mantienen una buena relación con sus abuelos. La familia ha sido, es y será un ancla en la vida de todos los individuos, pues el sentido de pertenencia fundamenta la vida de cualquiera, el sentirse parte de algo, que nos fortalece, y que se vuelve en ocasiones un todo para soportar las adversidades, vivir las alegrías y soñar con ideales por cumplir en la vida. La universidad es una etapa llena de retos, oportunidades que superar y que lejos de ser una distracción, los abuelos pueden llegar a ser una guía en tiempos difíciles; beneficiándolos de manera integral.

A pesar de que los abuelos maternos mostraron una mayor incidencia en cuanto a relación más cercana, los abuelos paternos también forman parte del árbol genealógico, y necesitan de cariño, comprensión y apoyo en esta última etapa de la vida. La relación positiva abuelo – nieto se acentuó de manera evidenciable, lo que demuestra que es más probable que los alumnos encuestados tengan un apoyo en ellos y esto les sea de ayuda en su estancia y paso por su nivel académico actual. El propiciar una intercomunicación y acercamiento entre generaciones, es realmente un beneficio mutuo, el cual brinda a todos una satisfacción y placer basado en la relación. El lograr que las relaciones interpersonales sean positivas, asegura a las PAM el poder desempeñar un rol activo en la familia.

Referencias

- Carrillo, R. (2012). *Las políticas sociales y públicas hacia las familias*. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2083-5016-3-PB.pdf>
- CONAPO. (2017). Datos de proyecciones. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos
- Del Valle, G., y Coll, L. (2011). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Recuperado de <http://studylib.es/doc/5437654/relaciones-sociales-y-envejecimiento-saludable>
- Engel, P., (2017), *Ancestrología sanando con los antepasados*, Santiago de Chile, Catalonia.
- García, H. M. (2003). Fundamentación teoría y planteamiento didáctico. *La danza en la escuela* (pp.82). Barcelona: Inde.
- Gonzales, N. (2016) Funcionalidad en familias extensas significado para el adulto mayor de vivir en familia extensa (tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante.
- León Klein, A., & Hernández Basilio, L., y Rodríguez García, M. (2016). Un análisis del vínculo abuelos nietos-adolescentes reflexión sobre la transmisión generacional. *Revista Katálysis*, 19 (2), 251-259.

- Meil, G. y Rogero-García, J. (2014). "Abuelas, abuelos y padres varones en el cuidado de la infancia". Cuadernos de Relaciones Laborales, Vol. 32, núm. 1, p. 49-67.
- Noriega, C. (2015). *Percepción de los abuelos de la relación con sus nietos: valores, estilos educativos, fortalezas y bienestar* (tesis). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Noriega, C., y Velasco, C. 2013. *Relaciones Abuelos-Nietos: una aproximación al rol del Abuelo, Sociedad y Utopía*. Revista de Ciencias Sociales, 41, 482, Recuperado el 15 Noviembre 2014.
- OMS. (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado de <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Osuna, M.J. (2006). Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia. *16*(1), p. 16-25.
- Pinazo, S., y Montoro, J. (2004). La relación entre abuelos y nietos: Factores que predicen la calidad de la relación intergeneracional. *Revista internacional de sociología*. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/257-403-2-PB%20(10).pdf
- Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento. (1982). Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento. 2018, de asamblea mundial sobre el envejecimiento Sitio
web:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf
- Prato, A., Hernández, A. L., Techera, L., y Rivas, R.. *Abuelos y nietos ¿una relación necesaria?*. *Biomedicina*, (2012), 22 – 36, Recuperado el 21 Octubre 2014.
- Sanz, R., Mula, J. M., y Moril, R. (2011). *La relación abuelo nieto – una excusa o una necesidad*. Recuperado de <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/Familias/142.pdf>

SEDESOL. (2017). Análisis prospectivo de a población de 60 años de edad en adelante. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblaci_n_de_60_a_os_en_adelante.pdf

Undurraga, C. (2012). Calidad de vida en la vejez. Disponible en http://adultomayor.uc.cl/docs/relaciones_sociales.pdf

Weisbrot, M. A., y Giraudo, N. (2012). Conceptos y percepciones de las abuelas sobre el cuidado de sus nietos: Estudio cualitativo en una población del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Archivos Argentinos de Pediatría*. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v110n2/v110n2a08.pdf>

ISBN: 978-607-27-1244-7

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 8

DIFERENCIA DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO POR EDAD, GÉNERO Y MUNICIPIO DE RESIDENCIA EN ADULTOS MAYORES

Alejandro Morales Jinez*, Claudia Gabriela Esquivel Franco**, Luz Elena
Rodríguez Mejía*, Francisco Javier López Rincón*, Alicia Ugarte Esquivel*

* Universidad Autónoma de Coahuila, Escuela de Licenciatura en Enfermería,
U.T.

** Universidad de Guanajuato, Campus Irapuato-Salamanca, División de
Ciencias de la Vida, Centro Interdisciplinario del Noreste de la Universidad de
Guanajuato (CINUG)

Resumen

Al comienzo del nuevo siglo, con el incremento en el nivel de envejecimiento de las personas y las poblaciones, surgieron nuevos desafíos sociales, económicos, humanitarios y de cuidado a la salud cada vez más complejos. El cuidado es una actividad permanente y cotidiana en la vida de los sujetos. El autocuidado no es solo una función inherente a los profesionales de la salud, sino que involucra al individuo, en este caso al adulto mayor, ya que tienen el potencial de convertirse en sus propios agentes de autocuidado e incorporar a su vida diaria conductas de salud que fomenten su bienestar integral para vivir un envejecimiento exitoso. El objetivo de este trabajo es examinar la diferencia del nivel de autocuidado por edad, género y lugar de residencia en adultos mayores. Se efectuó un estudio descriptivo, comparativo, prospectivo y de corte transversal. La muestra fue de 210 adultos mayores del estado de Guanajuato, México, seleccionados mediante muestreo no probabilístico a conveniencia. Para la colecta de datos se utilizó una ficha sociodemográfica y la Escala para Vejez con Bienestar, con previa autorización por el comité de ética e investigación y se dio a firmar el consentimiento informado a los participantes. El análisis se realizó en el programa SPSS v25, aplicando estadística descriptiva (frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión) e inferencial (U de Man-Whitney y Kruskal-Wallis). La muestra estuvo conformada por 132 (63%) mujeres y 38 (37%) hombres. El promedio de edad fue de 71.98 ± 7.92 . La mayoría de los adultos mayores presentó un nivel de autocuidado regular 118 (56.2%) y bueno 86 (41%). Al realizar el análisis inferencial se observa que existe diferencia en el nivel de autocuidado por género ($U = 4193.5$, $p = .025$) y del municipio donde habitan ($KW = 14.89$, $gl = 4$, $p = .005$). La edad no mostró diferencia en el nivel de autocuidado. Se concluye que el nivel de autocuidado es diferente en el género y lugar de residencia. Estos factores deben tomarse en cuenta por el personal de enfermería para establecer estrategias de cuidado y promocionar el envejecimiento saludable, sin embargo, es necesario explorar otros factores del ámbito social.

Palabras clave: Autocuidado, Anciano, Promoción de la salud.

Introducción

El envejecimiento se puede visualizar y definir desde diversas perspectivas como son: biológicas, psicológicas, social, espiritual y funcional, entre otras. Sin embargo, existe un consenso en que la vejez es un cúmulo de modificaciones o transformaciones que van surgiendo en las personas o individuos a lo largo de la vida y se considera un resultado del paso del tiempo sobre los seres vivos. De acuerdo a estos aspectos el envejecimiento se podría definir como un proceso ininterrumpido, variable, genérico y definitivo que genera la pérdida gradual de la capacidad adaptativa en los seres vivos (Alvarado & Salazar, 2017).

Actualmente, el envejecimiento tiene especial relevancia en el mundo, debido a que se encuentra bajo una relevante transformación demográfica, la cual se caracteriza por el incremento de personas mayores de 60 años en las últimas décadas. Estos cambios en las grupos de edad poblacional, se han dado de manera paulatina en países con mayor crecimiento económico e industrial, sin embargo, en los países en vías de desarrollo y crecimiento, como es el caso de México, el incremento de la población adulta mayor se ha dado de forma rápida, ya que se prevé que para el año 2050 la población mayor de 60 años representará más del 20% del censo poblacional total. Estos cambios en la pirámide poblacional son el resultado en la disminución de la natalidad y mortalidad, producto de los avances de investigación tecnológica y de la mejora en los cuidados a la salud. En otras palabras, podría percibirse como un triunfo de los programas para prevenir embarazos, mejora en la formación del personal de salud con programas de calidad, avance en el conocimiento científico y tecnológico del cuidado, pero de igual modo se considera un reto para los sistemas de salud (Aranco, Stampini, Ibararán & Medellín, 2017; Helpage International, 2015).

Asociado al cambio demográfico, se ha transformado el panorama epidemiológico, es decir, las necesidades en salud de la población se han modificado y son diferentes a las que se tenían en el país hace algunos decenios atrás. Los cambios en materia de salud incluyen el

incremento de las enfermedades crónico degenerativas como resultado de los estilos de vida poco saludables, altos niveles de estrés, incremento en el sobrepeso, obesidad, consumo excesivo de tabaco y alcohol, entre otros aspectos (Aranco, Stampini, Ibararán & Medellín, 2017).

No obstante, el envejecimiento es un fenómeno muy diverso que está influido por múltiples factores como la genética, el contexto social e histórico del ser humano que se derivan de la cultura, así las capacidades emocionales y espirituales que se originan en las relaciones interpersonales, sociales, religiosas, forma de ser, hábitos y costumbres (Alvarado & Salazar, 2017), por lo tanto, cada persona lo experimenta de forma diferente. El proceso de envejecer no necesariamente es sinónimo de enfermedad, dependencia y falta de productividad en la vida social de las personas, aun cuando aparecen cambios y deterioros normales con el transcurso de los años (González & De la Fuente, 2014).

Una de las esferas con mayor afectación es la biológica, ya que dentro de los cambios físicos normales que aparecen son: la disminución de la agudeza visual, auditiva y del gusto, pérdida de la masa muscular, densidad ósea y por lo tanto, limitación de la movilidad, disminuyendo la práctica de actividades físicas regulares. A nivel de la piel se presentan cambios estructurales, incrementando el riesgo de úlceras, hematomas, infecciones y demora en el proceso de cicatrización de heridas. En la salud oral y digestiva se muestra un incremento de caries dentales, enfermedad periodontal, disminución de la peristalsis intestinal y estreñimiento. La eliminación urinaria normal se ve afectada y se presenta incontinencia, que en conjunto hace que se afecte la cantidad y calidad del patrón de sueño en los adultos mayores (González & De la Fuente, 2014; Leitón, 2014).

A nivel psicosocial se observa que hay una predisposición a la tristeza, melancolía o depresión derivado de la jubilación, problemas familiares, dependencia en algunas actividades normales de la vida diaria, el déficit cognitivo o rapidez de pensamiento y reacción, la disminución de actividades recreativas, la pérdida de familiares, amigos, el cónyuge o incluso el pensar en la propia muerte. Ante estos cambios, algunos adultos

mayores encuentran un refugio en sus creencias filosóficas, religiosas y de valores como un recurso importante para el afrontamiento ante las situaciones adversas que se le presentan en esta etapa de vida (González & De la Fuente, 2014; Leitón, 2014).

El resultado final de los cambios y pérdidas en los diversos aspectos que conforman al ser humano, desde una perspectiva integral, hace que se dificulte la satisfacción de necesidades y limita el desarrollo de sus potencialidades y la posibilidad de ejercer una vida plena. Es por ello que los adultos mayores deben adaptarse y asumir el papel principal de su propio cuidado, con el fin de alcanzar un envejecimiento con bienestar o saludable. El envejecimiento saludable se entiende como el proceso para desarrollar y mantener la capacidad funcional física, mental y social que permite sentirse bien ante el proceso de envejecimiento, utilizando medios como el fomento y mantenimiento de la capacidad intrínseca (capacidades físicas y mentales), o permitir que alguien con algún tipo de deterioro logre hacer las cosas que crea importantes. Para lograr este fin, el autocuidado se convierte en la mejor alternativa desde el enfoque de enfermería para contribuir con este cometido (Leitón, 2014; Leitón, 2016).

Orem (2014), define autocuidado, como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. Acorde a este referente teórico, el rol del personal de enfermería es ayudar a la persona a responsabilizarse de su propio cuidado, para lo cual se utilizaran 5 formas de asistencia: actuar por otro, guiar, apoyar, procurar un entorno para el desarrollo de la persona y enseñar. El personal de enfermería emplea 3 maneras de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o educativo según la capacidad y la voluntad de la persona.

El autocuidado es importante en los adultos mayores porque va a permitir el desarrollo de aptitudes, habilidades y conocimientos que permitirán mantener la independencia funcional, física, emocional y el funcionamiento a la sociedad, prevenir algunas patologías, hacer menos grave la enfermedad o discapacidad, mejorar la interacción

entre los sistemas de servicios sociales y de salud, así como desarrollar el sentimiento de satisfacción y bienestar en la vida (Leitón, 2016).

Existen diversos factores que se encuentran asociados con una mejor percepción de salud durante el envejecimiento, entre los que la literatura describe son los siguientes: el género masculino, un mayor nivel de estudios, mayor estatus socioeconómico y mejores condiciones de vida en la niñez, edad tardía para tener el primer hijo (Liu & Su, 2017; Montero, López, Acevedo & Mora, 2015), sin embargo, no se encontraron artículos que asociaran factores sociodemográficos con el autocuidado para vejez con bienestar. Por lo tanto, el objetivo es examinar la diferencia del nivel de autocuidado por edad, género y lugar de residencia en adultos mayores.

Método

El presente estudio se realizó bajo diseño cuantitativo y se trata de un estudio, descriptivo, comparativo, prospectivo y de corte transversal. La muestra total fue de 210 adultos mayores del estado de Guanajuato, México y se calculó bajo los siguientes criterios en el programa epidat v. 4.2: una potencia estadística de 80% y un nivel de significancia de 0.05, seleccionados mediante muestreo no probabilístico a conveniencia en los municipios de Tierra Blanca, Victoria, Santa Catarina, Dr. Mora y San José del Estado de Guanajuato. La selección de los participantes se realizó en base a los siguientes criterios de inclusión: Adultos mayores de 60 años o más, ambos sexos y deseo de participar de forma voluntaria en el proyecto. Se excluyeron a las personas mayores que decidieron abandonar el estudio y que no completaron la cédula de datos y el cuestionario.

Para la colecta de datos se utilizó una ficha sociodemográfica que incluía preguntas sobre la edad, género y municipio de residencia. La edad se agrupó de acuerdo a la clasificación de Martín (2011), en la cual indica que el adulto mayor se puede clasificar en: 1) Fase temprana: de 60 a 69 años, 2) Fase intermedia: de 70 a 84 años y 3) Fase Avanzada:

mayores de 85 años. Para valorar el nivel de autocuidado se utilizó la Escala de Autocuidado para Vejez con Bienestar desarrollada por Leitón en el año de 2005 (citada por Leitón, 2014) en Perú, tiene de base la teoría de Orem y los cambios que se dan en el envejecimiento. Consta de 80 ítems agrupados en dos dimensiones:

1) Biológica, la cual consta de 55 ítems: a) Cuidado con los ojos: 6 ítems, b) Cuidado con los oídos: 6 ítems, c) Cuidado de piel: 6 ítems, d) Cuidado con los pies: 6 ítems, e) Cuidado con la boca: 6 ítems, f) Actividad física: 1 ítem, g) Cuidado nutricional: 6 ítems, h) Cuidado con la eliminación: 6 ítems, i) Cuidado en el sueño: 6 ítems y j) Cuidado con la memoria: 6 ítems.

2) Dimensión Psicosocial Y Espiritual que consta de 26 ítems: a) Participación en actividades de ocio: 5 ítems, b) Autoestima: 5 ítems, c) Estado emocional: 6 ítems, d) Adaptación: 5 ítems y e) Espiritualidad: 4 ítems. Para los ítems: 1-6, 8, 11, 12, 13-17, 19-22, 24-40, 42, 44-51, 53, 55-59, 61-67, 69- 70, 72, 74-77, 79, 80; fue valorado por la siguiente escala: Siempre (S): 3 puntos, A veces (AV): 2 puntos y Nunca (N): 1 punto. Para los ítems: 7, 9, 10, 18, 23, 41, 43, 52, 54, 60, 68, 71, 73, 78, fue valorado por la siguiente escala: Siempre (S): 1 punto, A veces (AV): 2 puntos y Nunca (N): 3 puntos.

El máximo puntaje de la escala es de 240 puntos y el mínimo de 80 puntos, siendo la clasificación general: Nivel de Autocuidado Bueno: 188 - 240 puntos. Nivel de Autocuidado Regular: 134 - 187 puntos. Nivel de Autocuidado Deficiente: 80 - 133 puntos. Se realizó un aprueba piloto. La autora reporta una confiabilidad según el Alpha de Cronbach de 0.917 mostrando buena consistencia interna. Como se puede observar, la interpretación también puede ser que a mayor puntaje mejor nivel de autocuidado para una vejez con bienestar (Leitón, 2014).

El presente proyecto de investigación tuvo su fundamento ético en lo reglamentado por la Ley General de Salud en materia de investigación (Secretaría de Salud, 1987, actualización 2014). El estudio contó con el consentimiento informado por escrito y firmado por los adultos mayores participantes, se llevó a cabo una vez que se obtuvo la

aprobación de la comisión de ética e investigación de la Escuela de Licenciatura en Enfermería, Unidad Torreón de la Universidad Autónoma de Coahuila (UAdeC) con registro 2017/ELEUAC/005. Este estudio se consideró de riesgo mínimo, ya que se colectaron datos a través de cuestionarios al adulto mayor. Finalmente, se les explicaron a las personas mayores el objetivo del estudio y que sus datos personales no se darán a conocer en los resultados del estudio. Dado que no se manipuló variable alguna, se consideró que el consentimiento del participante fue suficiente.

Para el análisis estadístico se capturaron los datos en el programa SPSS v25 para Mac. En el análisis descriptivo se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar, valor mínimo y máximo) para las variables cuantitativas. Se realizó el análisis de fiabilidad con el Alpha de Cronbach y para el análisis inferencial se aplicó la U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados

De los 210 adultos mayores de la muestra, 132 (63%) eran mujeres y 38 (37%) hombres. El promedio de edad fue de 71.98 ± 7.92 , la edad mínima fue de 60 años y la máxima de 95 años de edad. Al realizar el análisis por grupos de edad, los resultados muestran que 96 (45.7%) estaban en la fase temprana, es decir entre 60 y 69 años de edad, otros 96 (45.7%) se encontraban en la fase intermedia (de 70 a 84 años) y 18 (8.6%) estaban en la fase avanzada (mayor a 85 años).

En cuanto a los puntajes de la Escala de Autocuidado para vejez con Bienestar se obtuvo un promedio de 180.95 ± 22.59 y con una puntuación que osciló de 115 a 229 puntos. Al categorizar el nivel de Autocuidado se obtuvo que 118 (56.2%) tenían un nivel de autocuidado regular, 86 (41%) fue bueno y 6 (2.9%) deficiente. Los adultos mayores provenían de los siguientes municipios del Estado de Guanajuato: 87 (41.4%) de Tierra

Blanca, 50 (23.8%) de Victoria, 36 (17.1%) de Santa Catarina, 23 (11%) de Dr. Mora y 14 (6.7%) de San José.

El análisis de fiabilidad del instrumento indicó un Alpha de Cronbach general de 0.920 y al realizar el análisis por dimensión se observa que en la dimensión biológica la confiabilidad fue de 0.890 y en la dimensión psicosocial y espiritual fue de 0.849, demostrando buen grado de consistencia y estabilidad en las puntuaciones obtenidas.

Finalmente, al realizar el análisis inferencial se observa que existe diferencia en el nivel de autocuidado por sexo ($U= 4193.5$, $p=.025$) como se puede ver en la figura 1, así como en el municipio donde habitan (Kruskal-Wallis= 14.89, $gl=4$, $p=.005$) como se observa en la figura 2. Al realizar la comparación por parejas entre los municipios de procedencia se observa que la diferencia significativa se encuentra entre Tierra Blanca y Dr. Mora ($p=.002$), Tierra Blanca y San José ($p=.008$), Santa Catarina y Dr. Mora ($p=.018$), Santa Catarina y San José ($p=.037$), Victoria y Dr. Mora ($p=.019$), así como entre Victoria y San José ($p=.041$). Los grupos de edad no mostraron diferencia significativa en el nivel de autocuidado (Kruskal-Wallis= 3.886, $gl=2$, $p=.143$).

Figura 1. Diferencia del puntaje en el Nivel de Autocuidado para Vejez con Bienestar por género

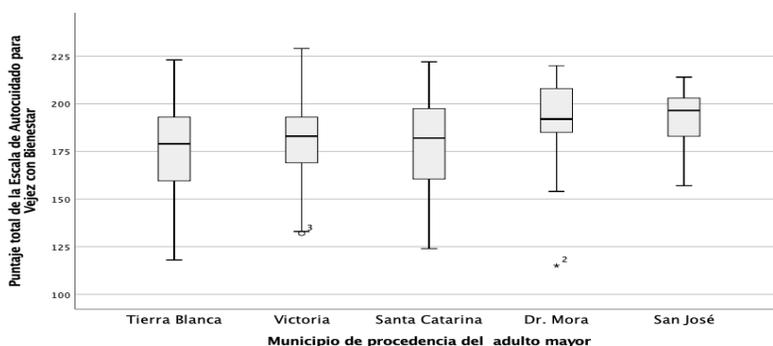
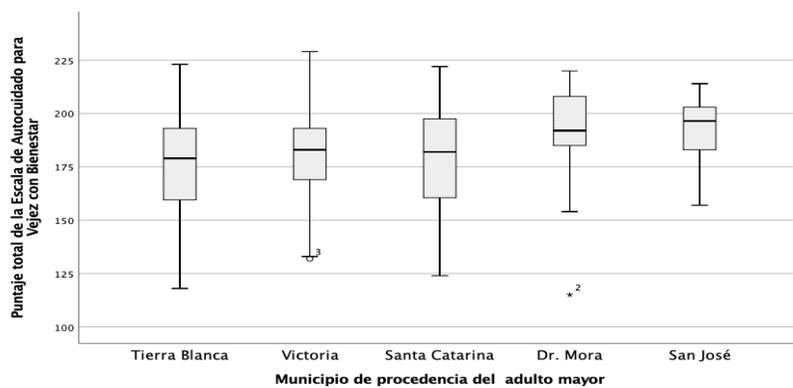


Figura 2. Diferencia del puntaje en el Nivel de Autocuidado para Vejez con Bienestar por municipio de residencia



Conclusiones

En contraste a lo reportado por Leitón (2014), así como Castiblanco y Fajardo (2017), donde señalan que el nivel de autocuidado en los adultos mayores estudiados estuvieron en niveles regular y bueno, en esta investigación se observa que se tiene un porcentaje cercano al 3% con un nivel de autocuidado deficiente, que aunque si bien es bajo, no deja de ser alarmante para el área de la salud y en especial para la Enfermería, ya que es la encargada de brindar la educación para la salud.

La confiabilidad de la Escala de Autocuidado para Vejez con Bienestar se encontró muy similar a la que reporta Leitón en el 2014, ya que en su estudio ella indicó que obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.917 y en el presente estudio fue de 0.920, demostrando que el instrumento también puede ser aplicable a la población mexicana.

De igual forma, los resultados muestran que el género tiene un influencia sobre el nivel de autocuidado, sin embargo, a diferencia de los resultados de Can, Sarabia y Guerrero (2015), así como de Montero, López, Acevedo y Mora (2015) donde concluyen que la mujer tiene peor nivel de autocuidado y por lo tanto, impacta en los resultados del envejecimiento saludable, el análisis en este estudio muestran que el nivel de autocuidado es más elevado en el género femenino. Sin embargo, estos estudios indican que la edad también tiene un impacto en el nivel de autocuidado y bienestar, contrario a lo que muestra el resultado de la presente investigación.

Finalmente, los resultados de esta investigación muestran el nivel de autocuidado es diferente de forma significativa dependiendo del municipio donde viven los adultos mayores, sería importante que en futuros estudios se analizara las características de los municipios de donde provienen los adultos mayores y las etnias, ya que pudiera brindar datos culturales, de hábitos y costumbres que aclaren la diferenciación del nivel de autocuidado para vejez con bienestar.

A modo de conclusión, se observa que el nivel de autocuidado se encuentra influenciado por diversos factores sociodemográficos como el género y el área de residencia. Estos factores se deben tomar en cuenta de forma previa a la educación para la salud por el personal de enfermería, ya que permitirá establecer estrategias de cuidado con resultados más efectivos en la promoción del envejecimiento saludable. Sin embargo, es necesario explorar otros factores sociales como la familia, cultura, apoyo social, nivel de resiliencia y factores educativos que pudiera intervenir en el nivel de autocuidado de los adultos mayores.

Referencias

- Alvarado, A.M. & Salazar, A.M. (2017). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2): 57-62. Recuperado el 18 de septiembre de 2018. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. & Medellín, N. (2017). Panorama de envejecimiento en America Latina y el Caribe. Washington: USA. Recuperado el 18 de septiembre de 2018, de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8757/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF?sequence=3>
- Can, A.R., Sarabia, B. & Guerrero, J.G. (2015). Autocuidado en las personas de la ciudad de San Francisco de Campeche. *Revista iberoamericana para la investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11): 1-19.
- González, J. & De la Fuente, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1): 121-130. Recuperado el 18 de septiembre de 2018, de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851791013.pdf>
- Helpage International. (2015). Global AgeWatch. Índice global de envejecimiento, AgeWatch 2015: Resumen Ejecutivo. London: England. Recuperado el 18 de septiembre de 2018, de <http://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>

- Leitón, Z. (2014). Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionada con independencia funcional y depresión del adulto mayor. *Enfermería, investigación y desarrollo*, 12(1): 32-46.
- Leitón, Z. (2016). El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(3): 139-141. Recuperado el 18 de septiembre de 2018, de <http://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/76>
- Liu, L.F. & Su P.F. (2017). What factors influence healthy aging? A person-centered approach among older adults in Taiwan. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(5): 697-707. Recuperado el 18 de septiembre de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27240705>
- Martín, J.F. (2011). Edades. En: Rodríguez, R., Lazcano, G.A., Medina, H. & Hernández, M.A (2011). *Práctica de la geriatría*. 3ª Ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Montero, M.P., López, R, Acevedo, P. & Mora, A.I. (2015). Envejecimiento saludable: perspectiva de género y de ciclo vital. *European Journal of Investigation in Health*, 5(1): 55-63
- Orem D. (2014). Teoría del déficit de autocuidado. En: Modelos y teorías en enfermería. España: Harcourt-Brace.
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. México. Recuperado el 18 de septiembre de 2018 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 9

Prevalencia de riesgo de caídas en el adulto mayor. Estudio comparativo en dos unidades de Medicina Familiar

Georgina Mayela Núñez Rocha, Blanca Nayeri Montemayor Guevara, Ana María Salinas Martínez, Mirna Amelia Meléndez Buitrón, María Natividad Avila Ortíz, Esteban Gilberto Ramos Peña, Silvia Guadalupe Soltero Rivera y Milton Carlos Guevara Valtier

Introducción

Los accidentes por caídas en el adulto mayor han sido considerados como uno de los gigantes de la geriatría; son un problema de salud pública de gran magnitud derivado de los cambios desencadenados en esta etapa de la vida, y trae como consecuencia repercusiones físicas y psicológicas. Ocasiona alteraciones en la calidad de vida tanto del anciano como del cuidador que pueden llegar a limitar sus actividades habituales causando una importante morbimortalidad. Las caídas provocan lesiones importantes y fracturas que en los pacientes

de edad geriátrica conllevan a una larga y difícil rehabilitación, pudiendo llegar a ser en ocasiones fatales. Los adultos mayores representan el 12 % de la población. La mortalidad quizás no es estimada, una caída es un factor predisponente independiente de la disminución funcional. La tasa de mortalidad entre los enfermos que han sufrido una fractura de cadera es del 10-20% más alta que entre aquellas de igual sexo y edad que no la han sufrido. Cerca de 5% de los que caen sufren una fractura.

El envejecimiento ha sido definido como todas las manifestaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, es uno de los problemas más graves con que se enfrentan los sistemas de salud y seguridad social en el mundo. Un adulto mayor se define como toda aquella persona de 65 años o más. La caída se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo, contra su voluntad. En Estados Unidos de América, los costos directos e indirectos asociadas con las caídas son un total de 75 a 100 billones de dólares anualmente.¹⁰ El impacto económico de las caídas en personas mayores es una materia de incremento que concierna a la salud pública ya que la población de más de 60 años en el Reino Unido aumenta. Sin embargo, el costo de las caídas en personas mayores en el Reino Unido no ha sido ampliamente estudiado o cuantificado.¹¹ Aproximadamente uno de cada 4 personas de más de 65 años manifiesta haber sufrido una caída en el último año.¹² En estudios de países desarrollados se refiere que 30% de las personas de 65 años o más que viven en su casa, pueden caer una o más veces por año; este porcentaje se incrementa hasta 50% en los mayores de 80 años. Predomina en el sexo femenino en una relación de 2.7:1 en las personas de 60 a 65 años, pero tiende a igualarse por sexos conforme se incrementa la edad, e incluso tiende a ser más frecuente en los varones después de los 85 años. Alrededor del 20% de todas las caídas requieren atención sanitaria, un 10% con lesiones importantes (el 4-6% de los ancianos que caen presenta fracturas) y el 40-50% presenta lesiones menores como heridas, contusiones o hematomas. Cerca de un 25% de las consultas en los departamentos de urgencias son por caídas, siendo un 10% de las personas mayores refieren complicaciones serias. La etiología de la caída en el adulto mayor es multifactorial, se han

identificado factores de riesgo condicionantes como la edad, alteraciones del equilibrio, presencia de dos o más enfermedades crónicas, inactividad física previa, aislamiento, enfermedades neurológicas, así como factores precipitantes entre los que se encuentran la fiebre, el desequilibrio hidroelectrolítico, los cambios de residencia y el entorno, entre otros. Las repercusiones psicológicas se caracterizan por miedo a caer otra vez, ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo, aislamiento social y restricción de las actividades de la vida diaria. En el ámbito social las principales consecuencias se refieren al núcleo familiar, el cual traduce su ansiedad en sobreprotección, que limita la relativa autonomía del anciano. En lo referente a los factores intrínsecos, se encuentran: las discapacidades, alteraciones visuales, pérdida de equilibrio relacionada con la edad e infecciones del oído. También las enfermedades crónicas: como enfermedad de Parkinson, demencias, enfermedad cerebrovascular, caídas previas, medicación múltiple y el uso incorrecto de los fármacos. Pérez- Pérez y col. han demostrado además la fuerte relación que existe entre los trastornos de la visión y de la movilidad con el riesgo de caídas. El pronóstico depende de las consecuencias, de la incapacidad previa y si se produce en una persona aislada. Un tercio de las personas mayores con estas características fallecen en un año. Algunas caídas y las consecuencias tienen un mayor rol en la calidad de vida, en los programas de rehabilitación, los cuales disminuyen el riesgo de caídas para considerar todos los factores contribuyentes como la flexibilidad y el balance y ambos aminoran el riesgo de caídas y mejora la calidad de vida. La relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida llega a ser significativo. Se ha realizado un estudio de la diferencia entre un área rural y urbana, siendo que en el área rural, los factores predominantes son por falta de lámpara o interruptor al alcance de la cama, así como también el tránsito de animales domésticos en el hogar, mientras que en las áreas urbanas predominan los factores de riesgos personales como es el uso de calzado de suelas resbaladizas y desajustadas.¹⁸ Bajo este contexto, es de gran importancia mencionar que en México, la población de más de 60 años para el año 2020 habrá pasado de dos a quince millones. La población mayor de 65 años en México aumenta su volumen a un ritmo acelerado. Estos riesgos aumentan con la edad. Por lo anterior es de gran trascendencia identificar el riesgo de caídas en este grupo vulnerable, para actuar en aspectos preventivos y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la población adscrita a medicina familiar pasó de 2.5 millones en 1990 a 3.8 millones en 2000, es decir de 6.4 a 12.4% del total de la población en la institución. El IMSS pierde anualmente alrededor de 160,000 derechohabientes por causas de muerte de diversa naturaleza y una de ellas son los accidentes por caídas. Su rápido crecimiento en México implica que entre 1996 y 2014 se duplicará su tamaño, prácticamente se habrá quintuplicado en 2035 y se habrá multiplicado hasta casi 8 veces para el 2050, cuando su monto supere los 32 millones de habitantes. Los riesgos de caídas se presentan muy frecuentemente causando, en ocasiones, severas complicaciones. En el Hospital General Subzona No. 11 de Montemorelos, Nuevo León, cuentan con 4566 adultos mayores adscritos y en la Unidad Médica Familiar No. 3 de Monterrey, Nuevo León se encuentran adscritos 13,122 adultos mayores en el mes de julio de 2006.

Bajo el contexto expuesto, el beneficio de llevar a cabo este estudio se fundamenta en establecer la magnitud del riesgo de caídas tanto de una unidad como la otra, con el fin de planear programas dirigidos a este grupo vulnerable. Por lo tanto, surge la pregunta: ¿Cuál es la prevalencia de los riesgos de caídas en el adulto mayor entre la Unidad Médica Familiar No. 3 de Monterrey, Nuevo León y en el Hospital General Subzona No. 11, en el servicio de Medicina Familiar, de Montemorelos, Nuevo León?

La población del adulto mayor aumenta rápidamente y representará el 25% de los habitantes en el año 2030. Para el Instituto Mexicano del Seguro Social, el envejecimiento de la población representa un desafío mayúsculo para la esencia de su misión como institución de seguridad social y de atención médica.

Las caídas son el tipo más común de accidentes en este grupo de edad y da como resultado fracturas e inestabilidades subsecuentes, incrementa el miedo a caer de nuevo, hay soledad y disminuye la movilidad y eso causa un incremento en la morbilidad.

El estudio se realizará con el fin de conocer la diferencia entre los riesgos de caídas dichas unidades del Instituto Mexicano del Seguro Social, ya que los factores intrínsecos y

extrínsecos son muy diferentes entre sí y el beneficio de llevar a cabo este estudio se fundamenta en establecer la magnitud de los riesgos de caídas y así el médico familiar aconsejará y dará las medidas preventivas contra accidentes en el adulto mayor.

Por lo anterior el objetivo general del presente estudio es; Comparar la prevalencia de riesgo de caídas en el adulto mayor de 65 años de edad entre la Unidad Médica Familiar No. 3 y en el servicio de Medicina Familiar del Hospital General Subzona No.11 de Montemorelos, Nuevo León. Objetivos específicos: 1) Determinar la prevalencia de riesgo de caída en el adulto mayor de 65 años o más en la Unidad Médica Familiar No. 3. 2) Determinar la prevalencia de riesgo de caída en el adulto mayor de 65 años o más en el Hospital General Subzona No. 11 de Montemorelos, Nuevo León.

Método

El diseño de estudio fue Descriptivo, observacional, transversal, comparativo. La población de estudio: Paciente adulto mayor de 65 años o más con adscripción en la Unidad de Medicina Familiar No. 3 y en el Hospital General Subzona No.11 en el servicio de Medicina Familiar.

Criterios de Selección: Inclusión: Paciente adulto mayor de 65 años o más con adscripción en la Unidad Médica Familiar No.3 y en el Hospital General Subzona No.11 en el servicio de Medicina Familiar. Exclusión: Paciente adulto mayor de 65 años o más que no deseen participar en la encuesta. Eliminación: Pacientes con exámenes y encuestas incompletas (n=3). Técnica Muestral: Muestreo no probabilística, por cuota.

Calculo del tamaño de la muestra:

Fórmula para estimar diferencia de proporciones en dos poblaciones

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 (p_1 Q_1 + p_2 Q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$Z\alpha = 1.64$
 $Z\beta = 0.84$
 $p_1 = 0.20$
 $Q_1 = 0.80$
 $p_2 = 0.3$
 $Q_2 = 0.70$

$$= \frac{(1.64 + 0.84)^2 (0.20 * 0.80 + 0.30 * 0.70)}{(0.20 - 0.30)^2} = 125$$

VARIABLES DE ESTUDIO

Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Fuente de información	Responsable de la información
Dependiente Riesgo de caídas	Son consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su	Se considerará riesgo de caída cuando la escala de Tinetti que dé un total	Planta de la casa Con quien vive Padecimiento actual de salud Tratamiento	Numérica	Encuesta	Tesista

	voluntad	de 19 puntos o menos.	médico actual			
			Caídas			
			Número de caídas			
			Causas de las caídas			
			Lugar de ocurrencia			
			Escala de Tinetti			
			Equilibrio			
			Marcha			
			Visión			
			Audición			
			Pisos			
			Cuartos de baño			
			Iluminación			
			Escaleras			
			Áreas Exteriores			

			Calzado			
			Precauciones personales			
			Animales de compañía			
Independiente	Adulto mayor de 65 años.	Persona mayor de 65 años de edad				
Adulto mayor						

Plan De Análisis: Estadística descriptiva: Porcentajes, promedios, desviación estándar.
 Estadística inferencial: Prueba de diferencia de proporciones para las variables categóricas y Prueba de T para poblaciones independientes para las variables numéricas.

Resultados

Del total de 249 pacientes, el % pertenecían a la unidad medicina familiar No. 3 y el resto a la Unidad No. 11 de Montemorelos, Nuevo León, El promedio de edad fue de 72.7 ± 6 ; de ellos lo correspondiente a sexo masculino fue de 42.6%, los que vivían con su familia un 77.5%, Adultos mayores con dos o más padecimientos fue de un 47.4% y con dos o más tratamientos médicos 42.6%. De la población total, los adultos mayores que habían presentado caída en el último año fue un 49.6%, con un promedio de número de caídas en el

último año de $1.04 \pm$; las causas de caídas por alteración del equilibrio fue en un 32.3%, por visión borrosa un 4% y por alteración de la marcha un 63.7%; siendo el lugar de caída en la casa en un 77.4%, en lugar público el 11.3% y en la calle el 11.3%. , los que no utilizan zapatos bajos y cómodos fue un 14.9% y el 12% sus zapatos no están bien ajustados, el 78.3% camina descalzo. Adultos que presentaron dificultad para enfocar, leer y ver televisión fue en un 71.1%; y los que tenían la visión corregida fueron el 62.7%. Por otro lado, los que tuvieron problemas de audición en oído derecho el 73.1% y en el oído izquierdo 73.9%.

En lo referente a la escala de Tinetti el promedio total (equilibrio y marcha) de las dos unidades médicas familiares fue de $21.85 \pm$, dando como resultado una prevalencia de riesgo de caídas el 38.6% en la población total y de manera desagregada el 51.6 % de la unidad 3 vs el 25.2 % de la unidad 11 ($p < .05$)

En la seguridad domiciliaria, en lo concerniente al número de pisos de la casa, el resultado fue de dos plantas el 14.1%, los adultos mayores que viven solos dio un porcentaje de 22.5% y los pisos de material resbaloso son de 29.1%, tapetes en las partes superior e inferior de las escaleras un 27.7%, el camino libre de obstáculos el 54.9%, en los cuartos de baño un 79.3% no tienen tapetes antideslizantes y en la regadera un 67.1% no cuentan con agarradera fija. Asimismo, un 30.8% no tienen tapete antideslizante al salir de la regadera y en cuanto a la iluminación de la casa el 18.1% no tienen apagadores de luz cerca de las puertas y el 7.7% no hay iluminación suficiente en sus viviendas. Las luces nocturnas se encuentran ausentes en el 14.3% de los domicilios. En las casas que tienen escaleras, el 14.3% no tienen pasamanos seguros en ambos lados. Un 62.3% no tienen banco para alcanzar los objetos altos y las calles no se encuentran bien pavimentadas en un 22.1%. En cuanto a los implementos de limpieza que no se mantienen bien guardados fue en un 6.1%. Los adultos mayores que poseen animales de compañía fue un 39.8%.

Conclusiones

La prevención de caídas debe ser una prioridad en la atención del paciente adulto mayor, por sus graves consecuencias que merman su calidad de vida haciéndola más dependiente de los demás para realizar las actividades cotidianas más elementales.

Este estudio permite de manera simple, evaluar el riesgo de volver a caer que tiene un anciano. Tener claro esta probabilidad, al enfrentar a nuestros pacientes, nos ayuda a buscar alternativas posibles para disminuir sus riesgos, ya que existe evidencia de que se consigue una reducción de las caídas entre un 30 y un 39% si se hace una intervención multifactorial. Sus principales componentes son: revisar los tratamientos farmacológicos, controlar la hipotensión postural, corregir las deficiencias en la audición y la visión, prevenir los riesgos ambientales como en la seguridad domiciliaria, promover el ejercicio físico como el Tai Chi, detectar y cuidar los problemas en los pies y recomendar una dieta rica en calcio.

En la escala de Tinetti, los riesgos de caídas más frecuentes fueron la necesidad de usar los brazos para levantarse y sentarse, la necesidad de bastón para estar de pie, marcha con talones separados, flexión de rodillas durante la marcha y no levantar el pie completamente.

Referencias

Barger E, Clement J, Lavoie A, Barnvita JM, Aumont F, Clas D. A simple fall in the elderly: not so simple. *Journal of Trauma Injury Infection & Critical Care*. 60(2): 268-73, 2006 Feb.

Curcio, C. L., Gómez, F., Osorio, J. L., & Rosso, V. (2009). Caídas recurrentes en ancianos. *Acta Médica Colombiana*, 34(3), 103-110.

Fernández Solórzano, S. I., De la Cruz, H., & Del Pilar, K. (2017). Factores Intrínsecos y Extrínsecos que determinan las caídas en el Adulto Mayor.

Garrido Ortega, D. A. (2019). Evaluación de equilibrio, marcha y riesgo de caída en adultos mayores de la población del Valle del Chota (thesis). Bachelor's

Gómez JF, Curcio CL, Orjuela JE, Ramírez JJ. Envejecimiento en comunidades campesinas: proyecto envejecer en el campo. *Colombia Med* 1998; 29(4): 121-124.

Gómez-Juanola M, Conill- Godoy JL, Pulido-Ramos JC, Pérez-Carvajal A, Cantún I. Factores de riesgo de accidentes en la edad geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004; 20(5/6).

Gutiérrez-Robledo LM. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. México, 2004 (Consulta: Junio de 2006. www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm26.pdf

Hawk Ch, Hyland J, Rupert R, Colonvega M, Hall S. Assessment of the balance and risk for falls in a sample of community-dwelling adults aged 65 and older. *Chiropr Osteopat* 2006; 14:3.

Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. Segunda Edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, DF. 1998.

Muñoz O, García-Peña C, Durán L. La salud del adulto mayor. *Temas y debates*. 1ª. Edición 2004, pág. 45-61.

Ozcan et. al. The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adult. *BMC Public Health* 2005, 5:90.

Pérez-Pérez R, Marín-Rodríguez IM, López-Martínez A. Análisis multifactorial de los ancianos de un consultorio de Medicina Familiar. *Medicina de Familia (And)* 2005; 6(1).

Pérez-Hernández, M. G., Velasco-Rodríguez, R., Maturano-Melgoza, J. A., Hilerio-López, Á. G., García-Hernández, M. D. L., & García-Jiménez, M. A. (2018). Deterioro cognitivo y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26-17(3), 1718.

Reyes-Ortiz CA, Al Snih S, Markides KS. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17(5/6): 362-9.

Santamaría, A. L., Giménez, P. J., Satorra, T. B., Orrio, C. N., & Montoy, M. V. (2015). Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Atención primaria*, 47(6), 367-375.

Salinas-Martínez AM, Villarreal Ríos E, Garza-Elizondo ME. *La Investigación en Ciencias de la Salud. Una Actividad sencilla*. Primera Edición. México, 1996.

Scuffham P, Chaplin S, Legood R. Incidence and costs of unintentional falls in older people in the United Kingdom. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 740-44.

Silva-Fhon, J. R., Partezani-Rodrigues, R., Miyamura, K., & Fuentes-Neira, W. (2019). Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 16(1), 31-40.

Vera-Sánchez M, Campillo-Motilva R. Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(5).

Sexualidad

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 10

NORMAS SUBJETIVAS E INTENCIONES DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Diego Ramón Medellín Moreno*, Raquel Alicia Benavides Torres*

*Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

El embarazo en la adolescencia es un grave problema de salud pública, ya que es uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad – pobreza. A nivel mundial la tasa de fecundidad es de 46 nacimientos por cada 1000 adolescentes de 15-19 años, sin embargo, en México el problema es aún mayor con una tasa de 77 nacimientos por cada 1000 adolescentes de 15-19 años. El inicio de la vida sexual a

temprana edad es consecuencia en el porcentaje de nacimientos en adolescentes, además de que poco se utilizan los métodos anticonceptivos y los servicios para recibir consejería anticonceptiva. Desarrollo: Por lo que, en este estudio la norma subjetiva e intenciones se utilizan para dar respuesta en el uso de métodos anticonceptivos; una de las principales razones por las que no se usan los métodos anticonceptivos podría ser que las adolescentes no perciben aprobación por parte de los referentes importantes, entendiendo estos como, la familia, la pareja y el proveedor de salud. En cuanto a la intención se refiere a la disposición de una persona a realizar una conducta dada y se considera el antecedente inmediato de la conducta, la cual poco se ha abordado en las madres adolescentes, debido a que existe poca evidencia con respecto a esta variable. Conclusión: Conocer la relación entre estas dos variables permitirá generar conocimiento en el desarrollo de intervenciones enfocadas a involucrar redes de apoyo social importantes, de tal manera, que se puedan incrementar el uso de métodos anticonceptivos. Por lo que, el presente estudio tiene como objetivo establecer el efecto de las normas subjetivas (familia, pareja y proveedor de salud) en la intención de uso de métodos anticonceptivos (no hormonales, corta, mediana y larga duración) en la adolescente embarazada en el tercer trimestre de embarazo.

Palabras clave: Normas subjetivas, intención, embarazo en adolescencia, anticoncepción.

Introducción

Los embarazos en adolescentes son un problema de salud grave. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 16 millones de mujeres de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año, siendo en su mayoría en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2018). A nivel mundial, la tasa de fecundidad es de 46 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años y en América Latina, esta tasa ocupa el segundo lugar entre las más elevadas con un total de 66.5 nacimientos por 1000 adolescentes de 15 a 19 años en el período de 2010-2015 (Organización de las Naciones

Unidas [ONU], 2015). El embarazo en la adolescencia es uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

En México, este problema es aún mayor que en América Latina. El Instituto Nacional de las Mujeres (INMujeres, 2019), reporta una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad. El país ocupa el primer lugar en embarazos adolescentes de los países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). El embarazo adolescente se asocia con riesgos y costos elevados, en el binomio madre-hijo. Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de experimentar pobreza, marginación y condiciones inadecuadas para el desarrollo humano, el mayor riesgo son las complicaciones del parto, parto prematuro y mortalidad materna. La tasa de mortalidad materna en este grupo de edad es 34.6 muertes por cada 100 mil nacidos vivos (INMujeres, 2017; Hubert et al., 2018).

En el estado de Nuevo León, la tasa de fecundidad de embarazo en adolescentes de 15-19 años de edad es de 63.3 nacimientos por cada 1000 mujeres (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2019). Además es el grupo de edad en el cual se reportan más embarazos, 14,034 nacimientos en el año del 2016 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016).

Existen factores que se relacionan con el embarazo en adolescentes. La edad promedio de inicio de la vida sexual en las mujeres de 15 a 19 años es de 15.9 años. Las mujeres en edad fértil de 15 a 19 años son el grupo más grande en edad reproductiva, ya que representan el 17% del total. Las adolescentes con grado máximo de estudios de primaria completa tienen una tasa de fecundidad tres veces más alta que las que han asistido a preparatoria. Las adolescentes que no trabajan y que viven en zonas con un grado de marginación alto, tienen mayores tasas de fecundidad (Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [ENAPEA], 2016).

La mayoría de los adolescentes no utiliza los servicios de salud disponibles para recibir consejería de anticoncepción, siendo sus amigos y parejas las principales fuentes de información (Correia et al., 2015). El embarazo repetido por falta de uso de métodos anticonceptivos es más común entre las madres adolescentes que reanudaron las relaciones

sexuales inmediatamente después del parto, que son más jóvenes que el padre de su hijo, que viven con un compañero masculino, que no tienen una relación con el padre de su hijo tres meses después del parto, parto prematuro, embarazo adolescente previo, que ha sufrido violencia de pareja dentro de los tres meses posteriores al parto y ha abandonado la escuela (Chacko et al., 2016).

La evidencia muestra que para las adolescentes embarazadas es crítico prevenir un embarazo repetido y existen diferentes opciones anticonceptivas seguras y efectivas; que pueden iniciarse en cualquier momento después del parto e incluso inmediatamente después del parto (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2012). Un estudio reportó que el 72.2% de las participantes conoce el condón masculino y es el método anticonceptivo más usado, seguido de la píldora 18.2% y 2.3% la inyección Depo-Provera (Ortiz et al., 2014). Lo anterior demuestra, que optan por las opciones de corta duración, las cuales son menos efectivas para este grupo de edad.

Los métodos anticonceptivos se pueden dividir en tres categorías, las cuales conocemos como métodos no hormonales (NH), que incluyen, el condón masculino y femenino, abstinencia, coito interrumpido o no utilizar método; los métodos de corta y mediana acción hormonal (SMH, por sus siglas en inglés) como las pastillas anticonceptivas hormonales, la pastilla de emergencia, el parche transdérmico, anillo vaginal y los inyectables; y por último tenemos los métodos reversibles de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés), DIU (Dispositivo intrauterino) e implante subdérmico. De acuerdo al Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés), la Academia Americana de Pediatras (AAP, por sus siglas en inglés) y la Sociedad para la Salud del Adolescente y Medicina (SAHM, por sus siglas en inglés), recomiendan desde el 2012 los LARC como métodos anticonceptivos de primera línea para los adolescentes (Meglio, Crowther & Simms, 2018).

Los métodos anticonceptivos han sido poco utilizados por parte de las adolescentes, una de las principales razones podría ser que las adolescentes no perciben aprobación por parte de los referentes importantes, entendiendo estos como, la familia, la pareja y el proveedor de salud. La familia es la base principal entre la sociedad y la adolescente, en

donde se debería inculcar valores y orientar en la toma de decisiones (Lavielle et al., 2014). La pareja también es un referente importante, ya que ésta influye en la conducta de utilizar métodos anticonceptivos (Chacko et al., 2016). Así que si la adolescente percibe que sus referentes importantes aprueban su conducta anticonceptiva es más probable que sea mayor su motivación para utilizarlos (Fishbein & Ajzen, 1975; 1980; 1988; 1991). El proveedor de salud es otro referente importante, porque éste la acompaña durante el estado de embarazo en el control prenatal y esto puede influir en su percepción de aprobación por parte del proveedor (Wilson, Fowler & Koo, 2013), ya que de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica (GPC) del control prenatal marca que mínimo son 5 consultas prenatales y en todas las consultas se debería de realizar consejería sobre planificación familiar.

Lo anterior es congruente con lo que postula la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada, sobre que la norma subjetiva o la aprobación de referentes importantes se relaciona con la intención y sostiene que la conducta está en función de la intención de llevarla a cabo (Ajzen & Fishbein, 1975, 1980). La teoría postula que el sujeto actúa conscientemente tomando como referencia la percepción de aprobación de referentes importantes para realizar una conducta dada (Perlman & Cozby, 1985; Reyes, 2007).

Este modelo integra factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas saludables (Fishbein & Ajzen, 1975; 1980; 1988; 1991). El objetivo de la teoría es explicar una conducta saludable en función de una intención comportamental. A su vez la intención del sujeto de llevar a cabo cierto comportamiento está en función de dos determinantes: las actitudes que son de naturaleza personal y las normas subjetivas que son el reflejo de la influencia social. Asimismo estos dos determinantes están relacionados por los factores de fondo que pueden ser individuales y sociales. Para fines de este estudio sólo se abordarán los factores de fondo, creencias normativas y la intención.

Factores de fondo. Los factores de fondo son aquellos tipos de experiencia que las personas tienen y estos pueden variar en función de las características personales (por ejemplo, edad, género, escolaridad, personalidad, temperamento, inteligencia, valores), factores sociales y culturales (por ejemplo, etnicidad, raza, religión, educación) y exposición a los medios de comunicación y otras fuentes de información (Ajzen, 1988). Sin embargo, si se

quiere considerar un factor de fondo, se deben tener razones para creer que la exposición a ese factor pudo tener diferentes experiencias y por lo tanto puede haber formado diferentes creencias relevantes para la conducta. Para fines de este estudio estos serán la edad, la educación y el número de embarazos previos que se titularán antecedentes maternos.

Creencias normativas. Se refiere a las expectativas de conducta percibidas por el individuo o grupos referentes importantes como, el cónyuge, la familia y/o los amigos de la persona. La creencia normativa es el entorno social del individuo, en el cual se combina la motivación de cumplir con el referente social importante, que contribuye a que la persona realice una conducta en cuestión (Ajzen, 2019). Las creencias que contribuyen en la percepción de la presión social del individuo y en su motivación se llaman normas subjetivas; entre más poderosa sea la norma o presión, la intención será más fuerte (Ajzen, 1988; Fishbein & Ajzen, 1975). Para fines de este estudio se considerarán las normas subjetivas de la familia, pareja y proveedores de salud.

Intención. La intención es la disposición de una persona para realizar una conducta dada, y ésta se considera como el antecedente inmediato de la conducta. La intención se basa en la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva, y su influencia es moderada por el control percibido de la conducta (Ajzen, 2019). Las intenciones se refieren al plan de acción de las personas y expresan su motivación para realizar una conducta. La intención se considera el mejor predictor sobre si una persona realmente se involucrará o no en una conducta específica. En el caso del presente estudio se estudiará la intención para el uso de métodos anticonceptivos.

De acuerdo a lo anterior se puede decir que, los antecedentes como la edad, la educación y el número de embarazos previos, las normas subjetivas de referentes importantes como la familia, pareja y proveedores influyen en las intenciones de las adolescentes para el uso de métodos anticonceptivos. Así, la norma subjetiva es vista como un predictor de la intención para desempeñar la conducta, que en este caso, sería el uso de métodos anticonceptivos en posparto. En cuanto a la norma subjetiva se considerará la percepción de la adolescente sobre lo que ella cree que debe de hacer en torno a la familia, pareja y proveedor de salud en el uso de métodos anticonceptivos.

Por lo tanto se tomarán los siguientes objetivos para evaluar las variables del presente estudio: Establecer el efecto de los antecedentes maternos (edad, educación y número de embarazos) y las normas subjetivas (familia, pareja y proveedor de salud) en la intención de uso de métodos anticonceptivos (No hormonales, corta, mediana y larga duración) en la adolescente en el tercer trimestre de embarazo. Describir los antecedentes maternos, las normas subjetivas y las intenciones de uso de métodos anticonceptivos. Establecer la relación entre los antecedentes maternos, las normas subjetivas y las intenciones.

Para el presente trabajo de investigación se utilizará un diseño de estudio descriptivo-correlacional (Burns & Grove, 2012) ya que se describirán las variables de estudio y se establecerán las relaciones entre los antecedentes maternos, las normas subjetivas y las intenciones para usar métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas. La población estará conformada por adolescentes embarazadas menores de edad, que se encuentren cursando el tercer trimestre de gestación y lleven su control prenatal en un hospital de tercer nivel de atención en el área metropolitana de Monterrey. El tamaño de la muestra es de 207, el cual fue calculado en el programa nQuery Advisor, estimado para una prueba de regresión lineal múltiple con seis variables independientes con un coeficiente de determinación entre pequeño y mediano de $R^2 = .08$ (Cohen, 1988), un intervalo de confianza del 95% y una potencia de prueba del 90%. El muestreo será por censo, dado que se acudirá a la consulta de control prenatal y se abordará a todas las adolescentes que cumplan los criterios de inclusión hasta completar la muestra.

Se utilizará una cédula de datos personales, la cual fue realizada para medir las variables sociodemográficas del presente estudio, consta de tres reactivos en donde se incluye, edad, educación y número de embarazos. Para evaluar las normas subjetivas se utilizará la escala de provisión social para uso de métodos anticonceptivos, la cual fue adaptada de la Social Provision Scale (Cutrona & Russell, 1987) y será utilizada la versión corta de 10 reactivos. Esta escala mide la provisión social de la familia, pareja y proveedor de salud para el uso de métodos anticonceptivos en la adolescente, la cual fue adaptada por Caudillo (2016). Para medir la intención de uso de métodos anticonceptivos será evaluada con la escala

de intención de uso de métodos anticonceptivos (Galavotti et al., 1995), la cual fue adaptada por Manjarres (2019); la escala mide la intención a usar métodos anticonceptivos.

El presente estudio se apegará a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987) (Última reforma Diario Oficial de la Federación [DOF] 02-04-2014). Se aplicará estadística descriptiva e inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados. Las características sociodemográficas se analizarán mediante estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Mediante la estadística inferencial se analizarán las variables independientes y asociaciones entre la dependiente. Se utilizará el Alpha de Cronbach para determinar la confiabilidad de los instrumentos. Para el análisis de la distribución de las variables se utilizará la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors.

Para cumplir con el objetivo de establecer el efecto de los antecedentes maternos y las normas subjetivas en la intención de uso de métodos anticonceptivos en la adolescente en el tercer trimestre de embarazo, se utilizará una prueba de Regresión Lineal Múltiple y en caso de que no muestren distribución normal las variables se utilizará la corrección de Bootstrap.

Para el objetivo que consiste en describir los antecedentes maternos, las normas subjetivas y las intenciones de uso de métodos anticonceptivos, se utilizará la estadística descriptiva, mediante frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Para el objetivo que consiste en establecer la relación entre los antecedentes maternos, las normas subjetivas y las intenciones, se utilizará una Correlación de Pearson para distribución normal o Correlación de Spearman para distribución no normal.

Conclusión

Se pretende conocer la relación entre estas dos variables la norma subjetiva y la intención permitirá generar conocimiento de utilidad para el desarrollo de intervenciones de enfermería enfocadas a involucrar redes de apoyo social importantes para la adolescente embarazada, de tal manera que se pueda incrementar el uso de métodos anticonceptivos en este de grupo de riesgo.

Referencias

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Londres: Prentice Hall International.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2019). The theory of planned behaviour diagram. Recuperado de: <https://people.umass.edu/~ajzen/tpb.diag.html#null-link>
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1988). From intentions to actions. En I. Ajzen (ed.) *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: The Dorsey Press.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). *Investigación en enfermería*. Madrid, España: Elsevier
- Caudillo, O. L. & Benavides, T. R. A. (2016). *Modela de la conducta anticonceptiva en mujeres desde un abordaje con métodos mixtos (Tesis Doctoral)*. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Center Disease Control (CDC) (2012). Sexual experience and contraceptive use among female teens in the United States 2006-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012; 61: 297-301.
- Chacko, R. M., Wiemann, M. C., Buzi, S. R., Kozinetz, A. C., Peskin, M. & Smith, B. P. (2016). Elección de la anticoncepción postparto: factores que predisponen a la adolescente embarazada a elegir el método menos efectivo sobre los métodos reversibles de larga duración. *Journal of Adolescent Health* xxx: 1-8.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2019). *Proyecciones de la Población de México, Estados, Municipios y Localidades 2000-2030*.
- Control prenatal con atención centrada en la paciente (2017). *Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica*. México, IMSS.
- Correia, L., Martins, I., Oliveira, N., Antunes, I., Palma, F. & Alves, M. J. (2015). Elecciones anticonceptivas pre y post embarazo en la adolescencia. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*; 28: 24-28.

- Cutrona C. E., & Russell D., W. (1987). Advances in personal relationships. En Jones, Warren H. & Perlman, Daniel (Eds), *The provisions of social relationships and adaptations to stress* (pp. 37-67).
- Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) (2016). Recuperado de: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea>
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Galavotti, C., Cabral, R. J., Lansky, A., 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.
- Hubert, L. C., Estrada, M. F., Villalobos, H. A., Sánchez, P. F. & Barrientos, G. T. (2018). *Trazando la ruta: embarazos subsecuentes en adolescentes*. Instituto Nacional de las Mujeres.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016). *Consulta interactiva de registros administrativos de natalidad 1985-2016*.
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMujeres) (2019). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMujeres). (2017). *Análisis de edades para contraer matrimonio-documento de trabajo*. Octubre 2017. (Comunicación personal-noviembre 2017).
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vásquez-Rodríguez, A., Aguirre-García, M., Castillo-Trejo, M. & Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38-43. Recuperado de

http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/738

8

- Manjarres-Posada, N.I.; Pérez-Cavazos, D.N.; Esparza, S.P. & Benavides-Torres, R.A.(2019). Validación del Instrumento de Evaluación del Uso de Anticonceptivos (IEUA). Manuscrito en preparación. Documento electrónico.
- Meglio, G. Di, Crowther, C., & Simms, J. (2018). Contraceptive care for Canadian youth. *Paediatrics & Child Health*, 2018, 271–277 <https://doi.org/10.1093/pch/pxx192>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2015), Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. World population prospects: the 2015 revision. Age-specific fertility rates by major area, region and country, 1950-2100 ["File FERT/7"]. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). El embarazo en la adolescencia. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Perlman, D. y Cozby, P.C (1985). *Psicología social*. México: Interamericana.
- Reyes R., L. (2007). *La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes*. México: Universidad Pedagógica de Durango.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>
- Wilson, E. K., Fowler, C. I. & Koo, H. P. (2013). Postpartum Contraceptive Use Among Adolescents Mothers in Seven States. *JAH*, 52(3), 278-283. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.05.004>

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 11

AUTOEFICACIA PERCIBIDA DEL ADOLESCENTE PARA PREVENIR EL VIH EN CONTEXTO RURAL Y URBANO DE PUEBLA

Silvia Vianey Reyes López*, María de Los Ángeles Meneses Tirado*

*Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Resumen

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una de las principales causas de muerte en el mundo, especialmente en jóvenes de 15 a 19 años. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2018) afirma que cada hora 30 adolescentes contraen VIH.

El siguiente protocolo de investigación señala que la autoeficacia percibida funciona como factor protector ante conductas sexuales de riesgo (Orcasitas, Mosquera, & Carrillo, 2017), en este sentido, es importante investigar la diferencia en el nivel de autoeficacia percibida (AP) para prevenir el VIH desde un enfoque comparativo tomando en cuenta la experiencia sexual previa, el sexo y lugar de residencia del adolescente en donde aún existe disparidad en las condiciones socioeconómicas, académicas y los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). Por lo anterior es importante describir este fenómeno de estudio sustentado bajo el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender (2015), el cual permitirá analizar y describir la variable cognitiva AP del adolescente para prevenir el VIH. La revisión de literatura muestra que los adolescentes son una población vulnerable y debido a los escasos artículos encontrados se considera importante la necesidad de reforzar en investigaciones que contribuyan a conocer la diferencia en el nivel de AP que disminuyan los riesgos de infección de este virus y posibles contagios futuros entre los adolescentes.

Palabras clave: Autoeficacia, VIH, Adolescentes.

Introducción

Una de las principales causas de muerte en los adolescentes de 15 a 19 años es por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), cada hora 30 adolescentes contraen este virus de acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2018), actualmente en México 87,261 de personas viven con VIH de acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida (SUIVE/DGE/SS, 2019), en el Estado de Puebla la situación no es distinta pues el 4.51% de su población se encuentra afectada en donde la principal vía de transmisión es la sexual (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida [CENSIDA, 2017]).

Los adolescentes son un grupo vulnerable debido a causas directas e indirectas, entre ellas se encuentra: el inicio precoz de relaciones sexuales, falta de conocimiento sobre el VIH, el no usar condón, bajo nivel educativo y múltiples parejas sexuales; dentro de las causas indirectas se encuentra el consumo sustancias adictivas, disfuncionalidad familiar y el contexto social en el que se desarrollan. (Pinzón & Vernaza, 2017). A pesar de tener información sobre las formas de contagio esta sigue siendo influenciada por factores socioeconómicos en donde el contexto cultural está implicado (Andrade, Estrada & Penagos, 2017).

Una de las principales variables de interés para prevenir el VIH es la autoeficacia la cual es definida como el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar una conducta promotora de salud (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015); diversos autores sugieren en profundizar en este tema debido a que permite a los jóvenes la toma de decisiones saludables en su comportamiento sexual (Dove, Silver & Swenson, 2017; Babaloo, Awasum & Quenum-Renaud, 2002).

Método

Esta revisión está basada en una selección de artículos publicados en las bases de datos National Center for Biotechnology Information (NCBI) utilizando como palabras claves los términos que engloba la autoeficacia para la prevención del VIH, utilizando como palabras claves adolescencia, autoeficacia, contexto rural y contexto urbano, abstinencia sexual uso de condón, La búsqueda incluyó artículos en cualquier idioma, publicados entre junio 2002 y junio 2019. Se seleccionaron 12 publicaciones que incluyeran los términos claves sin utilizar criterios de selección específicos.

Autoeficacia percibida comparando contextos socioculturales

Sznitman et al. (2011) realizaron un estudio en ciudades mediáticas y no mediáticas en adolescentes en donde se observa que la autoeficacia para negarse a tener relaciones sexuales es menor en las mujeres que en los hombres ($\beta = -.66, p < .001$) y que los jóvenes con inicio de vida sexual activa tienen baja autoeficacia para decir no a las relaciones sexuales ($\beta = .32, p < .001$); en cuanto a la diferencia de contextos se observa que los adolescentes de ciudades mediáticas evidenciaron menor autoeficacia para negarse a tener relaciones sexuales en comparación con los de ciudades no mediáticas ($\beta = -.15, p < .047$); esto pone en evidencia que el comportamiento sexual de los adolescentes es diferente dependiendo el contexto en el que se desarrollan.

Babalola, Awasum y Quenum-Renaud (2002), evaluaron la autoeficacia percibida para usar condón en contextos rurales y urbanos en personas de 15 a 24 años en donde evidencian que los residentes de áreas rurales tienen más probabilidades de abstinencia que los de áreas rurales además señalan que el 26% de los jóvenes de contexto rural usaron el condón comparado con el 8.1% de los jóvenes de contexto urbano; con este estudio se observa un comportamiento diferente en cuanto a la autoeficacia para decir no a las relaciones sexuales así como para el uso del preservativo.

De acuerdo a la búsqueda de literatura se observa que solo existen dos investigaciones de tipo comparativo que evidencian la autoeficacia percibida para decir no a las relaciones sexuales que a su vez funciona como factor protector ante conductas sexuales de riesgo en este sentido, es importante seguir indagando en la diferencia de comportamientos sexuales aunados a la autoeficacia percibida para la prevención del VIH.

La autoeficacia en el contexto urbano

Estudios en áreas urbanas evidencian que en contextos urbanos la autoeficacia para prevenir el VIH en los adolescentes con respecto al género es menor en los hombres (Ríos, 2016). En un estudio en Cartagena solo el 50.4% de los adolescentes mostró autoeficacia para conseguir o comprar condones fácilmente (Castillo et al. (2017). En Guerrero se realizó

un estudio en donde utilizaron la escala de autoeficacia para prevenir en VIH y evidencian que solo el 21.3 % de los participantes obtuvo un nivel alto de autoeficacia Osorio et al. (2017).

Orcasita, Mosquera y Carrillo (2018), realizaron un estudio en Cali, en donde demostraron que la autoeficacia para negarse a tener relaciones sexuales fue mayor en las mujeres que en los hombres respectivamente $\bar{X}=41.2$ vs $\bar{X}=31.9$, los hombres tuvieron menor autoeficacia para preguntar sobre conductas de riesgo a su compañera $\bar{X}=15.8$ frente al $\bar{X}=15.4$ de las mujeres y demostraron correlación entre la variable autoeficacia en decir no a las relaciones sexuales y la autoeficacia para usar preservativo ($\rho=.517$); por lo que los autores sugieren seguir indagando en la variable de autoeficacia para evitar conductas sexuales de riesgo.

Otra investigación realizada en zonas urbanas de Colombia demuestra que existe correlación significativa entre la percepción de autoeficacia con el uso de condón $r=.462$, $p<.01$ (Uribe, Bahamón, Reyes, Trejos & Alarcón, 2017); Por otro lado en una investigación realizada en México demuestra que solo el 45.3% de los adolescentes tienen un nivel medio de autoeficacia para el uso correcto del preservativo y que el 73% de los adolescentes mostraron un nivel muy bajo de autoeficacia en cuanto a conductas de riesgo (Carrillo, Notario, Ángel & García, 2018).

Las investigaciones en el área urbana ponen de manifiesto que la autoeficacia percibida de los adolescentes para la prevención del VIH ha sido estudiada desde la capacidad que tiene el individuo para realizar conductas saludables como la capacidad para conseguir o usar preservativo así como negarse a tener relaciones sexuales, sin embargo los resultados reportados evidencian que a pesar de residir en contextos urbanos en donde pareciera que existe un nivel educativo más elevado los adolescentes aun no tienen la confianza para poder evitar conductas de riesgo.

La autoeficacia en el contexto rural

Nieto, Sánchez y Herrera (2018), Una investigación realizada en Guanajuato, México evidencia que en general el 66% de los adolescentes tiene un nivel bajo de autoeficacia en cuanto al uso del condón. Bógale, Boer y Seydel (2010), realizaron un estudio en mujeres en Etiopia en donde reportaron que las mujeres que usaron condón tienen mayor autoeficacia que las que no lo usaron $\bar{X}=3.42$, (SD= 1.24) vs $\bar{X}=1.66$ (SD = 0.76); Awotidebe, Phillips y Lens (2014), por su parte refieren que las mujeres tienen mayor autoeficacia que los hombres ($M_{\text{hombres}}=3.25$, DE=1.22 vs $M_{\text{mujeres}}=3.55$, DE=1.24; $p<.02$) al mismo tiempo las habilidades de negociación es menor en los hombres ($M_{\text{hombres}}=3.23$, DE=0.77 vs $M_{\text{mujeres}}=3.54$, DE=0.86; $p<.001$).

Chambers et. al (2018), en un estudio realizado en indios americanos demostraron que las mujeres presentaron mayor autoeficacia para evitar comportamientos sexuales de riesgo en comparación con los hombres (4.47 vs. 4.04; $p<.0001$), de la misma manera los adolescentes con experiencia sexual tenían menor autoeficacia en la intención del uso del condón que los jóvenes sin experiencia sexual (4.00 vs 4.36 vs; $p<.0001$); Puffer et al. (2011), refiere los adolescentes que han iniciado vida sexual activa tienen menos probabilidades de autoeficacia (AOR = .86, $p<.05$, IC 95% [.74, .99]).

Por lo que se refiere a la autoeficacia de los adolescentes para prevenir el VIH en contextos rurales ha sido estudiada por género en donde se destaca mayor autoeficacia en las mujeres para evitar conductas sexuales de riesgo en donde la negociación, el uso del preservativo y preguntar sobre relaciones sexuales anteriores juega un papel importante en la prevención de esta infección; sin embargo, es evidente la falta de autoeficacia entre este grupo etario.

Autoeficacia percibida del adolescente para la prevención del VIH en contexto rural y urbano desde el modelo de Promoción de la Salud de Nola J Pender

Para poder explicar este fenómeno de estudio se ha desarrollado una propuesta sustentada bajo el modelo de Promoción de la salud (MPS) se basa en tres teorías; la teoría de acción razonada la cual explica que lo que determina la conducta en el individuo es la

intención para realizar una acción (Ajzen & Fishbein , 1974); la teoría de acción Planteada la cual refiere que la intención está determinada por la actitud, las norma subjetiva y percepción del control que dará como resultado la conducta (Ajzen, 1985) y por último la teoría Social-Cognitiva que establece que el aprendizaje está determinado por factores personales, conductuales y ambientales (Bandura, Azzi, & Polydoro, 2008).

El Modelo de Nola J Pender esta está estructurado bajo tres constructos: Características y experiencias Individuales la cual a su vez se divide en conducta previa relacionada y los factores biológicos, psicológicos y socioculturales; cogniciones y afectos específicos que incluye los beneficios percibidos de la acción , barreras percibidas a la acción, autoeficacia percibida, afecto relacionado con la actividad , influencias personales e influencias situacionales; Resultado conductual ubicando aquí la Conducta promotora de salud.

El MPS propone que el comportamiento de salud de los individuos está relacionado con la conducta previa relacionada y los factores biológicos, psicológicos y sociales y que al ser procesados de manera cognitiva influyen en la autoeficacia percibida, la cual es definida como el Juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar una conducta promotora de salud; desde este enfoque se explica el fenómeno de Autoeficacia percibida del adolescente para la prevención del VIH en contexto rural y urbano de la siguiente manera: Debido a que el adolescente es un individuo vulnerable el cual se encuentra en una etapa en donde está forjando sus patrones conductuales (Oliva, A & Antolín, L, 2010).

Se ubica el inicio vida sexual activa del individuo como una Conducta previa relacionada la cual induce a los adolescentes a tener relaciones sexuales sin protección y facilitar la adquisición de infecciones de transmisión sexual (Banda, Rizo & Cortes , 2013), sumada a esta el Factor Biológico, sexo: que es definido como la característica biológica que distingue a hombres de mujeres, esta es otra variable que influye en la autoeficacia percibida debido a que el comportamiento sexual entre hombres y mujeres es diferente, pues estudios

reportan mayor número de parejas sexuales en hombres (Molina & Rojas, 2018; Uribe, Zacarías & Cañas, 2017).

El Factor Sociocultural ubicado en el contexto rural y urbano en donde reside el adolescente; estas características y experiencias individuales que hacen único al individuo influyen en el resultado de autoeficacia percibida que de acuerdo a Begazo y Varas (2015), en contexto sociocultural y económico es esencial para analizar a la población adolescente debido a las condiciones económicas, la discriminación social y legal, su bajo nivel de instrucción y la falta de oportunidades para su desarrollo integral, todo lo cual constituye un problema de salud pública mundial.

Conclusión

La autoeficacia percibida para la prevención del VIH es una variable que ha sido estudiada desde diferentes enfoques, sin embargo, a pesar de que existen estudios que resaltan esta variable como factor protector para evitar el VIH, aún existe escasa literatura que evidencie el nivel de autoeficacia utilizando estudios comparativos de contextos como es el rural y urbano, aun sabiendo que existe disparidades en la educación y servicios de salud (Grace & Segundo, 2015). Los estudios encontrados demuestran que los adolescentes son un grupo vulnerable por lo que se considera importante la generación de conocimientos para sustentar programas orientados hacia la prevención del VIH tomando en cuenta el factor sociocultural evitando posibles contagios futuros.

Referencias

Ajzen, I. (1985), From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Khul y J. Beckmann (Eds.), Action control from cognition to behavior (pp. 10-39). Berlin: V.

- Ajzen , I. & Fishbein, M. (1974). Factors Influencing intentions and the intention behavior relation. New York: Human Relations.
- Andrade Salazar, José Alonso; Estrada Sánchez, Catherine; Penagos Marín, Andrés Camilo Representaciones sociales de los adolescentes acerca del riesgo de contraer VIH *Archivos de Medicina*, 17 (2), 234-250
- Awotidebe, A., Phillips, J., y Lens, W. (2014). Factores que contribuyen al riesgo de infección por VIH en adolescentes de escuelas rurales. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública*, 11 (11), 11805–11821. doi: 10.3390 / ijerph111111805
- Babalola, S., Awasum, D. y Quenum-Renaud, B. (2002) The correlates of safe sex practices among Rwandan youth: a positive deviance approach, *African Journal of AIDS Research*, 1:1, 11-21, DOI: 10.2989/16085906.2002.9626540
- Banda, G., Rizo, B., Cortes, C. (2013). La salud sexual y reproductiva en adolescentes: asignatura pendiente en enfermería. *Revista Waxapa*. 5 (9).
- BANDURA, A; AZZI, R.G.; POLYDORO, S.A. J. (2008). Teoría social cognitiva, conceptos básicos. Porto Alegre: *Artmed*.
- Begazo R., C. y Varas T., W. (2015). La adolescencia como problema de salud reproductiva. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 40(2), 33-39
- Bogale, G., Boer, H. & Seydel, E. (2010) Condom use among low-literate, rural females in Ethiopia: the role of vulnerability to HIV infection, condom attitude, and self-efficacy, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical* 22(7), 851-857, DOI: 10.1080/09540120903483026
- Carrillo, C, L., Notario, P, E., Ángel, A.D., & García, H, N. (2018). Autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes. *Káanbal Revista Universitaria*, Vol. 2, núm.4, 95-99.

- Castillo, Y., Ramírez, J., Silva, K., Caballero, M & Arrieta, K. (2017). Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por VIH en adolescentes de Cartagena, Colombia. *Universidad y Salud*, 19(1):26-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.66>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida [Censida], (2017). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/Sida en México: *Registro Nacional de Casos de Sida, actualización al 1er trimestre del 2018*. Disponible en: <https://goo.gl/KzsJTT>
- Chambers, RS, Rosenstock, S., Lee, A., Goklish, N., Larzelere, F., y Tingey, L. (2018). Explorando el papel del sexo y la experiencia sexual en la predicción del uso del condón en adolescentes estadounidenses indios usando la teoría de la motivación de protección. *Fronteras en la salud pública* , 6 , 318. doi: 10.3389 / fpubh.2018.00318
- Grace, A. y Segundo C. (2015). Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador. *Estudios Gerenciales*, 33, 292–301.
- Meredith Dove, M., Silver, E. y Swenson, R. (2010). Creencias asociadas con las actitudes sobre las pruebas de VIH en adolescentes en riesgo. *Journal Home*.14 (1) .
- Molina, A. y Rojas, T (2018). Uso del preservativo, número de parejas y debut sexual en jóvenes en coito vaginal, sexo oral y sexo anal. *Revista Internacional de Andrología*. 16 (1), 8-14
- Nieto, C, R., Sánchez, L, M y Herrera, P, J. (2018). El nivel de autoeficacia, conocimientos en el uso de condón y consumo de alcohol en adolescentes. *Verano de la Investigación Científica*. Vol. 4, num.1, 455-460.
- Oliva, A. Y Antolín, L. (2010) Cambios en el cerebro adolescente y conductas agresivas y de asunción de riesgos . *Estudios de Psicología* 31: 1,53-66.
- Orcasitas, L., Mosquera, J & Carrillo, T. (2018). Autoconcepto, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Informes Psicológicos*, Vol. 18 No. 2.

- Osorio, A., Álvarez, A., Hernández, V., Sánchez, M. & Muñoz, L. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para Prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. Vol. 7, Núm. 14.
- Pender, J, N., Murdaugh, C, L. y Parsons, M, A. (2015). Health promotion in nursing practice. Australia. Upper Saddle River, N.J. Prentice Hall
- Pinzón, F.y Vernaza, P. (20017). Riesgos para infecciones de transmisión sexual o VIH en adolescentes . *Revista ciencias de la salud*. 19 (1).
- Puffer, ES, Meade, CS, Drabkin, AS, Broverman, SA, Ogwang-Odhiambo, RA, y Sikkema, KJ (2011). Correlatos psicosociales a nivel individual y familiar de la conducta de riesgo del VIH entre los jóvenes de las zonas rurales de Kenia.SIDA y comportamiento , 15 (6), 1264–1274. doi: 10.1007 / s10461-010-9823-8
- Ríos, C. (2016). Conductas de riesgo sexual y reproductivo en estudiantes universitarios en Huancayo. *Apuntes de Ciencia y sociedad*. 06, 01.
- Sistema nacional de vigilancia Epidemiológica, Sistema Único de Información (2019). Casos por entidad federativa de Enfermedades de Transmisión Sexual segundo trimestre 2019, Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/488177/RN_2doTrim_2019.pdf
- Sznitman, S., Venable, PA, Carey, MP, Hennessy, M., Brown, LK, Valois, RF, Romer, D. (2011). Uso de mensajes de los medios culturalmente sensibles para reducir el comportamiento sexual asociado con el VIH en adolescentes afroamericanos de alto riesgo: resultados de un ensayo aleatorizado. *El Diario de la salud del adolescente: publicación oficial de la Society for Adolescent Medicine*, 49 (3), 244–251. doi: 10.1016 / j.jadohealth.2010.12.007

Uribe, I., Bahamón, M., Reyes, L., Trejos, A & y Alarcón, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, vol. 20, núm. 1, 2017, pp. 203-211

Uribe, I., Zacarías, S. y Cañas, J. (2017). La conducta sexual de adolescentes. *Lacandonia*. 5(2), 135-140. Disponible en: <<https://cuid.unicach.mx/revistas/index.php/lacandonia/article/view/256>>. Fecha de acceso: 08 oct. 2019

UNICEF (2017). *Los derechos de la infancia y la adolescencia*, México, 2017 disponible en <https://www.unicef.org/mexico/spanish/SITAN-UNICEF2018.pdf>

ISBN: 978-607-27-1244-7

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 12

NIVEL DE CONCIENCIA AL RIESGO SEXUAL DE VIH EN LOS JÓVENES EN UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NUEVO LEÓN

Raquel Alicia Benavides Torres*, Priscila Aguilar Hernández, Cecilia Elizabeth Delgado González, Néstor Daniel Ávila Zavala, Berenice Bernal Gaitán, Nallely Sarahi Caudillo Rosales

*Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

El VIH/sida (Virus de la Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) son problemas de salud que han tenido gran impacto a nivel mundial en áreas sociales, económicas y de salud desde su primera aparición en 1959. Actualmente, según cifras de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2014), en el año 2014 se tenían registrados a nivel mundial 36.9 millones de personas que vivían con el VIH, de las cuales 17.1 millones no sabían que tenían el virus. Es importante que los servicios

de pruebas del VIH lleguen a ellos ya que aproximadamente 22 millones no tienen acceso al tratamiento del VIH. En América Latina, el número de nuevas infecciones por el VIH en 2014 fue un 17.0% menor que en el año 2000. Ochenta y siete mil personas adquirieron VIH en el 2014 y una tercera parte correspondía al grupo de jóvenes entre 15 – 24 años de edad (ONUSIDA, 2016).

El primer caso del VIH/sida en México se reportó en 1983 y desde entonces se han infectado con VIH más de 65 millones de personas en todo el mundo y han fallecido por esa causa más de 25 millones (CENSIDA, 2012). Desde el primer caso reportado de sida en México y hasta el segundo trimestre del 2016 han ocurrido 184, 304 notificaciones de personas con sida. Existen un total de 60,990 casos notificados de personas vivas que luchan con el VIH y 71,060 que padecen sida actualmente (CENSIDA, 2016). En las estadísticas nacionales, se observa han aparecido 98,666 personas diagnosticadas desde el inicio de la pandemia en México y la proporción de hombres VIH positivo es mayor a la de mujeres (75.3% vs 24.7%), (CENSIDA, 2014; 2015; Magis Rodríguez, Bravo García, Gayet Serrano, Rivera Reyes, & De Luca, 2008).

De acuerdo con la tipología de la ONUSIDA, México tiene una epidemia concentrada que afecta principalmente a los jóvenes. En la actualidad 11.8 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/sida, 7.3 millones de mujeres y 4.5 millones son hombres; esto significa el 42% de las personas infectadas recientemente. Cada día, unos 6,000 jóvenes que contraen el VIH; este grupo de edad representa la mitad de todas las nuevas infecciones por el virus. Por otra parte, el 50% de las nuevas infecciones por el VIH (casi seis mil diarias) corresponde a personas jóvenes, y una de cada tres de las personas seropositivas en todo el mundo. Si se hace un análisis de género, se aprecia que el VIH afecta un número cada vez mayor de mujeres, y a edades significativamente más tempranas que en el caso de los varones. En las estadísticas se observa que existió un predominio en la categoría de estudiantes con un 46.8%.

Los jóvenes tienen conductas sexuales de riesgo para el VIH/sida debido a que en las relaciones sexuales no utilizan el condón; la estadística de estas proporciones demuestra que

el 83% tenía una pareja estable, el 11.4% tuvo relaciones sexuales con una persona conocida y el 5.6% tuvo un encuentro casual (Uribe, Amador, Zacarías, & Villareal, 2012). Las múltiples parejas sexuales en género masculino son mayores que el femenino debido a que el 85% de los hombres son sexualmente activos comparados al 62% de mujeres; a su vez el 32 % de los hombres no utilizan protección, comparado a el 30% de mujeres que no hace su uso (Benavides, González, Onofre, & Castillo, 2015). Las conductas sexuales desencadenantes para VIH son el sexo vaginal (74.7%), sexo oral (59.0%) y sexo anal (27.9%) sin protección. La edad promedio de incidencia para contraer VIH es de 20 años aproximadamente en el cual un factor predominante fue bajo los efectos del alcohol y la influencia del uso del internet al consultar material sexual en línea (Benavides, González, Onofre, & Castillo, 2015).

Debido a que comienzan a tomar sus propias decisiones y reconocer su identidad, los jóvenes llegan a adoptar conductas de riesgo que los lleva a adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS) o aún más grave el VIH/sida. Los jóvenes se caracterizan por tener cierta inmadurez, como el pensamiento abstracto, que puede hacer que no tomen en cuenta su vulnerabilidad, exponiéndose a riesgos sin evaluar o predecir las consecuencias de sus actos. Así que los jóvenes pueden tener una percepción distorsionada del riesgo real de infección por VIH/sida durante las relaciones sexuales, pensando que esto es un peligro imposible o muy improbable (Sampio Filho, et al., 2011).

Las conductas saludables como lo es el uso correcto del condón tienen una relación directa sobre las percepciones positivas sobre la salud. La conducta depende de actitudes personales, normas subjetivas y creencias. La probabilidad de llevar a cabo conductas que promuevan la salud depende tanto de la acción de las personas como de factores cognitivo-perceptivos, que a su vez son influenciados por los denominados factores modificantes, lo que indica claramente que una conducta saludable o no, puede ser explicada en función de la información recibida del exterior, pero, además, por las características de cada persona y de su particular forma de interactuar en su medio ambiente o contexto sociocultural.

La conducta sexual de los jóvenes se relaciona con los factores de carácter modificante, como con sus percepciones, creencias y conocimientos sobre sexualidad. El ser

humano ha desarrollado su proceso cognitivo desde la infancia según Piaget, para la percepción de situaciones, las cuales se le presentan en diferentes etapas de la vida y así tener la capacidad de tomar una mejor decisión en cada una de ellas.

En la actualidad los jóvenes tienen prácticas de riesgo que los hace vulnerables a adquirir VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, manteniendo una percepción de riesgo baja, aumentando su vulnerabilidad a la enfermedad y provocando que las estadísticas de estas enfermedades aumenten a mayor proporción. La percepción que poseen los jóvenes con vida sexual activa acerca de diversas prácticas sexuales de riesgo, puntos vulnerables para la transmisión de VIH/sida, está influenciado por diversos factores como las experiencias previas, conocimientos erróneos, así como el estigma en el uso de algunos métodos de protección. Una explicación para que los jóvenes no tengan prácticas sexuales seguras es que no se encuentran “concientes” del riesgo de adquirir VIH/sida.

La concientización se define como la sensibilización y percepción sobre la vulnerabilidad del VIH/sida mediante el conocimiento de cómo se transmite y sus medidas preventivas examinando los factores socioeconómicos y el comportamiento, así como sus estilos de vida que pueden llevar a la persona a estar en una situación de práctica sexual de alto riesgo.

El presente estudio se basará en la teoría de Conciencia Situacional de Endsley (1995), quien la utilizó por primera vez en los años de la primera guerra mundial, donde una compañía de aeronaves, la Douglas Aircraft Company, realizaba la búsqueda factores humanos de ingeniería. Se construyó el concepto de concientización en medida de una serie de experimentos que midieron la conciencia de contingencia durante el aprendizaje de pilotaje.

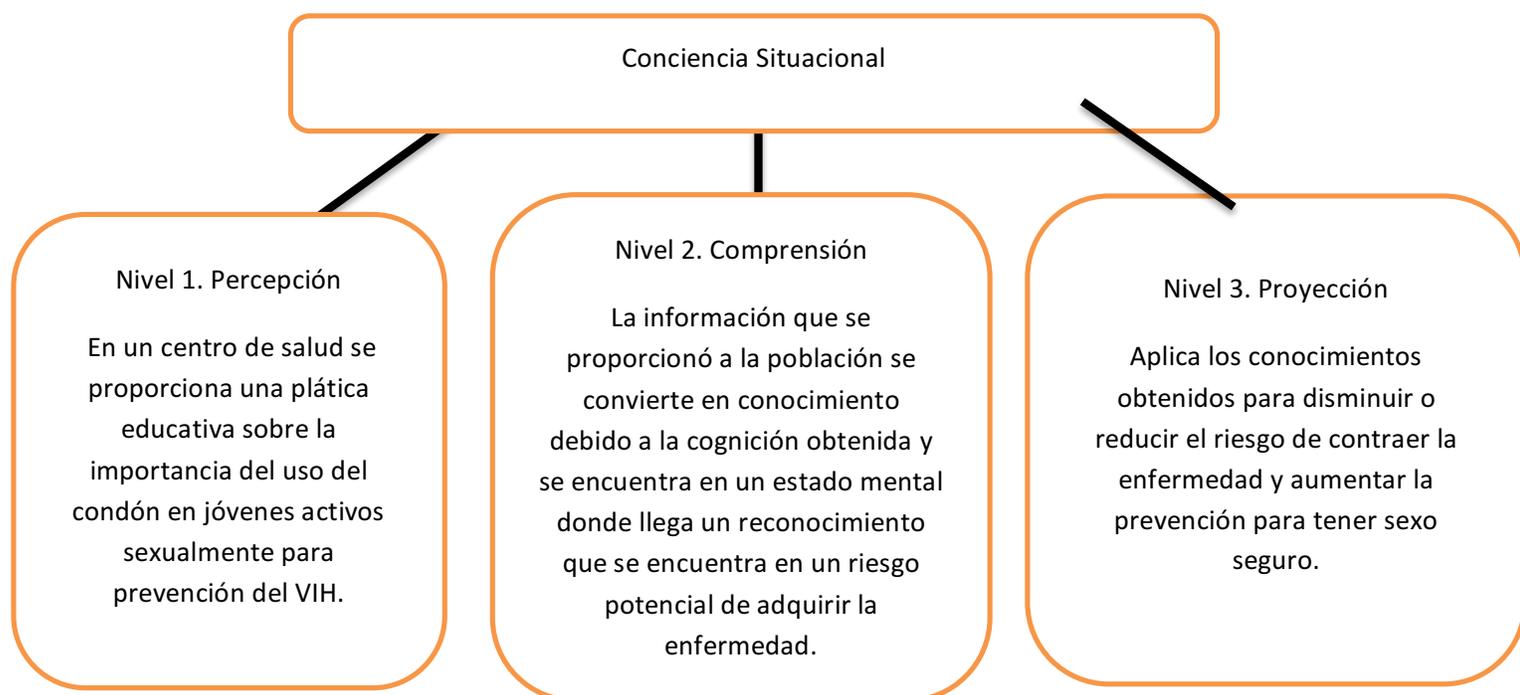
Formalmente el concepto de conciencia situacional fue introducido de manera describiéndola como: “el conocimiento de lo que está pasando” más detalladamente como “la percepción de los elementos en el ambiente sin un volumen tiempo o espacio, la comprensión de la magnitud y proyección de su estado en el futuro más cercano”. La conciencia situacional implica en su primer nivel percibir, reconocer lo que esta pasado, en el

segundo nivel comprender la situación y en el tercer nivel es predecir lo que podría pasar en un futuro cercano, conociendo la percepción y conocimiento de la situación, llegando así a la concientización y tomando una decisión para cambio mediante acciones para la mejora.

La conciencia situacional es una representación mostrada en un mapa mental donde se muestran situaciones que puedan afectar al desarrollo de las tareas humanas, y puedan ser evitables; ya sean de cualquier tipo de factores en una situación específica, en donde el individuo pueda tomar decisiones adecuadas con el propósito de que sean efectivas.

La conciencia situacional es el resultado de la comprensión, en un ambiente tridimensional, de lo que ha ocurrido, lo que está sucediendo y lo que podría llegar a suceder. Esto exige tener buena percepción de la orientación verdadera, para poder pronosticar lo que va a suceder en un futuro próximo. Endsley (1995) describe tres niveles de la conciencia situacional como: en el Nivel 1, La percepción de los elementos en el entorno, el primer paso en el conocimiento de la situación es percibir el estado, atributos, y la dinámica de los elementos relevantes en el medio ambiente. En el Nivel 2, está la comprensión de la situación actual, la comprensión de la situación se basa en una síntesis del nivel 1 elementos. Nivel 2 del conocimiento de la situación va más allá de simplemente ser conscientes de los elementos que están presentes para incluir una comprensión de la importancia de estos elementos a la luz de los objetivos del operador pertinentes. Con base en el conocimiento de los elementos de nivel 1, sobre todo cuando se ponen juntos para formar patrones con los otros elementos, el tomador de decisiones forma una imagen global del medio ambiente, comprendiendo el significado de los objetos y eventos. En el Nivel 3. Proyección de estados y eventos futuros, la capacidad de proyectar las acciones futuras de los elementos en el medio ambiente- al menos en el muy cercano término-forma el tercer y más alto nivel de conocimiento de la situación. Esto se logra a través del conocimiento de la situación y la dinámica de los elementos y la comprensión de la situación. Al final se toma una decisión que se lleva mediante una acción para tomar medidas que conlleven al sexo seguro y se relacionan con la concientización del riesgo: Uso de preservativo en todas las

relaciones de riesgo, monogamia, educación sexual continua y mantenerse sobrio al realizar actos sexuales.



Ayebami, (2012) investigó la percepción de riesgo para la infección para el VIH/sida en adolescentes mujeres entre 12 y 19 años de Nigeria. El autor reportó que la conciencia predice el riesgo personal de las adolescentes ($B = 1.78$, $p < .01$). Lo anterior quiere decir que entre más conscientes sean las adolescentes de que están en riesgo su percepción de este riesgo se aumenta.

Ndabarora y Mchunu (2014), investigaron explorar los factores que influyen en el uso de los métodos existentes de prevención del VIH/sida entre los estudiantes universitarios de KwaZulu-Natal, Durban, South Africa de edades entre 14 y 25 años de edad. Mencionaron que la sensibilidad percibida y la media percibida fueron de 21.3881 frente a 12.0604 de abstinencia. El valor de correlación de Pearson fue $p = .057$, con un intervalo de confianza del 95%. Por lo tanto, no hubo correlación entre la susceptibilidad percibida/amenaza percibida.

La puntuación media para la susceptibilidad percibida y la amenaza percibida fue 21.3881 frente a 23.4667 para el puntaje de percepción sobre el uso del condón.

Uribe, Vergara y Barona (2009). Identificaron la percepción de susceptibilidad frente al VIH/sida y la autoeficacia en el uso del preservativo en adolescentes de entre 12 y 18 años de edad de la ciudad de Santiago de Cali. El análisis realizado indica diferencias significativas en función del género para la escala de susceptibilidad ($F_{[1,213]}= 7.635$; $MSE = 2.531$; $p = .006$), lo que muestra la existencia de una diferencia en la percepción de susceptibilidad frente a la infección por VIH entre jóvenes mujeres y jóvenes varones, siendo mayor en el primer grupo. En relación con la escala de autoeficacia encontramos diferencias significativas en función del género ($F_{[1, 212]}=8.807$; $MSE= 2.663$; $p = .003$ y en función de la edad $F_{[3,211]}=4.345$; $MSE= 2.628$; $p < .005$; es decir, hay una diferencia en la percepción de la autoeficacia en el uso del preservativo entre adolescentes mujeres y adolescentes varones, y entre los diversos rangos de edades escogidos para clasificar los adolescentes y las adolescentes.

Badariah, Geetha y Peck-Leong (2013) estudiaron la conciencia del VIH/sida entre las niñas de secundaria en el estado de Selangor y Kelantan, Malasia. Su concientización y conocimiento del VIH/sida particularmente en términos de prevención y el VIH/sida menciona que todos los encuestados reconocen haber oído hablar del VIH/sida y saber que el VIH/sida es causado por el virus, sin embargo, el conocimiento sobre la transmisión del VIH/sida es limitado.

Durojaiye Oyewole C (2011), investigo como obtener los conocimientos necesarios para desarrollar intervenciones apropiadas que permitan a los jóvenes adoptar prácticas sexuales seguras en personas de 23 años de edad en Lagos, Nigeria. Se encuestaron 315 estudiantes y 85,7% (259) de los encuestados creían que el VIH/sida es indeseable en la sociedad y alrededor de tres cuartos (222) no se percibían a sí mismos en riesgo de ser infectados. La mayoría de ellos [252 (83,4%)] estaban dispuestos a cuidar a un pariente o amigo en su casa si él/ella se enferma con sida. Cuarenta y un (13,6%) eran renuentes a cuidar de ese amigo/familiar enfermo y respondieron a una pregunta de seguimiento para

establecer por qué no estaban dispuestos a cuidar a tales amigos/familia que el amigo/familiar enfermo necesita una atención más especializada y también que no querían infectarse.

Lee, Menn, Dorsett, y Wilson, (2013) investigaron como evaluar la influencia de un evento informal de sensibilización sobre el VIH en los estudiantes universitarios que perciben el riesgo de contraer el VIH, la importancia percibida de los comportamientos protectores relacionados con el VIH y las intenciones de modificar los comportamientos protectores relacionados con el VIH en estudiantes de 13 a 29 años. En esta muestra de percepción Auto Riesgo de VIH $p = .90$ las mujeres eran significativamente más propensas a percibir más importancia para los comportamientos protectores del VIH ($t = 2,67$, $p < .01$). Perciben que tienen un riesgo moderado/extremo de contraer el VIH ($p < .05$; OR = 9.68; IC del 95%: 1.2-83.56) y 24 veces más propensos a percibirse como moderado/extremo riesgo.

Pavía, Góngora, Vera, Moguel, y González (2012). En su estudio encontraron que la percepción de riesgo para la infección por VIH/sida en una población de Yucatán-México, de 69.3% de las mujeres y 75.7% de los hombres indicaron que no se consideraban en riesgo, principalmente por no tener diferentes parejas sexuales; el 25.2% de los hombres, a diferencia de la mitad de las mujeres, no se consideraban en riesgo, por no tener relaciones sexuales con desconocidos. En cuanto a cambios de conducta para protegerse del sida, 62% de las mujeres y 39 % de los hombres contestaron que no han cambiado sus conductas.

Prata, Morris, Mazive, Vahidnia, y Stehr (2011) examinaron la relación entre la evaluación de riesgo correcta y la probabilidad del uso del condón durante la última relación sexual en jóvenes de 15-24 años de edad en Mozambique. En general, el 32% de las mujeres se consideran sin riesgo de contraer el VIH 22% y 46% no lo saben. La evaluación del riesgo, 53% de los hombres y 46% de las mujeres tenían una percepción exacta de su riesgo. La evaluación correcta del riesgo difiere según las características de los individuos. La evaluación correcta del riesgo aumentó con el nivel de educación de las mujeres. La proporción de encuestados que correctamente evaluaron correctamente su riesgo fue significativamente mayor entre los que informaron el uso del preservativo en el último sexo

(70% de los hombres y 71% de las mujeres) que entre los que no lo hicieron (48% y 42%, respectivamente).

Ruiz, Arnal, García, y Sánchez (2016), con el objetivo de examinar si existen diferencias culturales en la percepción social del sida. Se evaluaron a 200 jóvenes españoles. La percepción de riesgo definida como probabilidad subjetiva o susceptibilidad percibida de que una consecuencia negativa vaya a ocurrir, es uno de los factores claves en la prevención de la transmisión sexual del VIH. En este sentido, los jóvenes de ambos países perciben una probabilidad de infección baja y un temor elevado sobre un rango propuesto de 0 a 100. Son los jóvenes argentinos ($M= 28,55$; $DE = 26,22$) los que perciben mayor riesgo que los españoles ($M= 18,67$; $DE = 22,54$) ($t = -3.954$; $p < .001$). En cuanto al temor percibido, son los jóvenes españoles ($M= 71,53$; $DE = 36,03$) los que puntúan más alto que los argentinos ($M= 68,49$; $DE = 35,44$) ($t = 0.828$; $p = .408$) pero las diferencias no son significativas en este caso.

Objetivo general

Describir el nivel de conciencia al riesgo sexual de VIH/sida que tienen los jóvenes

Objetivo específico

Describir el nivel de conciencia al riesgo sexual de VIH/sida que tienen las mujeres

Describir el nivel de conciencia al riesgo sexual de VIH/sida que tienen los hombres sobre su riesgo sexual al VIH/sida.

Hipótesis

Las mujeres tienen una mayor conciencia al riesgo sexual que los hombres.

Definición de Términos

Conciencia al riesgo sexual de VIH/sida: Es tener el conocimiento, pensar en la situación, interpretarla y a su vez visualizar las consecuencias que pueden tener las relaciones sexuales sin protección. Tiene tres niveles, el primer nivel es la percepción al riesgo sexual que es cuando el joven reconoce su situación de susceptibilidad a una infección por VIH/sida; el segundo nivel es la comprensión al riesgo sexual en el cual hay una integración de la información y una interpretación de su situación de vulnerabilidad a la

infección por VIH/sida; y el tercer nivel es la proyección al riesgo sexual en dónde el joven se visualiza a futuro y piensa en las consecuencias de adquirir una infección por VIH y tener sida.

Sexo: Incluye características de la estructura reproductiva y funcional que diferencian a los hombres de las mujeres y será medido con una pregunta de la cédula de identificación de datos.

Método

Se realizó un diseño descriptivo-comparativo que describió la conciencia al riesgo sexual de VIH/sida en los jóvenes y se identificaron las diferencias de acuerdo al sexo masculino y femenino (Burns & Grove, 2005). La población que se estudió fueron Jóvenes de 18 a 24 años de edad de una universidad pública en el área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El tamaño de la muestra fue de 50 jóvenes los cuales fueron seleccionados por conveniencia. Se eliminó aquellas jóvenes que refieran estar embarazadas utilizando la pregunta filtro: ¿sospechas o estás embarazada? Así como los jóvenes que están casados o en unión libre y que viven con su pareja, esto fue evaluado también con la pregunta filtro: ¿vives actualmente con una pareja con la que tienes relaciones sexuales? Se utilizó una cedula de datos socio demográficos para describir a los participantes del estudio en el cual se incluyó datos como la edad, sexo, estado civil y ocupación. Para medir la conciencia al riesgo sexual se utilizaron cinco de las siete subescalas del instrumento Multidimensional de Ansiedad por el Sida (MAAGQ, Finney & Snell, 1989, Snell & Finney, 1996). Este sirve para medir los estados de conciencia al riesgo sexual en sus tres niveles percepción, comprensión y proyección al riesgo sexual, de las cinco sub-escalas, dos se utilizaron para medir la percepción, dos para medir la comprensión y una para medir la proyección. El idioma original de dicho instrumento es el inglés por lo que se empleó el procedimiento de traducción y re traducción. Del inglés al español (nativo bilingüe de idioma español) y nuevamente al inglés (nativo bilingüe de idioma inglés) y se compararon ambas versiones en inglés para comprobar la correcta traducción del instrumento. La versión en español cuenta con un total

de 50 ítems. Para aplicación en el estudio se utilizaron un total de 38 ya que estos son los que pueden ser aplicados a nuestras variables. Un ejemplo de pregunta sería: la enfermedad del sida me hace sentir nervioso y ansioso (a), con opciones de respuesta (A) nada característico de mí, (B) ligeramente característico de mí, (C) algo característico de mí, (D) moderadamente característico de mí y (E) muy característico de mí. Menores puntuaciones indican mayor conciencia al riesgo de VIH/sida. Este instrumento ha demostrado una confiabilidad aceptable, con una Alpha de cronbach que va de .85 a .94 y en pruebas de test-retest por arriba de .60 (Finney & Snell, 1989, Snell & Finney, 1996).

Para la ejecución de este estudio se contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. También se solicitó la autorización de los directivos de la universidad pública donde se llevó a cabo el estudio, una vez obtenida la aprobación de dichas autoridades, se les solicitó el total de los grupos y se les invitó a participar en un horario asignado por la institución y que no afectó con las actividades académicas de los estudiantes. Entre cada cambio de hora se pasó a los grupos y se les explicó a los participantes el objetivo del estudio y en qué consistirá su participación y se les hizo la invitación para participar en el estudio, a los que aceptaron se le proporciono el consentimiento informado para que lo firmaran y se les pidió a quienes no acepten participar que abandonaran el aula. Se pidió a los participantes que sean lo más honestos, que contesten lo más cercano a su realidad cada pregunta, y que si tienen alguna duda durante el llenado pueden hacerla. También se les mencionó que si sienten incomodidad a la hora de llenar el cuestionario o alguna pregunta los incomodaba podían dejarla en blanco o no contestar dicho cuestionario. Se les explicó que en todo momento que se guardará la confidencialidad y anonimato de su persona y que los resultados del estudio nunca se publicaran de forma individual.

La siguiente investigación se basó en los aspectos a considerar del Reglamento de la Ley General, en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud 1987). Se consideró un estudio de bajo riesgo por tratarse de un tema sensible ante preguntas sobre sexualidad. La investigación pasó por un consejo de ética en la Facultad de Enfermería de la

UANL y fue autorizada por las dependencias correspondientes, se procedió a ser aplicadas las encuestas a los grupos seleccionados.

Esta investigación hace hincapié en los siguientes artículos; se rige por el artículo 13, que menciona que todo ser humano que sea sujeto de estudio, debe ser respetado en cuanto a su dignidad y protección de derechos y bienestar; a su vez, en esta investigación, se protegerá la privacidad de los participantes en el estudio respetando su derecho de participar o no en la misma, así como retirarse cuando este lo desee. Los cuestionarios serán aplicados en un aula sin ruido ni distracciones que puedan desconcentrar a los participantes.

El artículo 16, menciona que en las investigaciones que se lleven en seres humanos, deben de proteger la privacidad del individuo, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice; la finalidad de estos cuestionarios no es intervenir con la identidad del individuo por lo cual los datos obtenidos de las encuestas clasificarán a las personas involucradas solo por sexo y edad, respetando el anonimato de su participación en el estudio.

Artículo 20, 21 y 22 que hacen referencia al uso del consentimiento informado y que la explicación de este debe ser clara y precisa para todos los participantes. Los encargados de aplicar los cuestionarios tienen la obligación y el deber tanto ético como moral de explicar con claridad la finalidad del estudio, y la forma de realizar los cuestionarios, asimismo aclarar cualquier duda que se presente.

Los datos del estudio fueron analizados en el paquete estadístico statistical package for the social sciences (SPSS) versión 21 para Windows. Previo al análisis de los datos se verificaron que no se cuenten con datos perdidos o extremos. Se generaron sumatorias y promedios para cada una de las escalas y subescalas del instrumento utilizado. Para cumplir con los objetivos específicos 1 y 2 se utilizaron estadística descriptiva, frecuencias, valor mínimo y máximo, la media, mediana y desviación estándar para la escala total y por subescalas. Para la hipótesis se llevó a cabo la prueba t para diferencia de medias ya que se buscó probar la diferencia entre los rangos de valores de dos grupos independientes.

Resultados

En este apartado se presenta la descripción de la población y los resultados de los objetivos de estudio. La edad media fue de 18.77 años (DE=1.12) y la mayoría se encontraba en el segundo semestre (DE=1.80). El 50% fueron mujeres y el 50% hombres. Un 22% estudia y trabaja. El porcentaje con mayor frecuencia fue la carrera de Ingeniería en Sistemas Computacionales con un 30%, seguido de la Ingeniería en Gestión Empresarial con un 28% y con un 26% la Ingeniería en Mecatrónica. Se muestra que el 84% no se encontraba en una relación en pareja.

En la tabla 1, se presenta la confiabilidad para las escalas totales y sub escala del instrumento que se utilizó para medir la variable conciencia al riesgo de VIH/sida (Finney & Snell, 1998). Se puede observar que los coeficientes Alpha de Cronbach son aceptables.

Tabla 1. Consistencia interna de los instrumentos

<i>Instrumentos</i>	<i>Reactivos</i>	<i>Alpha de cronbach</i>
Conciencia al riesgo de VIH/sida	38	.98
Percepción fisiológica del riesgo	16	.96
Percepción de preocupación por el riesgo	6	.91
Comprensión del riesgo manifestado como miedo	6	.91
<i>Nota: (n=50)</i>		<i>continúa</i>

Tabla 1. Consistencia interna de los instrumentos (continuación)

<i>Instrumentos</i>	<i>Reactivos</i>	<i>Alpha de cronbach</i>
Comprensión del riesgo manifestado como inhibición	5	.92
Proyección a la evasión del riesgo	5	.93

De acuerdo al primer objetivo acerca de describir el nivel de conciencia al riesgo sexual de VIH/sida que tienen las mujeres se encontraron medias bajas o por debajo del punto intermedio. Lo cual quiere decir que las mujeres tienen un nivel de conciencia al riesgo de VIH/sida muy bajo (Nada-ligeramente característico de mí).

Tabla 2. Conciencia al riesgo sexual de VIH/sida de las mujeres

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Conciencia al riesgo de VIH/sida	25	.00	3.21	.6684	.88985
Percepción fisiológica del riesgo	25	.00	2.50	.3750	.68108
Percepción de preocupación por el riesgo	25	.00	3.40	.8080	1.10526
Comprensión del riesgo manifestado como miedo	25	.00	4.00	1.1000	1.31145
Comprensión del riesgo manifestado como inhibición	25	.00	4.00	.4320	.91229
Proyección a la evasión del riesgo	25	.00	4.00	1.1000	1.30260

Nota: (n=50)

De acuerdo al segundo objetivo acerca de describir el nivel de conciencia al riesgo sexual de VIH/sida que tienen los hombres se encontraron de igual forma medias bajas o por debajo del punto intermedio. Lo cual quiere decir que los hombres tienen un nivel de conciencia al riesgo de VIH/sida muy bajo (Nada-ligeramente característico de mí).

Tabla 3. Conciencia al riesgo sexual de VIH/sida de los hombres

	N	Min	Max	M	DE
Conciencia al riesgo de VIH/sida	25	.00	2.42	.8989	.79967
Percepción fisiológica del riesgo	25	.00	2.38	.6100	.77629
Percepción de preocupación por el riesgo	25	.00	3.00	.8640	.94643
Comprensión del riesgo manifestado como miedo	25	.00	3.00	1.2467	1.00014
Comprensión del riesgo manifestado como inhibición	25	.00	2.80	.5680	.80763
Proyección a la evasión del riesgo	25	.00	4.00	1.6267	1.20597

Nota: (n=50)

De acuerdo a la hipótesis sobre que las mujeres tienen una mayor conciencia al riesgo sexual que los hombres. Se muestra que los hombres poseen niveles más altos en la conciencia al riesgo de VIH/sida que las mujeres sin embargo como se aprecia en la tabla 4, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Tabla 4. Diferencias en la conciencia al riesgo sexual de VIH/sida por sexo

	Sexo	N	M	DE	t	p
Conciencia al riesgo de VIH/sida	H	25	.8989	.79967	.96	.34
	M	25	.6684	.88985		
Percepción fisiológica del riesgo	H	25	.6100	.77629	1.14	.26
	M	25	.3750	.68108		
Percepción de preocupación por el riesgo	H	25	.8640	.94643	.19	.85
	M	25	.8080	1.10526		
Comprensión del riesgo manifestado como miedo	H	25	1.2467	1.00014	.45	.66

	M	25	1.1000	1.31145		
Comprensión del riesgo manifestado como inhibición	H	25	.5680	.80763	.56	.58
	M	25	.4320	.91229		
Proyección a la evasión del riesgo	H	25	1.6267	1.20597	1.48	.15
	M	25	1.1000	1.30260		

Nota: (n=50), H (Hombre), M (Mujer)

De acuerdo al objetivo general sobre describir el nivel de conciencia al riesgo sexual de VIH/sida que tienen los jóvenes se encontraron medias bajas o por debajo del punto intermedio. Lo cual quiere decir que los jóvenes tienen un nivel de conciencia al riesgo de VIH/sida muy bajo (Nada-ligeramente característico de mí).

Tabla 5. Conciencia al riesgo sexual de VIH/sida en general

	N	Min	Max	M	DE
Conciencia al riesgo de VIH/sida	50	.00	3.21	.7837	.84534
Percepción fisiológica del riesgo	50	.00	2.50	.4925	.73243
Percepción de preocupación por el riesgo	50	.00	3.40	.8360	1.01875
Comprensión del riesgo manifestado como miedo	50	.00	4.00	1.1733	1.15664
Comprensión del riesgo manifestado como inhibición	50	.00	4.00	.5000	.85547
Proyección a la evasión del riesgo	50	.00	4.00	1.3633	1.27050

Nota: (n=50), se muestra que el valor no es significativo en ambos sexos

A continuación, se discuten los resultados de estudios, se presentan las conclusiones y las recomendaciones en base a los hallazgos. De acuerdo al objetivo que refiere describir el nivel de conciencia al riesgo sexual de VIH/sida que tienen las mujeres. Se encontró que las mujeres jóvenes no perciben el riesgo de la infección por VIH/sida, tampoco piensan en lo

que puede pasar si se infectan ni en las consecuencias de la enfermedad. Esto concuerda con lo reportado por Pavía, Góngora, Vera, Moguel, y González (2012) que encontraron que la mayor parte de las mujeres refieren que no están en riesgo debido a que no tienen diferentes parejas sexuales. Lo anterior puede deberse a que la mayor parte de las mujeres reportaron encontrarse en una situación de pareja por lo que esto puede hacer que no se perciban en riesgo por encontrarse en una relación monogamia.

De acuerdo al objetivo que refiere describir el nivel de conciencia al riesgo sexual de VIH/sida que tienen los hombres. Se encontró que los hombres jóvenes no perciben el riesgo de la infección por VIH/sida, tienen un nivel de conciencia bajo. Esto concuerda con lo reportado por Pavia, Góngora, Vera, Moguel y González (2012) que encontraron que un porcentaje de hombres refieren no considerarse en riesgo por no tener relaciones sexuales con desconocidos. Esto se puede deber a que un porcentaje de hombres no se considera en riesgo o en una situación de riesgo, con el simple hecho de no involucrarse en una relación poligamia.

Referencias

- Bertrand, J. T., Makani, B., Hassig, S. E., Niwembo, K. L., Djunghu, B., Muanda, M., & Chirhamolekwa, C. (1991). AIDS-related knowledge, sexual behavior, and condom use among men and women in Kinshasa, Zaire. *American Journal of Public Health, 81*(1), 53-58.
- CENSIDA. La epidemia del VIH y el sida en México, 2014. Original de Magis Rodríguez, C., Bravo García, E., Gayet Serrano, C., Rivera Reyes, P., & De Luca, M. (2008). El VIH y el sida en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones. México: CENSIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. (2016). Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 2do. Trimestre de 2016. Autor.
- Cortés Alfaro, A., García Roche, R., & Ochoa Soto, R. (2015). Comportamiento sexual y uso del condón en estudiantes de la facultad de tecnología de la salud. *Revista Cubana de Medicina Tropical, 67*(2), 0-0.

- DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, SECRETARIA DE SALUD (2012). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH – SIDA. Autor.
- Endsley, M. R. (1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Human factors*, 37(1), 32-64.
- Folch, C., Álvarez, J. L., Casabona, J., Brotons, M., & Castellsagué, X. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 89(5), 471-485.
- García Alúm, N. E., Valdés Vento, A. C., Gutiérrez Machado, A. J., Pérez Labrador, J., & Aranda Reyes, R. (2011). Comportamiento sexual de riesgo de infección por VIH/sida en estudiantes de primer año de medicina. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 15(2), 170-183.
- Ma, Q., Ono-Kihara, M., Cong, L., Pan, X., Xu, G., Zamani, S., ... & Kihara, M. (2009). Behavioral and psychosocial predictors of condom use among university students in Eastern China. *AIDS care*, 21(2), 249-259.
- NANTUA EVANGELISTA, M. A. R. I. A., SOCORRO, D., MADALENA, M., LANNOY TAVARES, L. D., FERREIRA AZEVEDO, A. N. A., & VALERIANO DA FONSECA, N. I. N. A. (2007). Percepción del riesgo de la infección VIH entre hombres y mujeres con infecciones de transmisión sexual (ITS). *Ciencia y enfermería*, 13(1), 69-80.
- Prata, N., Morris, L., Mazive, E., Vahidnia, F., & Stehr, M. (2006). Relationship between HIV risk perception and condom use: evidence from a population-based survey in Mozambique. *International family planning perspectives*, 192-200.
- Ndabarora, E., & Mchunu, G. (2014). Factors that influence utilisation of HIV/AIDS prevention methods among university students residing at a selected university campus. *SAHARA: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 11(1), 202-210.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2015). El Sida en cifras. Autor.

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2016). On the Fast-Track to end AIDS. Autor.
- Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., Giménez-García, C., & Salmerón-Sánchez, P. (2016). La percepción social del Sida: un estudio comparativo entre España y Argentina. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 181-188.
- Saad, B. M., Subramaniam, G., & Tan, P. L. (2013). Awareness and vulnerability to HIV/AIDS among young girls. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 105, 195-203.
- Torubeli, V. A. (2012). Personal risk assessment of HIV/AIDS infections among Nigerian adolescent girls in secondary schools. *Gender and Behaviour*, 10(1), 4546-4562.
- Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X., & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1).
- Uribe Rodríguez, A. F., Vergara Vélez, T., & Barona, C. (2009). Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 7(2).
- Urgellés Carrera, S. A., Reyes Guerrero, E., Figueroa Mendoza, M., & Batán Bermúdez, Y. (2012). Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 549-557.
- Valdez Montero, C., Benavides Torres, R. A., González y González, V., Onofre Rodríguez, D. J., & Castillo Arcos, L. (2015). Internet y conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes. *Enfermería Global*, 14(38), 151-159.

ISBN: 978-607-27-1244-7

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 13

FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD SEXUAL DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Alan Daniel Ríos Salgado *, Giselle Soto Cervantes *, Guillermina Arenas
Montaño *

*Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM

RESUMEN

La adolescencia es un periodo de descubrimiento personal, donde se involucran aspectos biológicos, cognitivos y psicosociales. En esta etapa se inicia la actividad sexual, aunque los individuos aún no hayan alcanzado una total madurez biológica y cognitiva, donde se puedan hacer totalmente responsables de las consecuencias relacionadas con sus conductas sexuales. Objetivo: Identificar factores de riesgo para la salud sexual en

estudiantes de una universidad pública. Metodología: Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, exploratorio, con una población de 2684 estudiantes a quienes se aplicó un cuestionario, con variables relacionadas con la salud sexual. Resultados: 30% obtuvo información sobre métodos anticonceptivos por parte de servicios médicos y 40% de la escuela. El 51% ya habían iniciado vida sexual, con un promedio de edad de 16 años para ambos sexos. De la población sexualmente activa, 44% de mujeres y 38% de hombres no utilizaban condón en todas sus relaciones sexuales. Conclusión: Los adolescentes y jóvenes universitarios, tienen derecho a recibir educación sexual de calidad para fortalecer la toma de decisiones y disminuir factores de riesgo que dañen su salud. Enfermería tiene un papel importante en la promoción y educación para la salud, por lo que se hace necesario incrementar las intervenciones de éstos profesionales.

Palabras clave: adolescentes, salud sexual, factores de riesgo, métodos anticonceptivos.

Introducción

La población adolescente es una prioridad a nivel mundial, en México según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019), habitaban 13.7 millones de adolescentes de entre 12 a 17 años. Actualmente, los jóvenes inician su vida sexual a más temprana edad, registrando promedios de inicio de 13,5-16 años, lo cual representa riesgos para su salud, pues la falta de información a esta edad los hace muy vulnerables para contraer enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados (Mendoza, Claros, Peñaranda, 2017). Datos recientes, estiman que al día aproximadamente 1 millón de personas contrae una enfermedad de transmisión sexual, lo que al año nos daría un total de 357 millones aproximadamente (OMS, 2019). En México en el 2017, la incidencia de casos de SIDA notificados en jóvenes de 15-24 años fue de 7.41, en el caso de los hombres y de 1.1 para las mujeres. El 14.4% del total de los casos de SIDA se encuentran en la Ciudad de

México y le sigue el Estado de México (CENSIDA, 2018). El embarazo adolescente es un fenómeno que tiene una alta incidencia. En datos recientes publicados por (INEGI, 2019), mencionan que el 9.6% de las adolescentes entre 15 a 17 años alguna vez en su vida han estado embarazadas, de las cuales 55.1% fueron a los 17 años, 30.1% a los 16 años y 14.8% a los 15 años. Una de las principales consecuencias del embarazo entre las jóvenes de 15 a 17 años es la deserción escolar, en el caso de los varones, es el trabajo (SEP, 2012).

La adolescencia es un periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, comprende de entre los 10 y 19 años de edad. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos (OMS, 2019). El cerebro humano se desarrolla de manera continua mediante un proceso conocido como neuroplasticidad. Durante la niñez, lo más importante es la arborización dendrítica y la sinaptogénesis, de forma que el cerebro aumenta su peso y tamaño de manera considerable. Por el contrario, el desarrollo del cerebro durante la adolescencia se focaliza en la "poda sináptica", el proceso de eliminación de las conexiones sinápticas débiles con el fin de aumentar la eficiencia del cerebro (OPS, 2018). Es durante esta etapa última cuando los jóvenes establecen su independencia emocional y psicológica, aprenden a entender y vivir su sexualidad, asumen nuevas responsabilidades, buscan su identidad, ponen en práctica valores aprendidos y desarrollan habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables (UNICEF, 2002).

De igual forma este periodo, constituye una etapa en la que se presentan diversos comportamientos que ponen en riesgo a la persona; embarazos y partos precoces, enfermedades de transmisión sexual, violencia y accidentes (CONADIC, 2019). Los y las jóvenes que ingresan a las universidades públicas se caracterizan por su heterogeneidad, debido a que las condiciones en las que inician su formación profesional son muy diferentes, cada uno tiene antecedentes personales y familiares diferentes (Riveros, 2018). Estudios realizados sobre la sexualidad en los y las adolescentes, han demostrado que hay un mismo predominio tanto en hombres como en mujeres en factores de riesgo, pues ambos se

someten a relaciones sexuales sin protección, que los expone a enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (Lara, Saldaña, Fernández, Delgadillo, 2015).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral. Se estima que cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual, lo que anualmente equivaldría a 357 millones de personas aproximadamente. Son ocho agentes infecciosos lo que se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades, cuatro son curables y cuatro no tienen cura entre estos últimos están las enfermedades virales (OMS, 2019). Las poblaciones que registran tasas más altas de ETS son, trabajadores sexuales, hombres homosexuales, consumidores de drogas inyectables, reclusos, poblaciones nómadas y adolescentes (OMS, 2019).

La salud sexual y reproductiva representa un componente esencial para las políticas y estrategias sanitarias dirigidas a la población joven. Las intervenciones de promoción de la salud, requieren que los profesionales y los responsables del ámbito sanitario generen políticas e intervenciones que aborden los determinantes de la salud en su sentido más amplio (Basurto, Vergara, 2017). La Enfermera(o), como profesional del cuidado de la salud del ser humano centra su estudio en las respuestas del individuo o de un grupo, con base a los problemas de salud real o potencial, y desde la perspectiva, de educar en el cuidado de sí mismo, desde un enfoque biológico, psicológico y social (Perdomo, Perdomo, 2018).

La teórica en Enfermería Dorothea Orem, determina que para que el autocuidado se lleve a cabo en las y los adolescentes, se requiere un conocimiento general de las conductas de riesgo, así como un conocimiento específico sobre uno mismo (autocuidado), incluyendo el estado de salud y sobre todo del ambiente físico y social (Becerril, Cruz, Maldonado, Romero, 2012). El trabajo de enfermería en cualquier nivel de atención constituye un eslabón fundamental para lograr el cuidado y la recuperación del paciente o la conservación de la salud. Con el fin de alcanzar este objetivo es necesaria la puesta en marcha de estrategias de intervención para Promover cambios saludables a nivel grupal, institucional y

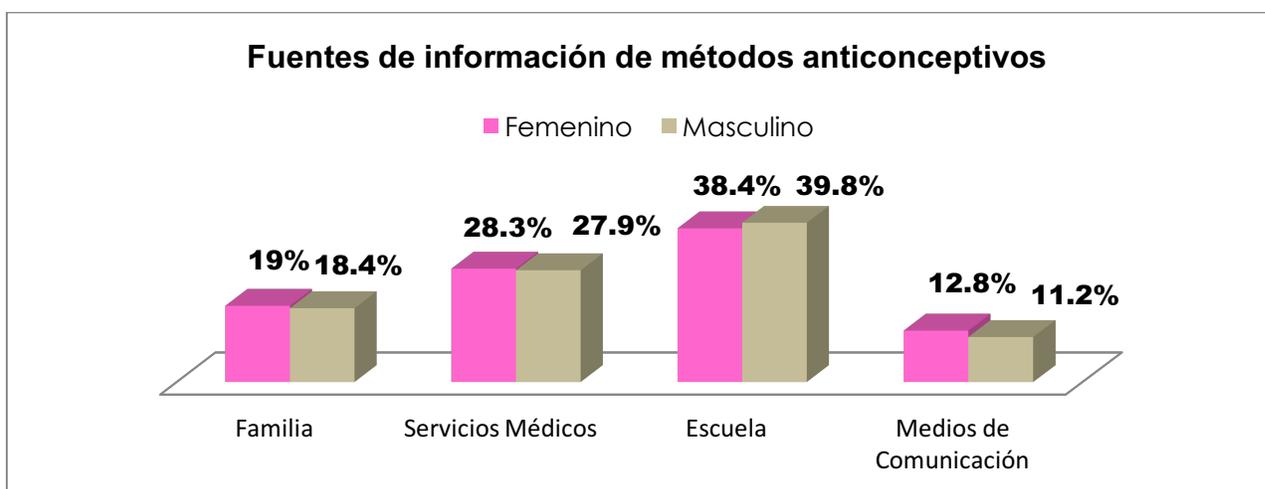
comunitario donde la población sea la protagonista en la solución de los problemas de la vida cotidiana (Fajardo, 2011).

Método

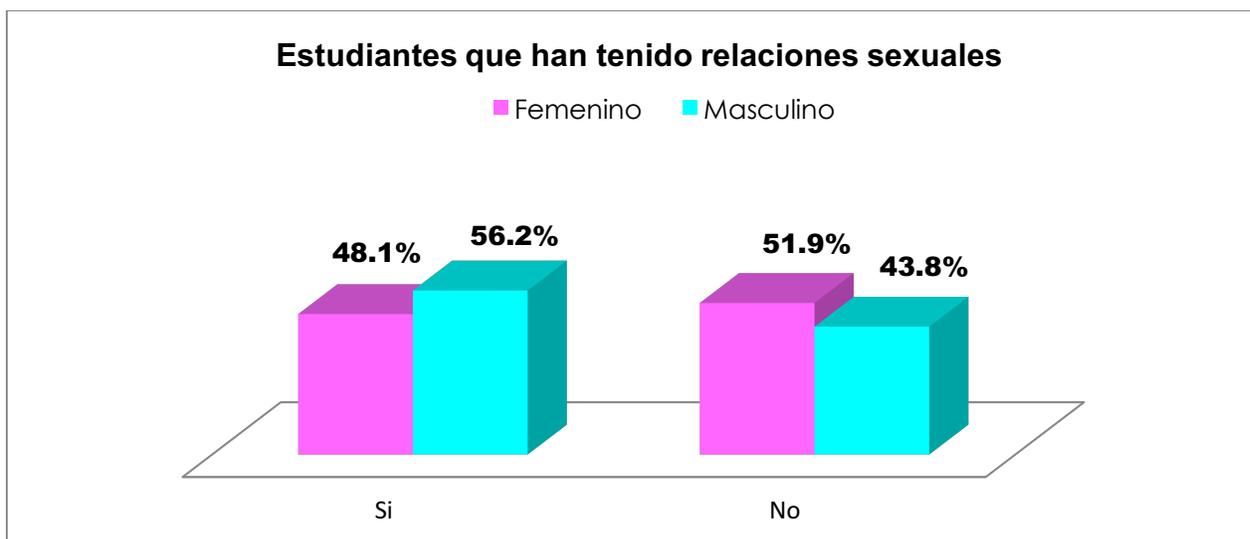
Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y exploratorio. En una población total de 2817, se aplicó a una muestra de 2684 estudiantes de diferentes carreras del área de la salud. Durante el Examen Médico Automatizado (EMA) realizado en estudiantes de nuevo ingreso a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), se aplicó un cuestionario validado, en la semana del 23 al 27 de julio de 2018, previo consentimiento informado, el llenado fue en forma voluntaria.

Resultados

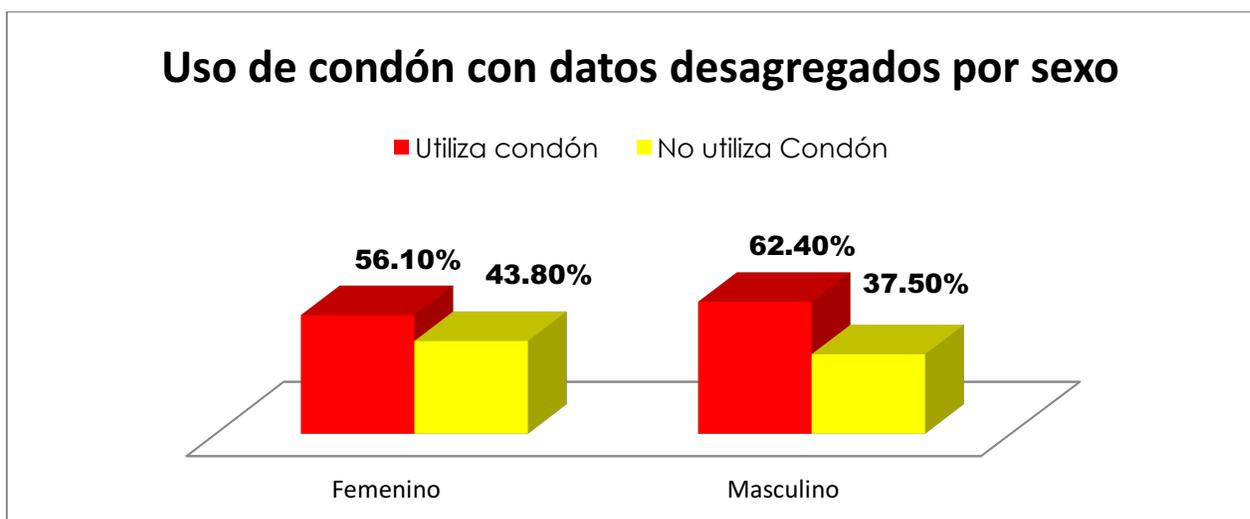
El estudiantado que ha recibido información relacionada a los métodos anticonceptivos fue de 99.7% en hombres y 99.8% en mujeres. La información fue proporcionada por parte de escuela en el 38.4% de las mujeres y 39.8% de hombres, de los servicios médicos 28.3% para las mujeres y 27.9% para los hombres, de la familia el 19% de las mujeres y 18.4% de los hombres, con una desviación estándar de .051 (Figura 1).



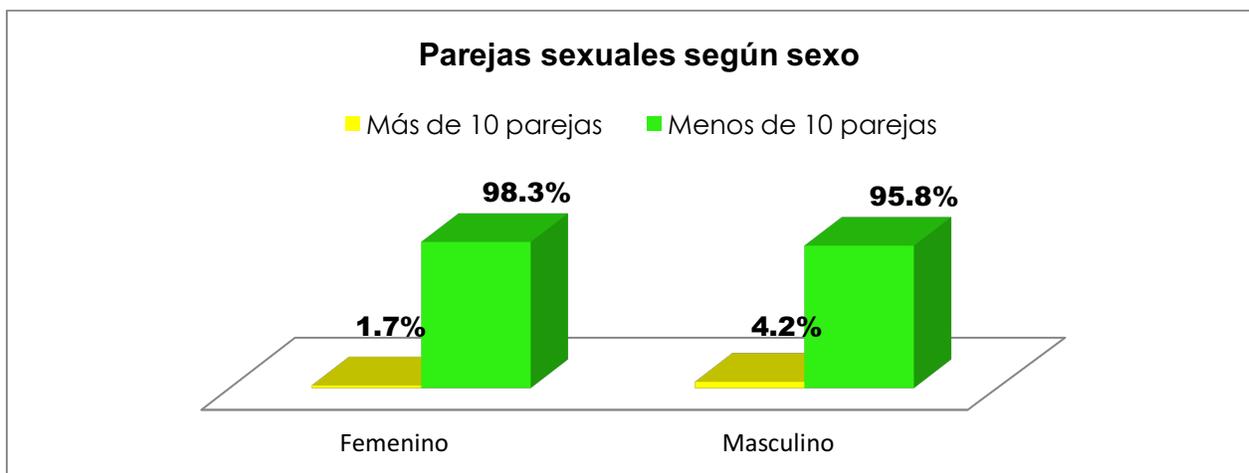
Acerca de los estudiantes que han iniciado vida sexual el 48.1% de las mujeres y el 56.2% de hombres ya la había iniciado, con una desviación estándar de .500, (Figura 2).



Con respecto al uso de condón el 43.8% de mujeres y 37.5% de hombres no utilizan condón en todas sus relaciones sexuales, el 56.1% de las mujeres y 62.4% de los hombres sí usan condón, con una desviación estándar de .408 (Figura 3).



Con relación al número de parejas sexuales 98.3% de mujeres y 95.8% de hombres tienen menos de 10 parejas sexuales, en comparación al 1.7% de mujeres y 4.2% de hombres con más de 10 parejas con una desviación estándar de .161 (Figura 4).



La mayor parte de la población estudiada, ha recibido la información sobre métodos anticonceptivos en primer lugar por parte de la escuela, después por los servicios médicos y le sigue la familia. Lo que difiere a lo encontrado en otros estudios, donde fueron los amigos quienes informaban este conocimiento (Saeteros, Perez y Sanabria, 2013).

El 51% del estudiantado ha iniciado vida sexual, diferente a otros estudios donde encontramos que 80% ya iniciaron su vida sexual (Perdomo, 2018). Se encontró que tanto las mujeres como los hombres inician vida sexual en un promedio de edad de los 16 años, etapa en la cual están estudiando el bachillerato y se encuentran en situación de riesgo de contraer ITS y/o embarazos no planeados, los resultados son similares a otras investigaciones donde se encontró que las mujeres inician su vida sexual antes de los 20 años (Gayet, 2014). Se identificó un déficit en el uso de métodos de barrera (condón) como método para prevención de embarazos e ITS, ya que el 44% de mujeres y el 38% de hombres, no utilizaban condón en todas sus relaciones sexuales, resultados con menores porcentajes se muestran en otros estudios donde fue un 18% la población que no usaba condón (Saeteros, Pérez, Sanabria, 2013).

Conclusiones

Se puede concluir que los jóvenes universitarios, componen un grupo vulnerable para desarrollar ITS y/o embarazos no deseados. Por lo anterior se hace necesario fortalecer la información relacionada con el tema, lo cual les permitirá tomar decisiones libres, razonadas y así tener una vida sexual y reproductiva sana. Como profesionales de enfermería existe la necesidad de diseñar, implementar y evaluar programas de intervención relacionados con la prevención del embarazo y la trasmisión de enfermedades sexuales. Promover el cuidado de la salud sexual y reproductiva con nuevos espacios y formas de intervención mediante la promoción de la salud con un enfoque integral y humanizado. Es necesario, incluir los temas de salud sexual y reproductiva en los programas de estudio de las diferentes carreras, así como propuestas alternativas educativas de sensibilización y consejería para fortalecer el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en el estudiantado.

Referencias

- Basurto Hoyuelos Salomé, Vergara Micheltorena Itziar. La importancia de la promoción de la salud durante de la Adolescencia. 2017 [Online] Consultado Julio 2019. Recuperado de:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/La%20importancia%20de%20la%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20durante%20de%20la%20Adolescencia.pdf>
- Centro Nacional para la prevención y control de VIH. Enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA. 2018 [Online]. Consultado Abril 2019. Recuperado de:
http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/its_vih.pdf
- CONADIC. Hablemos sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. [consultado Mayo 2019]:
Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/Guia_Preventivas/Hablemos.pdf

Gómez Inclán Sofía, Durán Arenas Luis, El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. 2017 [Online], Consultado Agosto 2019. Recuperado de:https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v59n3/0036-3634-spm-59-03-00236.pdf

INEGI. Estadísticas a propósito del día del niño, datos nacionales 2018. [Consultado en Abril 2019]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/nino2019_Nal.pdf

INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial de la población, datos nacionales 2019. [Online] Consultado en Abril 2019. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/poblacion2018_Nal.pdf

Lara Flores Norma, Saldaña Balmori Yolanda, Fernández Vera Norma, Delgadillo Gutiérrez Héctor Javier, (2015). Salud, Calidad De Vida y Entorno Universitario En Estudiantes Mexicanos De Una Universidad Pública. Revista Digital 20 (2). Consultado Junio 2019. Recuperado desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n2/v20n2a08.pdf>

Mendoza Tazcón Luis Alfonso, Claros Benítez Diana Isabel, Peñaranda Ospina Claudia Bibiana. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. 2017. [Online] Revista Chilena 81(3). Consultado en Abril 2019. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012

OMS. Enfermedades de Transmisión sexual 2019. [Consultado Junio 2019]. [Online]. Disponible en: [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))

OMS. Enfermedades de Transmisión Sexual 2019. [Consultado Junio 2019] [Online]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html>

OMS. Infecciones de transmisión sexual. [Internet] Washington, D.C., [Abril 2019], Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente 2019. [Consultado Mayo 2019]: Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización panamericana de la salud. Perfil de los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. 2018. [online]. Consultado Mayo 2019. Recuperado de: <https://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/part-one-a-profile-of-adolescents-and-youth-in-the-americas.html>

Perdomo Cáceres, Ana Belkis, Perdomo Cáceres, María Amnelys. Rol del profesional de Enfermería en la educación de la sexualidad: hacia una estrategia de cambio. 2018. [Online] Consultado en Agosto 2019. Recuperado de: https://www.google.com/search?q=Rol+del+profesional+de+Enfermer%C3%ADa+en+la+educaci%C3%B3n+de+la+sexualidad%3A+hacia+una+estrategia+de+cambio&rlz=1C1AWFC_enMX748MX748&oq=Rol+del+profesional+de+Enfermer%C3%ADa+en+la+educaci%C3%B3n+de+la+sexualidad%3A+hacia+una+estrategia+de+cambio&aqs=chrome..69i57.1121j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8#

Riveros Rosas Angélica, (2018). Los estudiantes universitarios: vulnerabilidad, atención e intervención en su desarrollo. Revista Digital Universitaria, 19 (1). Consultado Mayo 2019. Recuperado desde: http://www.revista.unam.mx/wp-content/uploads/v19_n1_a6_Riveiro.pdf

Saeteros Hernández Rosa del Carmen, Pérez Piñero Julia, Sanabria Ramos Giselda, Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. Revista Cubana de Salud Pública [en línea] 2013, 39 [Fecha de consulta: 21 de Agosto de 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2142993401>

- Saeteros Hernández Rosa Del Carmen, Pérez Piñero Julia, Sanabria Ramos Giselda. Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos. 2015. [Online], Consultado Agosto 2019. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000300003
- Secretaría de Educación Pública. Embarazo Adolescente y Madres Jóvenes en México: una visión desde el promajoven. 2012 [Online]. Consultado Abril 2019. Disponible en: https://www.promajoven.sep.gob.mx/files/materiales/Embarazo_Adolescente.pdf
- UNICEF. Una etapa fundamental 2002. [consultado Mayo 2019]: Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf

ISBN: 978-607-27-1244-7

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 14

MOTIVOS PARA NO HACERSE LA PRUEBA DEL VIH EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Dora Julia Onofre Rodríguez*, María Aracely Márquez Vega*, Karla
Alarcón Hernández*, Mónica Lizbeth Chávez Vidales*, María Fernanda Zuñiga
Martínez*, Erika Viviana Salazar Gallegos*

*Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

Las infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes de todo el mundo y continúan afectando a millones de personas a pesar de la promoción de medidas preventivas (Organización Mundial de la Salud [OMS 2019]).

Cada año contraen el virus 36.9 millones de personas en todo el mundo, y 2.1 millones cada año en América Latina y el Caribe, 2 millones de personas viven con el VIH y 100 mil se infectan cada año, de igual manera en México tan solo en el año del 2018 se notificaron 9,791 casos del VIH, de los cuales 266 fueron en Nuevo León. Se estima que aproximadamente un tercio de las nuevas infecciones se presentan en jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, ya que representa un grupo vulnerable debido a las conductas sexuales de riesgo que poseen (Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA, 2018]).

Según el Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2018) a nivel mundial solo el 75% de las personas que tienen el VIH conocen su condición serológica y alrededor de 9.4 millones de personas no sabían que vivían con el VIH; en México una de cada tres personas desconoce que está infectada. Estudios realizados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC, 2017] mencionan que el 70% de la población entre 15 y 24 años de edad desconoce la importancia de la detección del VIH y, en este sentido no se han realizado una prueba que permita el diagnóstico oportuno de la enfermedad. De acuerdo a lo anterior, recomiendan que todas aquellas personas sexualmente activas se realicen la prueba del VIH al menos una vez al año, incluso quienes estén en relaciones monógamas deberían conocer el estado serológico de su pareja. La razón más común reportada para nunca haber sido examinados fue que pensaban que era “poco probable que hubieran estado expuestos al VIH”; otra razón sería que desconocen donde hacerse la prueba, tener miedo a estar infectado, entre otras (Deblonde et al., 2010).

En un estudio realizado en España donde se investigaron a estudiantes, se identificó que no se habían realizado la prueba del VIH, porque no tenían la seguridad de estar infectados, este estudio hace referencia que la mayoría de los adolescentes españoles no usan el preservativo consistentemente en sus relaciones sexuales y por lo tanto están expuestos a contraer el VIH (Morales, Espada & Orgiles, 2016).

El objetivo de este estudio fue identificar los motivos para no realizarse la prueba del VIH en estudiantes universitarios, esto es de gran relevancia para el diseño de campañas preventivas dirigidas al diagnóstico temprano del VIH.

Método

El diseño del estudio fue descriptivo transversal, en este tipo de estudios se obtienen datos en un cierto lapso de tiempo, se utilizó este diseño de estudio ya que se espera identificar la variable del fenómeno a estudiar y describiéndola (Grove, Gray & Burns, 2016). La población del estudio estuvo conformada por estudiantes universitarios mayores de 18 años de edad que asistían a una universidad pública de nivel superior del estado de Nuevo León. La muestra fue de 54 participantes, en donde se utilizó muestreo no aleatorio por conveniencia. Los criterios de inclusión fue de estudiantes universitarios mayores de 18 años de edad que hayan tenido relaciones sexuales, que asistan a una Universidad Pública de nivel superior del estado de Nuevo León.

El instrumento que se utilizó fue “Barreras hacia la prueba de detección del VIH” de Peralta (2007), con un alfa de Cronbach de 0.71. Este instrumento consta de un listado de 16 motivos para no someterse a la prueba de detección del VIH (clasificados en 6 bloques), además una última categoría de «Otros motivos». Cada uno de los motivos incluye diversas alternativas explicativas. Fue construido a partir de datos empíricos de adolescentes reclutados en los ámbitos clínico y comunitario, y está basado en el modelo conductual de acceso a la atención médica de Andersen (1995). Los participantes deben marcar las razones por las que nunca se han sometido al test del VIH. El porcentaje total

será mayor al 100%, ya que los participantes pueden responder a más de un motivo. Es decir 1 motivo, 2-3 motivos, 4-7 motivos, 8-11 y más de 12 motivos.

Para la recolección de datos, se solicitó autorización al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como de los directivos de la Universidad Pública de nivel superior del estado de Nuevo León, para solicitar el espacio físico, con el fin de brindar a las participantes privacidad para el llenado del instrumento. Al obtener la autorización correspondiente, se acudió con los participantes para invitarlos a formar parte del estudio, se les informó sobre el objetivo de la investigación y en qué consistirá su participación; se les enfatizó que el estudio será anónimo, y que será de riesgo mínimo, ya que se abordarán aspectos sobre sexualidad, sentimientos personales y situaciones, los cuales pueden llegar a ser incómodos para los participantes. A los estudiantes universitarios que decidan participar, se les pasó a un cubículo previamente asignado por la Facultad, en donde a través de una pregunta filtro se verificó si cumplen con los criterios de inclusión requeridos en la investigación. En caso de no cumplir con los criterios de inclusión, se les informó la razón de no participar en el estudio y se les agradeció por brindar su tiempo y colaboración.

En caso de cumplir con los criterios de inclusión, se les entregó el consentimiento informado para que lo leyera y lo firmara; en caso de que después de leerlo se negara a participar, se le agradeció por su tiempo y colaboración. Los participantes que acepten, se les pidió que firmaran el consentimiento informado. Se les explicó que la información proporcionada sería confidencial y que nadie podría conocer sus respuestas, solo los integrantes del equipo de investigación. Además, se les enfatizó que tendrían la libertad de terminar su participación en el estudio al momento que lo consideren conveniente, y esto no repercutirá en sus estudios. Una vez firmado el consentimiento, se les proporcionó la cédula de datos sociodemográficos y el instrumento. En caso de que los participantes presentaran alguna duda durante el proceso de llenado, podrían exponerla a los encuestadores para que fuera resuelta. Se les explicó que, para cuidar la privacidad de los datos, se colocó un número de identificación al instrumento. A los participantes que

finalizaban el llenado del instrumento, se les pidió que lo entregaran al encuestador y se agradeció su participación.

El presente estudio se apego a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), que establece los lineamientos y principios generales que toda investigación científica con seres humanos debe apegarse. En él se establecen los lineamientos éticos para el desarrollo de la investigación en el área de la salud, para garantizar la dignidad humana, los derechos y el bienestar de la persona cumpliendo con lo estipulado en el Artículo 13, se contó con la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y del titular de la institución educativa (Artículo 14, fracciones I, IV, V VI, VII, VIII IX), también se contó con el consentimiento informado de los participantes.

Se brindó a los participantes la libertad de elegir si desean o no participar en el estudio. Se cuidó la privacidad de los datos que proporcionaron los participantes, se explico de forma sencilla y clara el objetivo de la investigación, así como el procedimiento para dar respuesta a la recolección de los datos, mediante la entrega del consentimiento informado por escrito a cada participante, los cuales firmaron para formalizar su participación (Artículo 14, fracción V). A los participantes se les enfatizo que tendrán la libertad de terminar su participación en el estudio en el momento que lo consideren conveniente. Así mismo, se aclararon dudas en el caso que se llegaran a presentar, con el objetivo de que tengan la suficiente información y que esto les permita aceptar o rechazar su participación (Artículo 21, fracción I, II, III, VI, VII, Artículo 22, fracción I, II, III, Artículo 25). Se obtuvo la autorización de los participantes a través de la firma del consentimiento informado, luego de ofrecer una información detallada sobre el estudio como lo marca el Artículo 20.

Para cuidar la privacidad de los datos que identificaron a los participantes, el nombre será sustituyo por un número de identificación, además el instrumento, fue aplicado en un cubículo para maximizar la confidencialidad de los datos y privacidad del participante en donde solo se encontraron los investigadores y el participante (Artículo 16, Artículo 21, fracción I, V, VII, VIII).

La investigación fue de riesgo mínimo, ya que se abordaron aspectos sobre sexualidad, sentimientos personales y situaciones, los cuales pueden llegar a ser incómodos para los participantes. Además, se les dejó en claro que los datos que se obtengan no serán utilizados en perjuicio de ellos mismos, sino exclusivamente para fines de investigación y difusión de los resultados (Artículo 17, fracción II, Artículo 58, fracción II, Artículo 57).

Los datos que se obtuvieron fueron procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 17.0 (SPSS por sus siglas en inglés). Para describir la Motivos por los que los estudiantes universitarios no se realizan la prueba del VIH. Se utilizaron medidas de tendencia central (media y mediana), además de frecuencias y porcentajes.

Resultados

La muestra del estudio se integró por 54 estudiantes universitarios mayores de 18 años de edad, de los cuales 14 participantes (25.92%) no habían iniciado vida sexual activa, y 40 (74.08%) respondió tener vida sexual activa. De estos últimos, la media de edad fue de 20 años ($DE = 1.49$), el 55% son hombres y 45% mujeres. El 82.5% de los participantes reportaron estar solteros. Respecto al semestre en el que cursaban en el momento de la encuesta, el porcentaje más alto correspondió al primer semestre de la carrera (25%).

Tabla 1

Datos Sociodemográficos

Características	<i>f</i>	%
-----------------	----------	---

Sexo		
Femenino	18	45.0
Masculino	22	55.0
Semestre		
1er semestre	10	25.0
2do semestre	4	10.0
3er semestre	4	10.0
4to semestre	2	5.0
5to semestre	6	15.0
6to semestre	4	10.0
7mo semestre	3	7.5
8vo semestre	6	15.0
9no semestre	1	2.5
Edad		
18	8	20.0
19	10	25.0
20	8	20.0
21	7	17.5
22	5	12.5
23	2	5.0
Edo. Civil		
Soltero		
Casado	33	82.5
Unión libre	4	10.5
	3	7.5

Nota= f =frecuencia %=porcentaje

En la tabla 2 se muestra la media, mediana y desviación estándar de los ítems que obtuvieron alto puntaje: “la opinión de tu medico sobre ti cambiara si le pides que te haga la prueba”(x=1.85 DE=.362)

Tabla 2

Estadística Descriptiva

Items	x	Mdn	DE
La opinión de tu medico sobre ti cambiara si le pides que te haga la prueba	1.85	2.00	.362
Hay cosas más importantes que hacerse la prueba de detección del VIH	1.83	2.00	.385
Te da miedo sacarte sangre	1.75	2.00	.439

Nota n=40 Mdn=Mediana DE= desviación estándar

Para dar respuesta al objetivo identificar los motivos para no realizarse la prueba del VIH en jóvenes universitarios, se encontró que los principales motivos para no someterse a la prueba de detección del VIH, fueron, la opinión de tu médico sobre ti cambiaría si le pides que te haga la prueba, seguido de, hay cosas más importantes que hacerse la prueba de detección del VIH, y el último motivo con mayor porcentaje te da miedo sacarte sangre (tabla 3).

Tabla 3

Barreras autoinformadas para no someterse a la prueba de detección del VIH en estudiantes universitarios por sexo.

	Si	Total	No	Total
--	----	-------	----	-------

Motivos	Mujeres	Hombres	(n) %	Mujeres	Hombres	(n) %
	(n) %	(n) %		(n) %	(n) %	
1. Nunca te han ofrecido hacerte la prueba de detección del VIH	8(20)	3(7.5)	11(27.5)	10(25)	19(47.5)	29(72.5)
2. Te preocupa ser VIH positivo						
2a) Te preocupa no saber cómo actuar si te detectan el VIH	8(20)	17(42.5)	25(62.5)	10(25)	5(12.5)	15(37.5)
2b) Te preocupa morirte si te diagnostican el VIH	7(17.5)	15(37.5)	22(55)	11(27.5)	7(17.5)	18(45)
2c) Te preocupa poder transmitir el VIH a tu hijo cuando quedes embarazada o si dejas embarazada a tu chica	10(25)	15(37.5)	25(62.5)	8(20)	7(17.5)	15(37.5)
3. No quieres que nadie se entere si tienes VIH:						
3a) Simplemente porque no quieres	8(20)	11(27.5)	19(47.5)	10(25)	11(27.5)	21(52.5)
3b) Puedes perder amigos y familia	9(22.5)	8(20)	17(42.5)	9(22.5)	14(35)	23(57.5)
3c) La gente de la escuela te tratará diferente	6(15)	8(20)	14(35)	12(30)	14(35)	26(65)

3d) Los trabajadores del centro donde te hagas la prueba sabrán que tienes VIH	4(10)	6(15)	10(25)	14(35)	16(40)	30(75)
4. No quieres la prueba porque:						
4a) Te da miedo sacarte sangre	6(15)	5(12.5)	11(27.5)	12(30)	17(42.5)	29(72.5)
4b) No tienes dinero para realizarte la prueba	12(30)	9(22.5)	21(52.5)	6(15)	13(32.5)	19(47.5)
5. No piensas que puedes tener VIH positivo, porque:						
5a) No te sientes enfermo	10(25)	12(30)	22(55)	8(20)	10(25)	18(45)
5b) No percibes que tengas riesgo de contraer el VIH	11(27.5)	14(35)	25(62.5)	7(17.5)	8(20)	15(37.5)
6. Hay cosas más importantes que hacerse la prueba de detección del VIH	4(10)	4(10)	8(20)	14(35)	18(45)	32(80)
7. Otros Motivos	10(25)	8(20)	18(45)	8(20)	14(35)	22(55)

Nota: n=40 %=porcentaje

El porcentaje total es del 100%. Rango: 1-16, 0%: 1 motivo, 2.5%: 2-3, 22.5%: 4-7, 62.5%: 8-11, 12.5%: más de 12

Conclusiones

El objetivo de la investigación fue identificar los motivos para no realizarse la prueba del VIH en jóvenes universitarios. A continuación se discuten los resultados obtenidos del objetivo. Posteriormente las conclusiones y recomendaciones.

El perfil de los participantes del presente estudio “Motivos para no hacerse la prueba del VIH en estudiantes universitarios” corresponde a una edad promedio de 20 años (DE=1.49), en las cuales predomina los hombres (55%) en comparación con las mujeres (45%) y el estado civil soltero con un 82.5%.

Los resultados del presente estudio reflejan que el motivo con mayor puntuación para no realizarse la prueba del VIH es “La opinión de tu médico sobre ti cambiaría si le pides que te haga la prueba”. En comparación del resultado no coincide con otros estudios similares como el de Vera (2019) y Morales, Espada y Orgilés (2016) ya que en ellos se muestra que la razón más alta es que nunca les habían ofrecido someterse a esta prueba; otro motivo de gran importancia junto con el estudio de Paz, Ramiro, Teva, Ramiro-Sánchez y Buela fue que los jóvenes tienen una baja percepción de estar infectados o en riesgo.

Por otro lado en segundo lugar se encontró 32 casos con un 80% de los encuestados, los cuales mencionaron que “hay cosas más importantes que hacerse la prueba de detección del VIH” en opuesta opinión a el estudio de Alcarraz, Arias, Peña, Ventura y Calle (2008), ya que presentaron que los participantes reportaron considerar necesaria la aplicación de dicha prueba, sin embargo no conocen algún lugar donde podrían realizársela.

Dichos estudios coinciden con la media de edad de 20 años, sin embargo en todos ellos se inicio el rango de edad a partir de los 15 o 16 en comparación con el presente estudios que fue de 18 años en adelante.

En la estadística descriptiva existió gran diferencia de motivos por las cuales los jóvenes no se realizan la prueba, ya que en este estudio los de mayor incidencia fue 36

casos con un 90% “La opinión de tu médico sobre ti cambiaría si le pides que te haga la prueba”, seguido de 32 casos con un 80% “Hay cosas más importantes que hacerse la prueba de detección del VIH” y por último “No quieres esperar de 1-2 semanas a recibir los resultados” con 77.5% en 31 participantes.

Los resultados del presente estudio reflejan que de una muestra de 54 estudiantes universitarios, la mayoría de las participantes se encuentran en la edad de 20 años.

El motivo que predominó con un puntaje más alto para que los estudiantes universitarios no se realicen la prueba del VIH fue “la opinión de tu médico sobre ti cambiaría si le pides que te haga la prueba” y por último “No quieres esperar de 1-2 semanas a recibir los resultados” con 77.5% en 31 participantes.

Se recomienda considerar los resultados del presente estudio, para el diseño de programas de salud enfocados a la realización la prueba del VIH en estudiantes universitarios, siendo los profesionales de enfermería parte de los orientadores y facilitadores de estas intervenciones. Así también continuar realizando estudios sobre la prueba del VIH, en donde puedan ampliar la muestra de estudio para obtener mejores resultados, o bien identificar si existe una población más afectada.

Se recomienda seguir el instrumento “Barreras hacia la prueba de detección del VIH” (Peralta, 2007) ya que fue útil para describir los motivos por los cuales los estudiantes no se realizan dicha prueba, así como sencillo de responder para los participantes.

Referencias

- Alcarraz, C., Arias, K., Peña, C., Ventura, J. & Calle, M. (2008). Factores Asociados a la realización de una prueba de detección de VIH en estudiantes universitarios. *CIMEL*, 13 (2).
- CDC, Signos Vitales (2017). CDC Prueba del VIH, Atlanta, EU. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Disponible en:

- file:///C:/Users/xime_/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/CDC%20PRUEBA%20DEL%20VIH.pdf
- Deblonde, J., De Koker, P., Hamers, F., Fontaine, J., Luchters, S. & Temerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20 (4), 442-432.
- De Wit, J.B. & Adam, P. (2008). To test or not to test: Psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *HIV Medicine*, 9, 20-22.
- El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) (2018) Hoja Informativa- Día mundial del SIDA. Disponible en: file:///C:/Users/xime_/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/ONUSIDA%202017.pdf
- Febo, V. I. (2018) Porcentaje de jóvenes adultos que se hacen pruebas de VIH en Estados Unidos ha disminuido. Disponible en: <https://www.saludiario.com/jovenes-adultos-se-estan-haciendo-menos-pruebas-de-vih/>
- Ginebra, A. (2018). Un nuevo informe de ONUSIDA indica que el 75% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico. Disponible en: http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2018/november/20181122_WADreport_PR
- Goodman, E., Tripon, A.C., Hecht, L. & Chesney, M.A. (1994). Perseverance pays off: Health care providers' impact on HIV testing decisions by adolescent females. *Pediatric*, 55, 878-882.
- Hoyos, J., De la Fuente, L., Fernández, S., Gutiérrez, J., Rosales, M. E. & De Olalla, P.G. (2012) La oferta de la prueba rápida del VIH en la calle dentro del ámbito universitario: ¿una estrategia prioritaria? *Gaceta Sanitaria*, 26, 131-137.
- Mohlabane, N., Tutshana, B., Peltzer, K. & Mwisongo, A. (2016). Barriers and facilitators associated with HIV testing uptake in South African health facilities offering HIV Counselling and Testing. *Healt Sa Gesondheid* 21, 86-95.
- Morales, A., Espada, J., & Orgilés, M. (2016). Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosocial Intervention* 25, 135-141.

- Organización Mundial de la Salud (2015). El autoanálisis ayuda a combatir el VIH en los adolescentes. Disponible en: <https://www.who.int/features/2015/hiv-self-testing/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2018). VIH/ sida. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Mundial de la Salud (2019). VIH/SIDA. Disponible en: https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- Paz, B. M., Ramiro, T. M., Teva, I., Ramiro-Sanchez, T. & Buena-Casal, G. (2017). Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco (Perú). *Gac Saint*, 32 (3), 223-229.
- Peralta, L., Griffin, B., Hipszer, S. & Ghalib, K. (2007). Barriers and Facilitators to Adolescent HIV Testing. *AIDS PATIENT CARE and STD*, 21 (6).
- Samet, J. H., Winter, M. R., Grant, L. & Hingson R. (1997). Factors associated with HIV testing among sexually active adolescents: A Massachusetts survey. *Pediatrics*, 100, 371-377.
- Sing, S., & Kulkarni, M., (2016) Erradicar la epidemia del SIDA en America Latina y el Caribe. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/epidemia-del-sida/>
- Vera, A. (2019) Barreras percibidas para no realización de la prueba del VIH en estudiantes adolescentes de Popayan y Pasto (tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali, Colombia.

Cuidado en Salud

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 15

**CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES,
CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO EN
PERSONAS CON DIABETES MELLITUS
TUBERCULOSIS Y CONTACTOS**

María de los Angeles Paz Morales*, Cynthia Berenice Rueda
Sánchez*, Esther C. Gallegos Cabriales*, Nora Hernández Martínez*

*Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Estudio cuyo propósito fue identificar las características individuales y los conocimientos en relación a las prácticas de cuidado realizadas en personas con DM – Tb y sus contactos. Selección de participantes por censo nominal de unidades de atención primaria de un área metropolitana de Nuevo León. Resultados y conclusiones: Se identificaron a 50 personas con DM-Tb (casos) y 42 contactos. El promedio de edad

de 48.2 años ($DE = 10.9$), el 60% de los casos fueron hombres, 42% solo est primaria, 60% se encontraban sin empleo y 64% presentó una HbA1c no controlada (>7%). Respecto a los contactos, el promedio de edad fue de 47.9 años ($DE = 10.7$). Predominó el sexo femenino con un 83%, de los cuales el 31% tenían una HbA1c controlada (<7%),

35% de los contactos estudiaron hasta secundaria y 66.70% estaba sin empleo. El 49% de los casos presentó conocimiento alto sobre el cuidado en DM, 36% medio y 15% bajo, referente al cuidado en Tb, 40% reportó conocimiento alto, 48% medio y 12% bajo. En los contactos, se observó que el 36% tenían conocimiento alto sobre el cuidado en DM, 33% medio y 21% bajo, respecto a Tb, se encontró que 62% tenía conocimiento alto, 21% medio y el 7% bajo.

En relación a las prácticas de cuidado sobre DM en los casos, 50% cumplen con el tratamiento oral. En las prácticas de cuidado sobre Tb, el 61.9% de los casos está recibiendo medicación para Tb. Respecto a las prácticas de cuidado de DM en contactos, el 93.2% de los que tienen prescripción oral cumplen con el tratamiento. Respecto a las prácticas de cuidado a Tb, el 100% de los contactos

no tienen medicación oral. No se mostró diferencia significativa de las características individuales por índices de conocimientos y prácticas de cuidado sobre DM -Tb en los casos y contactos.

Sin embargo, un hallazgo relevante fue la correlación negativa y significativa de HbA1c con el índice de prácticas de cuidados para DM ($r_s = -.365, p = .017$) y con el índice de práctica de cuidados para Tb ($r_s = -.323, p = .037$) en los contactos.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Tuberculosis, Contactos

Enfermedad ha ido aumentando en la población, por lo que la importancia como factor de riesgo para la Tb vaya también en aumento (Herrera, Leiva, Martín, Miramón, Morales, 2013). Datos de la Federación Internacional de la Diabetes (FID, 2014) reportan que la prevalencia mundial de DM alcanzó el 15.4% de la población [en millones] (Hodgson, et al., 2015; Mora, 2014).

México ocupa el tercer lugar con mayores casos de Tb reportados seguidamente por Brasil y Perú (OMS, 2014). El 20% de casos registrados de Tb padecen DM, el 40% de las personas que murieron durante el tratamiento de Tb reportaron tener diabetes mellitus desconocida, durante el 2014 se presentaron 20,137 casos nuevos de Tb en todas las formas, de las cuales el 80.7 % fueron tuberculosis pulmonar que corresponde a una incidencia de 16,244 casos, presentándose con mayor frecuencia en el sexo masculino (81%) (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012; Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2012; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012, OPS & OMS, 2013).

En Nuevo León, en el 2014 se presentó una incidencia para Tb de 18.3 y una tasa de mortalidad de 2.79, de los cuales el 21.2% de los casos se asociaron a diabetes mellitus, cuya prevalencia fue de 11.4%. (Secretaría de Salud del estado de Nuevo León [SESA], 2014 & Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2014).

El Programa Sectorial de Salud, ha implementado la estrategia de "Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado", así como, la iniciativa de la "Alto a la Tb" (OMS, 2017) que buscan acortar la cadena de transmisión entre personas que conviven con ellos (contactos).

Uno de los factores de riesgo en personas con DM, es el período de exposición de una persona bacilífera, ya que el bacilo tiene la capacidad de contagiar a personas y otros órganos para desarrollar otras formas de Tb, este hecho sugiere

terés el estudio de personas afectadas con DM-Tb y de sus contactos (Gazetta, Siqueiredo, Aparecida, Pinto Neto, & Scatena, 2008).

La DM como un factor determinante en la incidencia futura de Tb mejorar la detección oportuna, la supervisión terapéutica de DM y la importancia del control glucémico adecuado (Farga & Caminero, 2012). La DM y Tb tienen un impacto en el costo financiero de la salud que demuestra que son dos enfermedades globales en una población altamente vulnerable que no conoce por completo la magnitud del problema que padecen y que requieren de cuidado profesional (OMS, 2013), por lo que son el mayor desafío actual para los servicios de atención primaria y centros de personal de enfermería.

Por lo que este estudio puede aportar conjuntamente la reorientación del cuidado clínico disciplinar y multidisciplinar, así como estrategias preventivas y control de los contactos familiares y sociales.

Enfermería en conjunto con otros profesionales de salud pueden contribuir además de los programas de DM – Tb primeramente a entender que dificultades se enfrentado para controlar o prever ambos temas. Esto conlleva además de proponer la inclusión de los conceptos de conocimiento y prácticas de cuidados en los programas de salud. Además de dirigir acciones de prevención y difusión en consecución en las personas con DM y sus contactos sobre estos problemas de salud global.

Por lo que el propósito del presente estudio, fue determinar las características individuales de personas con DM – Tb del Municipio de Monterrey captados por la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León (SSNL) en relación con los conocimientos y las prácticas de cuidado realizadas.

Método

El diseño del estudio es descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2007) descriptivo porque se describen las características individuales, conocimientos y prácticas de cuidado. Correlacional porque se determinó la relación entre características, conocimientos y prácticas de cuidado de la persona con DM – Tb y sus contactos.

La población estuvo conformada por personas adultas de ambos sexos con diagnóstico DM – Tb, además de al menos un contacto que es el conviviente familiar/social con un tiempo mayor a 6 horas diarias diurnas (Teruel, Castilla, Huerta, 2007). En base al Cuadernillo de Registro y Seguimiento de casos de Tuberculosis (SSNL) se identificaron 50 personas con DM – Tb (los cuales presentaban Tuberculosis activa o latente) y 42 contactos. Para la selección de los contactos se realizó un muestreo aleatorio simple. El procedimiento consistió en la digitalización de los datos en el programa EXCEL®, seleccionando la función "aleatorio.entre", donde se colocó el número inferior y superior del total de contactos de cada caso, los cuales fueron previamente numerados. Obteniendo el contacto a entrevistar.

Resultados

Se muestra la consistencia interna de los instrumentos, las características individuales de los participantes, la estadística descriptiva de los conocimientos y prácticas de cuidado, la prueba de normalidad y la estadística

itus Tipo 2

iones de Cuidado en Diabetes	12	.68
cuidado en personas afectadas de Tuberculosis	44	.71
l de estilo de vida	48	.89

Nota= Censo = n^(a)50 Casos, n^(b)42 Contactos

Los resultados corresponden a un total de 50 personas con diagnóstico de D (casos) y 42 contactos. Respecto a los casos, el 60% fueron hombres, el promedio edad fue de 48.2 años (*DE* = 10.9), el 42% solo estudiaron la primaria, 38% encontraban casados, el 40% señaló estar sin empleo y el 64% tenían su HbA1c descontrolada. Referente a

contactos, predominó el sexo femenino con 83%, promedio de edad fue de 47.9 (*DE*= 14.9), 35% estudiaron la secundaria, 52.4% se encontraban casados, 66.7% encontraba sin empleo y 31% tenían su HbA1c controlada.

Tabla 2.

Nivel de conocimiento sobre DM-Tb casos y contactos

	Nivel	f	%	\bar{X}	Mdn	Mo	Val min	Val max
DM	Alto	27	54	86.00	86	90	78	95
	Medio	18	36	70.33	73	74	56	77
	Bajo	5	10	43.60	46	52	32	55
Tb	Alto	20	40	67.25	65	60	60	85
	Medio	24	48	50.62	53	55	40	55
	Bajo	1	2	33.33	33	35	33	35

Bajo	3	7	23.33	20	10	10
------	---	---	-------	----	----	----

Nota: , $n^{(a)}$ = 50 casos, $n^{(b)}$ = 42 contactos, f = frecuencia; % = porcentaje
 Media, Mdn = mediana; Mo = Moda, $Min.$ =Mínimo; Max = Máximo, DE = desviación
 estándar

Prácticas sobre cuidado de DM – Tb en casos el 20% de los casos cumple
 con la dieta adecuada para DM, 70% no realiza ejercicio, 94% no realiza automonitoreo
 y solo el 50% de los que tienen prescripción oral para DM cumplen con el tratamiento,
 y de los que tienen indicado medicamento inyectable (insulina) cumple con la aplicación
 correcta el 16% de los que tienen prescripción oral – inyectable realiza
 una o dos administraciones. El 2% de los casos está sin medicación para DM.

Conclusiones

El propósito de este estudio fue identificar las características individuales
 de conocimientos y prácticas de cuidado realizadas en personas con DM – Tb y
 sus contactos.

El primer objetivo específico propuesto fue describir las características
 individuales (edad, sexo, escolaridad, ocupación y HbA1c) en personas con Diabete
 Mellitus– Tuberculosis y sus contactos. Los resultados expresan que el promedio
 de edad en las personas con DM – Tb fue de 48.26 años, predominio el sexo masculino
 el 2% cuentan con escolaridad primaria, 38% casados y hasta el momento de la
 entrevista sin empleo, datos que concuerdan con lo reportado por Delgado,
 Sclean, y Gotuzzo (2006). Esto pudiera deberse al perfil sociodemográfico y ambiental
 de las personas de sexo masculino.

Respecto al conocimiento de los contactos en Tb, predominó el nivel alto 2%, seguido de un nivel medio 31%, datos que coinciden con Bocanegra, González y Vergara (2008).

El objetivo tres planteó describir las prácticas de cuidado sobre DM y T personas con Diabetes Mellitus– Tuberculosis y sus contactos. En el que predominó el cumplimiento de la medicación oral con 25% para DM y 40% para Tb, referencias de ejercicio y automonitoreo más del 70% no cumple en su realización de acuerdo con Flores, Hernández, Garza (2015). Lo que pudiera atribuirse a que personas afectadas con DM y T sufren una pérdida de energía potencial, así como de apetito, debido a que el sistema inmunitario se encuentra comprometido.

En relación a contactos, la práctica en DM de más cumplimiento fue el automonitoreo con 43% y para Tb 95.2%, datos que coinciden con lo reportado por Collazos Guerra, Mayo y Martínez (2015). Puede pensarse que la estrecha convivencia con las personas afectadas crea una preocupación en los contactos por la prevención de ambas enfermedades.

El presente estudio tuvo como objetivos describir las características individuales, conocimientos y prácticas de cuidado sobre DM y Tb y determinar la relación que existe entre estas variables en personas afectadas y sus contactos. La muestra estuvo conformada por 50 casos DM – Tb y 42 contactos de las unidades inscritas a una Jurisdicción Sanitaria del Municipio de Monterrey de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León.

Respecto a las características individuales se encontró que el 60% de los casos eran hombres, el promedio de edad fue de 48.2 años, 42%

El conocimiento alto sobre el cuidado en DM se presentó en 54% de los casos, 35% conocimiento medio y el 10% conocimiento bajo.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre Tb, 40% de los casos refirió conocimiento alto, 48% conocimiento medio y 12% conocimiento bajo.

El conocimiento alto sobre el cuidado en DM se presentó en el 36% de los contactos, 45% conocimiento medio y 21% conocimiento bajo. En cuanto al nivel de conocimiento sobre Tb el 62% mostro un nivel de conocimiento alto, 31% un nivel de conocimiento medio y 7% conocimiento bajo.

Del total de los casos, solo 20% cumple con una dieta adecuada para DM, 70% no realiza ejercicio, 94% no realiza automonitoreo, solo el 50% de los que tienen prescripción oral para DM cumplen con el tratamiento, 16% de los que tienen indicación de medicamento inyectable (insulina) cumple con la aplicación y 16% de los que tienen prescripción oral – inyectable realizan las dos administraciones. El 2% de los casos no tiene medicación para DM.

Respecto a las prácticas de cuidado sobre Tb, del total de los casos 76% cumple con la dieta para DM, 22% no realiza ejercicio y el 76% no realiza automonitoreo (Baciloscopia).

El 95.2% de los casos que tienen medicación oral para Tb cumple con el tratamiento, así como el 100% los que tienen medicación inyectable y los que tienen prescripción oral – Inyectable. El 61.9% de los casos esta sin medicación para Tb.

Del total de los contactos, 76% no cumple con la dieta para DM, 86% no realiza ejercicio, 57% no realiza automonitoreo (prueba de glucosa), solo 69.2% de los participantes que tienen prescripción oral cumplen con el tratamiento y 100% de

Las prácticas de cuidado sobre Tb en los contactos mostraron que 95% cumplieron con la dieta para Tb, 73.8% no realiza ejercicio y 92.9% no realiza automonitoreo (baciloscopia) y 100% los contactos no tienen medicación para Tb.

Referencias

Abreu, R., Sousa A., Alves, I., Oliveira, Fernández, M., Sánchez R., Niskier (2017). Tuberculose e diabetes: relacionamiento probabilístico de bases de datos de un estudio da associação entre ambas doenças. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 5(2), 359-368. <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200013>

Cardona A., & Hernández. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y

Consejo de Salubridad General. (2017) Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG.

Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI) (2010). Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Nueva Ley Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2010. Recuperado

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/PDF/LFPDPPP.pdf>

McMurray, D. N., & Perea, Á. E. (2017). Inmunidad celular en pacientes diabéticos con tuberculosis pulmonar. *Colombia Médica*, 10(3, 4), 119-126.

summary of diabetes self-care activities questionnaire. En Handbook of psychology and diabetes, 351-375.

Young, F., Critchley, J., Johnstone, L., & Unwin, N. (2009). A review of co-morbidity between infectious and chronic disease in Sub Saharan Africa: TB and diabetes mellitus, and the impact of globalization. *Globalization and health*, 5(1),

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 16

HÁBITOS DE SUEÑO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ADOLESCENTES

Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

Estudios epidemiológicos llevados a cabo en países desarrollados señalan que la pérdida crónica del sueño puede aumentar el riesgo de obesidad . México presenta las mayores prevalencias de obesidad en la edad pediátrica. El presente trabajo tiene como objetivo describir los hábitos de sueño y su relación con índice de masa corporal, cintura y porcentaje de grasa corporal en adolescentes. El diseño fue descriptivo correlacional, se calculó una muestra de 191 adolescentes de 13-19 años de ambos sexos, de una institución pública. El muestreo fue aleatorio estratificado. Hábitos de sueño se valoraron por auto-informe. Se midieron la estatura, peso, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura porcentaje de grasa corporal. La edad promedio de los adolescentes fue de 16 (DE=1.02 ;13-19) años ,51% sexo masculino. Horas promedio de sueño en días de escuela fue de 6 horas, en fines de semana 9 horas, 68 % tenían algún

grado de somnolencia, 69% toman siestas durante el día. Se identifico que la hora de ir a dormir los fines de semana se asocio con él porcentaje de grasa corporal ($r_s = -.146$, $p < .000$). Así también, se encontró que los que duermen menos horas los fines de semana presentan mayor IMC ($r_s = -.146$, $p < .05$). Y los que duermen menos tiempo de siesta tienen mayor perímetro de cintura ($r_s = -.178$, $p < .000$) y mayor IMC ($r_s = -.161$, $p < .05$). La duración del sueño puede ser un factor modificable importante para la obesidad, enfermería pudiera proponer intervenciones que mejoren los hábitos de sueño para el bienestar de los adolescentes.

Palabra Claves: Obesidad, higiene de sueño, adiposidad, Índice de masa corporal.

Introducción

La obesidad es un problema de salud pública no reconocida, se define como una enfermedad crónica que se caracteriza por un incremento anormal de peso debido a una proporción excesiva de grasa (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). En México el 28.6% de los adolescentes y el 30.1% de las adolescentes entre 10 y 17 años presentan este problema (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSALUD], 2016). Se ha reportado que los adolescentes con obesidad suelen presentar problemas cardiovasculares, como hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes mellitus, además de afectar su estado emocional provocando una baja autoestima (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

Se ha identificado que mientras más temprana aparece la obesidad en la niñez, mayor será la probabilidad de padecerla en la edad adulta. Los niños que a los siete años son obesos, tienen 40% de probabilidad de convertirse en obesos en la edad adulta, y si se presenta obesidad en la adolescencia el riesgo aumenta hasta un 80%, de aquí la importancia de prevenir este problema a más temprana edad (Cook, Weitzman, Auinger, Nguyen & Dietz, 2003).

Se han identificado algunos factores relacionados con la obesidad, como son la nutrición, sedentarismo, antecedentes heredofamiliares (American Diabetes Association [ADA], 2018). En fechas recientes se ha documentado que los hábitos de sueño es otro

factor que aumenta la probabilidad de que los adolescentes presenten obesidad. La literatura hace mención de que existen evidencias en que un déficit de sueño ocasiona cambios metabólicos que pueden contribuir a la aparición de obesidad, resistencia a la insulina y alteraciones cardiovasculares (Pin Arboledas & Lluch-Roselló, 2007).

Parte de la explicación de cómo se da la relación del sueño de corta duración y las alteraciones metabólicas en que, se ha identificado que una disminución del sueño puede afectar la regulación dos hormonas que actúan a nivel del apetito, la hormona grelina se eleva provocando aumento de apetito al día siguiente. Por otra parte, hay un descenso de la hormona leptina, que regula la saciedad lo que conlleva que la persona no logre satisfacer su hambre, y por lo tanto aumente de peso (Francesco, Cappuccino, Lanfranco, Strazzullo & Miller, 2010).

Los resultados de los estudios sobre la duración del sueño en la vida en la infancia sobre el desarrollo posterior del peso son parcialmente inconsistentes. Varios estudios mostraron una asociación entre el sueño corto en la infancia y un IMC más alto hasta los 7 años de edad (Derks, Kocevskaja, Jaddoe, et al., 2017; Hager, Calamaro & Bentley, et al., 2016; Hala, Matijasevich, Howe, et al., 2016) mientras que otros estudios no encontraron asociación (Derks, Kocevskaja, Jaddoe, et al. 2013; Hiscock, Scalzo, Canterford, et al., 2011). Otros estudios concluyeron en una revisión sistemática que, a pesar de esta asociación negativa en la mayoría de los estudios, la calidad de la evidencia se mantuvo baja (Chaput et al., 2017).

México es uno de los primeros países a nivel mundial con mayor prevalencia de obesidad en la población de niños y adultos, no se han localizado por el momento artículos de investigación que refieran como es hábito de sueño del adolescente y si este se relaciona con la presencia de obesidad en este grupo de edad. Es necesario realizar estudios epidemiológicos para comprender mejor la relación entre la duración del sueño y la utilización de diferentes indicadores antropométricos sencillos y fáciles de utilizar en la práctica clínica de atención primaria para identificar y realizar medidas de prevención y control de personas en riesgo de desarrollar OB a temprana edad. Por lo que se planteó el

siguiente objetivo de estudio, describir los hábitos de sueño de los adolescentes de 13-19 años de edad y su relación con el índice de masa corporal.

Método

En este capítulo se presenta el diseño de estudio, población, muestreo y muestra, así como mediciones, procedimiento para la recolección de los datos, consideraciones éticas. El diseño de este estudio es descriptivo de correlación, dado que se describen los hábitos de sueño en los adolescentes y su relación con IMC (Burns & Grove, 2004).

La población fueron adolescentes de 13-19 años de edad inscritos en instituciones de gobierno de educación básica y media básica del área Metropolitana de Monterrey Nuevo, León. La muestra de este estudio fue calculada con el programa estadístico en Query Advisor (Elashoff, Dixon, Crede & Fotherringha, 2000) Para la determinación del tamaño de la muestra se consideró el parámetro a estimar una proporción, con de intervalo de confianza bilateral, con un enfoque conservador ($p=q=.05$) con un 95% de confianza y un límite de error de estimación de 0.06 ($\pm 6\%$) resultando un tamaño de muestra de 191. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple seleccionando equitativamente por turno y por grupo basándose en las listas de asistencia de cada uno de los grupos de esas listas se seleccionó de forma aleatoria simple con lista de numero aleatorios.

Criterios de Exclusión: Adolescentes con enfermedades crónicas, embarazadas y que tengan problemas para poderse poner de pie.

Se utilizó un registro de datos donde se valoraron los aspectos sociodemográficos del adolescente (edad, sexo, año que cursa actualmente). Un segundo apartado donde se anotaron las medidas antropométricas; del peso y estatura e información que valoro algunos aspectos generales sobre condiciones académicas y criterios de inclusión.

Las mediciones del peso corporal fueron medidas en kilogramos y miligramos, utilizando una báscula tanita marca Seca, que utiliza la técnica de análisis de impedancia bioeléctrica, con capacidad de 150 kg. La estatura se midió con un estadímetro marca Seca, colocado en una superficie plana y regular. Con los datos del peso y la talla se calculó

el IMC(peso/talla²), el resultado fue revisado con las tablas de percentiles del Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud, (CDC/NCHS), 2010 por edad y sexo. Se consideró bajo peso el percentil <5, peso normal percentil >5 < 85, sobrepeso percentil >85 <95 y obesidad > 95.

La circunferencia de cintura fue medida en centímetros, utilizando una cinta métrica de fibra de vidrio marca SECA, se realizó en el punto medio entre el reborde costal inferior de la última costilla y las crestas iliacas. Se tomaron las tablas percentiladas por edad y sexo para población México Americana, según la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2007) se consideró obesidad abdominal al adolescente que se encuentre en el percentil > 90.

Para valorar los hábitos de sueño se aplicó la Encuesta de Hábitos de Sueño en Escolares de Carskadon et al., (1991). Esta encuesta se ha utilizado en diferentes poblaciones, reporta una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.70 a 0.80. La encuesta está conformada por 6 apartados los cuales se describen a continuación:

Habito de sueño durante las últimas dos semanas: contiene 14 preguntas abiertas sobre las horas habituales de dormir en días de escuela y fines de semana. De ellas solo se describe los promedios de cada respuesta. Escala de somnolencia: incluye un total de 9 preguntas, se valora si los adolescentes han tenido dificultad para mantenerse despierto en diferentes situaciones (por ejemplo, en la escuela, viendo TV, estudiando). La escala de respuesta de estas preguntas va de 1(no), a 4 (luchó por estar despierto).

Previo a la realización del estudio, se solicitó la aprobación a los Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León; una vez obtenida la aprobación, se acudió a los planteles educativos correspondientes para solicitar el permiso de las autoridades responsables para realizar el estudio.

Se solicitaron las listas de los alumnos inscritos y mediante una lista de números aleatorios se seleccionó la muestra a estudiar. Se acudió a cada aula para identificar al alumno seleccionado tomando en cuenta los criterios de exclusión, a cada adolescente seleccionado se le informo que fue seleccionado para participar en el estudio, se le explico

el objetivo, en qué consistirá su participación y la necesidad de solicitar la autorización de sus padres para realizarle la valoración de factores de riesgo.

Si el alumno aceptaba se le entregaba el consentimiento para que sus padres autorizaran su participación. Estos fueron recogidos un día posterior de ser entregados en el plantel educativo.

Para obtener los datos antropométricos y clínicos de los adolescentes se solicitó tiempo al profesor responsable del grupo. Se previó de un área física y los estudiantes de licenciatura en enfermería fueron previamente capacitadas para que garantizaran la privacidad y la seguridad para realizar las mediciones clínicas y antropometrías de los adolescentes.

Primero se les dio a conocer el asentimiento informado para que lo firmen, se les informo que estaban en la libertad de desistir en cualquier momento sin que afecte su calidad de alumno. Se solicitó llenar los datos socio demográfico del cuestionario que se proporcionó, después se realizó la medición de la estatura, peso y circunferencia abdominal. Terminando los procedimientos se agradeció su participación, se les solicito que se integraran nuevamente a sus clases programadas.

A las madres se les hizo llegar los resultados a través de sus hijos, en caso que resultaron con algún riesgo a su salud, se le dio las recomendaciones médicas correspondientes según el caso.

El estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia [SSA], 2014). En el que se establecen los lineamientos y principios generales a las que debe someterse la Investigación científica. Título Segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos Capítulo I y V.

Artículo 13 se respetó la dignidad del participante procurando en todo momento un trato individual y respetuoso al momento de la toma de mediciones antropométricas.

Artículo 14, fracción, I se solicitó por escrito autorización a la institución educativa donde se llevará a cabo la investigación, fracción V se contó con el consentimiento informado y asentimiento por escrito de los padres del adolescente y adolescente; fracción

VI, la investigación se realizó por personal de enfermería previamente capacitado en la aplicación de cuestionarios; de la fracción VII el estudio se llevó a cabo ya que se contó con el dictamen favorable del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León; con respecto a la fracción VIII se contó con la autorización del titular de la institución de salud en la cual se realizó la investigación.

Artículo 16 se protegió la privacidad del adolescente omitiendo su identidad en los cuestionarios.

Artículo 17, fracción II la investigación se consideró de riesgo mínimo, debido a que se usaron procedimientos de mediciones antropométricas como el peso y la talla del adolescente, y perímetro abdominal.

Artículo 18, se suspendería la investigación en caso de que hubiese existido un riesgo o daño a la salud del adolescente participante o si el adolescente así lo hubiese manifestado al momento de recabar la redacción de datos.

Artículo 20,36 la recolección de datos se llevó cuando el adolescente y sus padres autorizaran su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, con la capacidad de libre elección.

Artículo 21, fracción I se le explico la justificación y los objetivos de la investigación, fracción VI se dio la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda sobre la investigación. Fracción VII tuvo el derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin recibir represalias en su persona. Fracción VIII, se respetó la privacidad y confidencialidad de la información obtenida, reservando la identidad del adolescente y resguardando la información.

Artículo 22, el consentimiento informado se formuló por escrito con los lineamientos del reglamento de investigación en materia de salud Capítulo V, Artículo 58, fracción I, II, se cuidó que la participación, rechazo de los participantes a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, además los resultados de la investigación no fueron utilizados en perjuicio de los participantes.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 17 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva para las variables cuantitativas y cualitativas. Para valorar la relación entre horas de sueño e IMC, perímetro de cintura y % de grasa corporal se aplicó coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

En este apartado se presentan los datos del estudio, primero se presentan las características descriptivas de la muestra, posterior se describen las variables de interés y al final se responde al objeto del estudio.

Se estudiaron 191 adolescentes de los cuales el 51% correspondió al sexo masculino y 49 % al femenino. La edad promedio fue de 16 (DE=1.02;13-19) años. En la Tabla 1, se muestra las características antropométricas de los adolescentes, se identificó que el puntaje obtenido de cada variable se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, como dato sobresaliente se observa que la media del porcentaje de grasa corporal es mayor en las mujeres que los hombres.

Tabla 1

Características antropométricas de los adolescentes por sexo

Variables	Media	DE	Mínimo	Máximo
Masculino				
Estatura (cm)	1.68	0.06	1.54	1.83
Perímetro de cintura(cm)	75.75	11.73	55.00	109.00
Peso(kg)	65.43	13.95	41.50	103.80
IMC	22.93	4.46	15.81	35.25
% de grasa	19.30	8.57	7.00	47.00
Mujeres				
Estatura (cm)	1.58	0.06	1.36	1.81

Perímetro de cintura(cm)	69.98	10.04	50.00	107.00
Peso(kg)	55.99	11.72	33.70	90.00
IMC	22.42	4.86	14.90	43.40
% de grasa	26.21	7.44	4.60	50.70

Nota: N=191

En la tabla 2, se observa que los adolescentes suelen dormir 6 horas durante los días que acuden a la escuela, y un promedio de 9 horas durante los fines de semana. Hay una hora de diferencia de hora en la que suelen dormir entre semana y los fines de semana. Dedicar un promedio 1.50 minutos a siestas.

Tabla 2

Estadísticas descriptivas de hábitos de sueño en adolescentes

Hábitos de sueño	Media	DE	Mínimo	Máximo
Lunes a viernes				
Hora que va dormir	23.00	1.17	19.00	2.50
Hora que se levanta	6.02	1.50	4.30	12.20
Horas de sueño que duerme	6.79	1.58	1.40	12.30
Tiempo tarda en conciliar el sueño (hrs)	0.26	0.26	0.00	1.35
Fin de semana				
Hora se va a dormir	24.40	1.30	20.3	4.30
Hora que se levanta	9.94	2.07	1.00	14.20
Horas de sueño que duerme	8.90	2.23	1.00	16.00
Tiempo tarda en conciliar el sueño (hrs)	0.29	0.43	0.00	1.30

Tiempo que duran siestas (hrs)	1.51	1.59	0.00	8.00
--------------------------------	------	------	------	------

Nota: N=191

Se valoró el número de veces en que los adolescentes suelen levantarse durante la noche, se pudo identificar que un 31.9% lo hace por lo menos en una ocasión.

Tabla 3

Número de veces que se levanta el adolescente por la noche

	Fr	%
No tengo idea	13	6.8
Nunca	103	53.9
1 vez	61	31.9
2 o 3 veces	14	7.4
Total	191	100.0

En relación si presentar somnolencia durante las actividades diarias le provoca problemas, se observó que solo el 28.8% de los adolescentes reportaron no tener problemas, el resto manifiesta diferentes grados de problema a causa de la somnolencia diurna.

Tabla 4

Problema que le ocasiona la somnolencia para las actividades diarias

Somnolencia diurna	F	%
Ningún problema	55	28.8
Poco problema	108	56.5
Más que un poco problema	16	8.4
Un gran problema	9	4.7
Un muy grande problema	3	1.6
Total	191	100.0

En relación a cuantas siestas tomaban durante el día, se identificó que el 69% de los adolescentes suelen tomar siestas durante el día.

Tabla 5.

Frecuencia de siestas que toma el adolescente durante el día

Siestas	Fr	%
Nunca	59	30.9
A veces en días de escuela	110	57.6
A veces en días de fines de semana	10	5.2
Nunca al menos que esté enfermo	12	6.3
total	191	100.0

Se valoró que tan seguido los adolescentes referían dormir lo suficiente, se identificó que solo un 15.7% de ellos refirieron dormir siempre lo suficiente.

Tabla 6

Porcentaje de adolescentes satisfechos de sueño

Sueño	Fr	%
Siempre	30	15.7
Usualmente	61	31.9
A veces	64	33.5
Rara vez	26	13.6
Nunca	10	5.3
Total	191	100.0

Para revisar el objetivo de evaluar la relación de las horas de sueño de los adolescentes con IMC, perímetro de cintura y % de grasa corporal de los adolescentes, se aplicó la prueba de correlación de Spearman, por no tener normalidad de las variables antropométricas. En la Tabla 8, se muestra que la hora de ir a dormir los fines de semana se correlaciona con el % de grasa corporal ($r_s = -.146$, $p < .000$). Lo que indica que los

adolescentes que se duermen más tarde tienen mayor IMC. Así también, se encontró que los que duermen menos horas los fines de semana presentan mayor IMC ($r_s = -.146$, $p < .05$). Y los que duermen menos tiempo de siesta tienen mayor perímetro de cintura ($r_s = -.178$, $p < .000$) y mayor IMC ($r_s = -.161$, $p < .05$).

Tabla 8

Relación de horas de sueño con indicadores antropométricos

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Perímetro cintura	1							
2. IMC (peso/talla ²)	.842**	1						
3. % de grasa	.432**	.636**	1					
4. Horas sueño ES	-.005	-.011	.013	1				
5. Hora va a cama ES	-.086	-.115	-.132	-.582**	1			
6. Hora va a cama FS	.008	-.045	-.156*	-.226**	.501**	1		
7. Horas sueño FS	-.095	-.146*	.054	.133	-.113	-.102	1	
8. Tiempo siestas	-.178**	-.161*	-.017	-.158*	-.008	.162*	-.044	1

Nota: N=191; ES= entre Semana; FS= Fin de Semana; Correlación Spearman

**p <0.001, *p <.05

Conclusiones

El estudio se identificó malos hábitos del sueño de los adolescentes. Ningún adolescente duerme las horas recomendadas entre semana (8 horas). Ir a dormir más tarde los fines de semana se asocia a mayor porcentaje de grasa corporal. A menor horas de sueño los fines de semana mayor IMC. A menor tiempo de siestas mayor IMC y perímetro de cintura.

Los resultados encontrados en este estudio concuerdan con los estudios previos Chen, et al., (2018); García et al., (2004); Giannotti, Cortesi, Sebastiani & Ottaviano (2002), que mencionan que los adolescentes duermen menos del tiempo recomendado (8 horas) entre semana y suele ser superior los fines de semana. El hecho de dormir una hora menos de lo recomendado, significa una pérdida progresiva de tipo geométrico, lo que provoca somnolencia durante el día. En este estudio se identificó que solo el 16% refiere dormir lo suficiente y el 50% toma siestas para recuperar el sueño faltante durante la noche. Estos resultados hablan que los adolescentes requieren reponer el sueño faltante para poderse sentir bien.

En este estudio se identificó que los adolescentes suelen ir a dormir tarde, y más los fines de semana. Lo que concuerda con la literatura previa García et al., (2004); Giannotti Cortesi, Miller, Kruisbrink, Wallace, Chen , et al., 2018; Sebastiani & Ottaviano (2002).

Para revisar el objetivo de evaluar la relación de las horas de sueño de los adolescentes con IMC, perímetro de cintura y porcentaje de grasa corporal de los adolescentes. Se identificó que la hora de ir a dormir los fines de semana se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal, lo que indica que los adolescentes que se duermen más tarde tienen IMC mayor. Así también, se encontró que los que duermen menos horas los fines de semana presentan mayor IMC. Y los que duermen menos tiempo de siesta tienen mayor perímetro de cintura y mayor IMC. Resultados concuerdan con Gupta (2002); Knuston (2005); Gibson (2004); Chen (2006); Hitze et al., (2009); Mercado-Gonzales, Carpio-Rodríguez, Carrillo-Larco & Bernabé-Ortiz, (2019); Park (2010).

Consideramos que la duración de sueño y OB debe de ser estudiada bidireccionalmente, dado que la duración de sueño puede generar OB, pero la OB afecta la cantidad y calidad del sueño de los adolescentes. Lo preocupante de esta situación es que, si no son tratados oportunamente, pueden generar enfermedades metabólicas, síndrome de apnea obstructiva e inclusive presentar problemas de rendimiento escolar, conducta y depresión lo que complicaría más la salud futura de esta población.

Por lo que es importante en valoraciones clínicas de pediatría de atención primaria incluir la valoración del sueño, así como la utilización de indicador de adiposidad. Por otra parte, una limitante a considerar es la naturaleza transversal de estos datos, una característica que impide inferir la causalidad o los efectos del tiempo de exposición en los criterios de riesgo estudiados (Grandner, 2019). Otra limitante es la medición de la duración de sueño fueron por auto reporte del adolescente. Se requiere en futuros estudios utilizar medidas objetivas para comparar los resultados aquí obtenidos.

El estudio confirma malos hábitos del sueño de los adolescentes. Ningún adolescente duerme las horas recomendadas entre semana (8horas). Ir a dormir más tarde los fines de semana se asocia a mayor porcentaje de grasa corporal. A menor horas

de sueño los fines de semana mayor IMC. A menor tiempo de siestas mayor IMC y perímetro de cintura.

Referencias

- Alberti, K.G., Zimmet, P. & Shaw, J. (2007). International Diabetes Federation: Consensus on Type 2 diabetes Prevention. *Diabetic Medicine*, (24), 451-463.
- American Academic Pediatric (2006). Active Healthy Living: Prevention of Childhood Obesity through Increased Physical Activity Council on Sports Medicine and Fitness and Council on School Health. *Pediatrics*. (117), 1834-1842.
- American Diabetes Association [ADA. (2018). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 33(1), 11-61.
- Burns & Grove (2004). *Investigación en Enfermería*. (3ª Ed., pp. 217-225) España: Elsevier.
- Carskadon, M.A. & Acebo, C. (1993). A self-administered Rating Scale for Pubertal Development. *Journal of Adolescent Health*. (14), 190-195.
- Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud, [CDC/NCHS]. (2010). Recuperado de http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf.
- Chaput JP, Gray CE, Poitras VJ, et al. (2017) Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*.17:855.
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K. & Dietz, W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000; 320: 1240-1243.
- Cook, S; Weitzman, M., Auinger, P., Nguyen, M. & Dietz, W. Prevalence of metabolic syndrome phenotype in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescents Medicine*. 2003; 157(8): 821-827.

- Derks IPM, Kocevská D, Jaddoe VWV, et al. (2017) Longitudinal associations of sleep duration in infancy and early childhood with body composition and cardiometabolic health at the age of 6 years: The Generation R Study. *Child Obes.*13:400–408.
- Elashoftt, D.J., Dixon, J.W., Crede, M.K. & Fotheringham, N. (2000) n Query Advisor (version 4.09) Copyright (software estadístico para PC) Los Angeles Statistical Solutions.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]. (2006). Cuestionario de adolescentes. Recuperado el día 20 de junio del 2010, <http://www.insp.mx/ensanut/cuestionarios/adolescentes.pdf>.
- Francesco, P., Cappuccino, Lanfranco, E., Strazzullo, P., Miller, M., (2010). Quantity and Quality of Sleep and Incidence of Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, (33), 414-420.
- Grandner M. Epidemiology of insufficient sleep and poor sleep quality. En: *Sleep and Health*. EUA: Editor Academic Press; 2019; pp11-20
- Hager ER, Calamaro CJ, Bentley LM, et al. (2016) Nighttime sleep duration and sleep behaviors among toddlers from low-income families: Associations with obesogenic behaviors and obesity and the role of parenting. *Child Obes.*12:392–400.
- Halal CS, Matijasevich A, Howe LD, et al. (2016) Short sleep duration in the first years of life and obesity/overweight at age 4 years: A birth cohort study. *J Pediatr.*168:99.e3–103.e3.
- Hiscock H, Scalzo K, Canterford L, et al. (2011) Sleep duration and body mass index in 0–7-year olds. *Arch Dis Child* .96:735–739.
- Hitze, B., Bosy-Westphal, A., Bielfeldt, F., Settler, U., Plachta-Danielzik, S. et al. (2009). Determinants and impact of sleep duration in children and adolescents: data of the Kiel Obesity Prevention Study. *Eur J Clin Nutr.* 63(6), 739-46.
- International Diabetes Federation [IDF]. (2007). The IDF consensus definition of the metabolic syndrome in children and adolescents. Recuperado el día 22 de agosto Del 2018. http://www.idf.org/webdata/docs/Mets_definition_children.pdf

- Klingenberg L, Christensen LB, Hjorth MF, et al. (2013) No relation between sleep duration and adiposity indicators in 9–36 months old children: The SKOT cohort. *Pediatr Obes* 2013;8: e14–e18.
- Parke, S. (2010). Association Between Short Sleep Duration and Obesity among South Korean Adolescents. *West J Nurs Res*. Recuperado en noviembre 2010 <http://wjn.sagepub.com/content/early/2010/08/23/0193945910371317.full.pdf+html>
- Patel, S.R. (2009). Reduced sleep as an obesity risk factor. *Obes Rev*, (2), 61-8.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (20189). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. McGraw-Hill interamericana (7a edición).
- Potter, (2002) *Fundamentos de Enfermería, Quinta Edición Vol. II* Barcelona, España. (pág. 1282).
- Secretaria de Salud (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. México. Recuperado el 20 de julio 2018 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
- Spiegel, K., Knutson K., Leproult, R., Tasali, E. & Van Cauter, E., (2005). Sleep: a novel factor for insulin resistance and type 2 diabetes. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90(11) 6198-206.
- Organización Mundial de la Salud. Directriz: Evaluación y manejo de niños en centros de atención primaria de salud para prevenir el sobrepeso y la obesidad en el contexto de la doble carga de la desnutrición. En *Actualizaciones para la Gestión Integrada de Enfermedades Infantiles (IMCI)*; Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Suiza, 2017; ISBN 978-92-4-155012-3.

ISBN: 978-607-27-12

Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autor: Márquez-Vega, et al.

tulo 17

AUTOMEDICACIÓN EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS

María de los Ángeles Paz Morales*, Velia Margarita Cárdenas

Villarreal*, Milton Carlos Guevara Valtier*, María Dolores Corona Loza

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

RESUMEN

La automedicación en personas con Diabetes Mellitus (DM), es vista como una amenaza debido a que puede comprometer la salud de la población

Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y consentimiento informado del participante, y apego estricto al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Resultados: 64% reportan menos de diez años de diagnóstico DM, predominó el sexo femenino 66%, escolaridad secundaria 42%, prevalencia 62% en personas con padecimientos crónicos, 59% cuentan con una seguridad social. Tratamiento farmacológico 56% oral, insulina 44%, oral-insulina 26%. No farmacológico dieta 32%, ejercicio 4%. Respecto a la práctica de la automedicación 90% de ellos la llevan a cabo y un 58% se automedicó.

En el último mes, el motivo por el cual se automedican mayormente es que es necesario acudir al médico (48%), un 68% comentó que la persona que influyó en su decisión de automedicarse fueron amigos y/o familiares. Los analgésicos fueron los medicamentos mayormente utilizados sin prescripción médica en un 46%. Un 80% de los medicamentos utilizados fueron administrados vía oral. El 100% de los participantes afirmó haber utilizado otro tipo de automedicación para la DM, el 76% afirmó haber utilizado herbolaria para el control de la DM y 76% considera que la automedicación es peligrosa para su salud y un 58% afirmó que volvería a automedicarse. Discusión y Conclusión: Los resultados presentan un alta prevalencia entre automedicación y DM. Lo que puede sugerir áreas críticas de cuidado en enfermería integral y multidisciplinario en esta población, para prevenir la progresión de los daños sistémicos en los adultos DM altamente vulnerables.

Palabras clave: Autotratamiento, adulto, diabetes mellitus

obrepoblación, pobreza, escolaridad, hábitos, costumbres, déficit de conocimiento denotan desviaciones en la salud, entre otros factores. (Arredondo López, 2016)

Según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2014) y Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) la prevalencia mundial de DM es del 9% en adultos de 18 años de edad y más, y se proyecta como la séptima causa de mortalidad para el 2030. Por otra parte en el 2011, estiman además, que alrededor de 36 millones de personas en las Américas padecen DM y para el 2030 se espera que su prevalencia aumente a 91,1 millones, y para América latina, se calcula que podría aumentar de 25 millones a 40 millones para el año 2030, y en Norteamérica y los países de los Países del Caribe este número puede ascender de 38 a 51 millones durante este período.

Existen varios tipos de DM pero la más prevalente es la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2).

La DM, se asocia con un número importante de complicaciones como hipertensión arterial, daño moderado a severo en el sistema nervioso, y riesgo de sufrir un evento vascular cerebral, una insuficiencia renal, ceguera, amputación de extremidades y ataques cardíacos (OMS, 2014). El objetivo general del presente estudio es; Describir la práctica de automedicación en adultos con diabetes mellitus en un contexto local.

Método

Diseño de estudio de tipo descriptivo, observacional ya que pretendió describir

Este estudio se incluyó personas mayores de 18 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus, que se encontraban dentro de los registros de las clínicas universitarias de salud Pueblo Nuevo y 21 de Enero, ubicados en el municipio Modaca y Guadalupe Nuevo León respectivamente, la muestra es de 50 participantes, de los cuales fueron seleccionados aleatoriamente de acuerdo al registro del censo de personas con DM, a los cuales se informó previamente los objetivos del estudio y aquellos que decidieran participar proseguirán con el llenado de los instrumentos previo consentimiento informado. Criterios de exclusión: Pacientes menores de 18 años de ambos sexos.

Para la recolección de datos se consideraron dos instrumentos, la cédula de datos sociodemográficos y clínicos. Además del instrumento que midió la relación de automedicación, para ambos se aplicó la técnica de entrevista mediante el diálogo entre el participante del estudio y los investigadores.

Resultados

Datos sociodemográficos de la muestra.

Tabla 1.

Distribución de las variables sociodemográficas de adultos con DM

Variables	<i>f</i>	%
Escuela	17	34

do civil

on pareja

31

62

1 pareja

19

38

de Seguridad Social

ISS

33

66

SSTE

10

20

guro Popular

6

12

ro

1

2

ación

abaja

28

56

o Trabaja

12

24

nsionado

10

20

l Socioeconómico

ijo

4

8

edia

46

92

lencia

odaca

25

50

2% asiste cada seis meses al control de Diabetes Mellitus, en cuanto al tratamiento se encontró que un 56% respondió que lleva tratamiento Oral, un 2% dijo acudir a algún grupo de autoayuda para afrontar adecuadamente la Diabetes.

Tabla 2. Automedicación

medicación	<i>f</i>	%
	45	90%
	5	10%

90% de los encuestados manifestaron que se han automedicado.

El sexo que más se automedican es el femenino con un 66%, los encuestados con pareja mostraron que se automedican (56%) más que aquellos sin pareja. Las personas encuestadas con escolaridad de secundaria mostraron mayor porcentaje de automedicación (42%), de los encuestados un 21% tiene menos de 10 años de diagnóstico de diabetes mellitus.

Conclusiones

En síntesis el estudio reveló que el 66% (33) fueron del sexo femenino, el 21% (21) presento una escolaridad de secundaria y el 14% (7) evidenció estudio preparatoria. Del total de la población del estudio 90% (45) se ha automedicado en el último mes y 58% (29) se ha automedicado en el último mes. Mientras que el 48% de los encuestados dicen como motivo de automedicación que considera innecesario acudir al médico mientras que el 40% dicen que

automedicar por falta de tiempo para acudir al médico.

Además los participantes expresaron que 68%(34) de su familia/amplificaron en su decisión de automedicarse mientras que el 26%(13) presentan que la publicidad influyo en su decisión de automedicarse. Mientras que el 92% afirmaron que los medicamentos utilizados hicieron efecto. Por otra parte 44% (27) los indican que si el medicamento no hace su efecto acuden al médico, el 38% aumentan la dosis. El 46%(23) manifestó automedicarse con analgésicos y el 28% con antigripales. Estos datos muestran algunas congruencias con la revisión de literatura.

Se concluye en este análisis que la prevalencia de la automedicación en adultos mayores es de suma importancia de un total de 50 individuos del estudio, el total 100% a tenido alguna vez en su vida algún tipo de medicación ya sea farmacológica o farmacológica.

La mayoría de adultos no usaban algún tipo de prescripción, existen diversos estudios relacionados donde nos dicen que la prevalencia de medicamentos es mayor consumo en la población, siendo estos la automedicación de antiinflamatorios analgésicos.

El hábito de la automedicación es más frecuente en la población, y preocupante, ya que la gente deja de ir al médico por “saber” qué medicamento tomar o que medicamentos se le recetado con anterioridad para los mismos síntomas, causando en su comunidad, al tomar medicamento no recetado.

Así como también la automedicación constituye una práctica riesgosa y

Cecilia, Garcia y Atucha. La automedicación en estudiantes del Grado de Farmacia. Educación Médica 2018; 19(5): 277-282. Recuperado de <https://medes.com/publication/138417>

Del Toro M, Díaz A, Barrios Z, Castillo IY. Automedicación y creencias en su práctica en Cartagena, Colombia. Rev Cuid. 2017; 8(1): 1-3. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.367>

General Assembly Washington (WMA) 2002. Statement on Self-Medicación disponible en: http://www.wma.net/cfo.org/issues/WMA_SelfMedication.aspx, recuperado: 13 de noviembre 2018.

Loyola Filho AI, Lima-Costa MF, Uchôa E. Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. Cad Saude Pública 2004; 20 (6):1661-9.

Escobar Salinas y Ríos Gonzalez. Prevalencia de automedicación en dos barrios de la ciudad de coronel Oviedo - Paraguay, marzo a mayo 2014. SCIENTIFICA [online] 2014, vol.12, n.1, pp. 46-50. ISSN 1813-0054.

Musso CG, Belloso WH, Scibona P, Bellizzi V, Macías Núñez JF. Impact of smoking on drug therapy. Postgrad Med. 2015 Jul 9:1-7.

Loyola Filho AI, Lima-Costa MF, Uchôa E. Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. Cad Saude Pública 2004; 20 (6):1661-9.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987).

Ruiz-Sternberg AM, Pérez-Acosta AM. Automedicación y términos relacionados: una reflexión conceptual. Rev. Cienc. Salud 2011; 9 (1): 83-97.

Saldaña Flores y cols. Frecuencia y características de la automedicación en pacientes con cefaleas en atención primaria en Lombayague, Perú. (2016). Recurso

Sawair FA, Baqain ZH, Abu Karaky A, Abu Eid R. Assessment of self-medication with antibiotics in a Jordanian population. *Med. Princ. Pract.* 2009; 18 (1):21-5.

Secretaria de salud, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Ambiente y Salud Bucal 2016 (ENSANUT MC 2016). Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

Suleman S, Ketsela A, Mekonnen Z. Assessment of self-medication practices in Gendabo town, Jimma zone, southwestern Ethiopia. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2009; 5 (1):76-81.

Tobón Marulanda FA. Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. *Iatreia* 2002; 15 (4):242-7.

Tobón Marulanda, Montoya Pavas y Orrego Rodriguez. Automedicación familiar, un problema de salud pública. Medellín, Colombia, Recibido el 11 noviembre de 2016; aceptado el 14 de marzo de 2017. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/7387/1/Tob%C3%B3n-Marulanda-2017-Automedicaci%C3%B3n-familiar-salud.pdf>

Yousef AMM, Al-Bakri AG, Bustanji Y, Wazaify M. Self-medication patterns in Amman, Jordan. *Pharm World Sci* 2008; 30 (1):24-30.

Zargarzadeh AH, Minaeiyan M, Torabi A. Prescription and nonprescription drug use in Isfahan, Iran: An observational, cross-sectional study. *Curr Ther Res Clin Oncol*; 69 (1):76-87.

ISBN: 978-607-27-12

Compendio de Investigaciones en Enfermería
Res: Márquez-Vega, et al.

tulo 18

LA OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN NIÑOS ESCOLARES

origina Mayela Nuñez Rocha, Tania Guerra García, Milton Carlos Guevara
Itier, María de los Angeles Paz Morales, Ana Elisa Castro Sánchez y Sil
Guadalupe Soltero Rivera

Introducción

Tradicionalmente la obesidad no se consideraba una enfermedad, sino más
condición predisponente para el desarrollo de otros padecimientos, sin embar
encia actual es considerarla como una enfermedad crónica que constituye
rtante problema de salud pública, considerándola prevalencia de obesidad e

En los últimos años de acuerdo a la transición epidemiológica de la mortalidad de nuestro país el aumento en las tasas de incidencia y prevalencia de enfermedad cardiovascular en México ha provocado gran preocupación; enfermedades cardiovasculares presentan una media nacional de 30.1% encontrándose Monterrey como uno de los estados con mayor prevalencia con un 34.5%.

La etiología de la enfermedad cardiovascular involucra una serie de factores considerados de riesgo para adquirir la dicha enfermedad, uno de ellos asociación de riesgo para la enfermedad cardiovascular es la obesidad, la cual es enfermedad crónica, compleja de etiología multifactorial, que afecta a un gran grupo de individuos; se caracteriza por el aumento de los depósitos de tejido graso, resultado del desequilibrio entre el ingreso y el gasto de energía. El término obesidad implica un exceso de tejido adiposo pero es difícil definir el significado de dicho exceso; esta delimita lo normal y lo obeso solo puede ser aproximada y el riesgo sanitario que supone la obesidad es probablemente una secuela paralela al aumento de adiposidad.

Un estudio de expertos de obesidad del National Institutes of Health refiere que un incremento del 20% de incremento sobre el peso deseable, supone un claro riesgo sanitario. Un incremento del 20% sobre el peso relativo o un peso por encima del percentil 85 del peso de los adultos jóvenes supone un riesgo para la salud; utilizando estos criterios se encuentra que en México el 35 % de los niños de primaria cursan con sobrepeso u obesidad, el 20% de los adolescentes tienen exceso de peso, de 20 a 60% de los varones y 30 a 70% de las mujeres adultas son obesas. De acuerdo a la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición se determinó una prevalencia a nivel nacional de sobrepeso y obesidad en relación con el IMC de un 26% para ambos sexos, en mujeres se encontró una prevalencia de 26%

alencia, dada la alta exposición a los factores ambientales (dieta rica en grasas, azúcares y sedentarismo) propios del modelo de desarrollo económico que vive el país en la última década. Asimismo, se ha encontrado una prevalencia de riesgos de riesgo cardiovascular en individuos mayores de 20 años de edad en México con la hipertensión arterial con 30.05%, diabetes 10.90%, obesidad 16.30%, tabaquismo 10.0%, hipercolesterolemia 9.0%, sedentarismo 55%, alcoholismo 66%, y el consumo de sal 75. Sin embargo, la prevalencia de riesgos cardiovasculares que existen en los niños escolares ha sido poco estudiada en México y menos aún en León; de ahí el interés de realizar una detección oportuna en aquellos niños con mayores riesgos para intervenir con enfoque de riesgo y a la larga, prevenir la morbilidad por enfermedades cardiovasculares.

Una hipótesis sustentada por una serie de estudios prospectivos, como el Cardiovascular Risk in young Finns Study, que fue uno de los primeros grupos en estudiar los factores que predicen el RCV en la infancia, sugiere que éste se encuentra conformado por factores precursores relacionados tanto a problemas metabólicos como a enfermedades cardiovasculares afines a la obesidad, estudios realizados en Chile demuestran que la cantidad y distribución de la grasa corporal en la población infantil determina el riesgo metabólico asociándose a un mayor RCV y dislipidemia, muestran una asociación entre la cantidad y distribución de grasa corporal con presencia de FRCV desde edades tempranas, el 33% de los niños estudiados comparados con el riesgo menor del 10 % presentaban obesidad. Los niños obesos tienden a tener elevado el colesterol total, el colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y disminuido el colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (HDL). Asimismo, la tendencia para que el

asociación que existe entre bajas condiciones económicas, obesidad frecuentemente RCV. Se estima que el 77% de los niños obesos serán adultos obesos. Probable que la persistencia de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular de la infancia sea la que confiera dicho riesgo más que la obesidad en sí misma. Así se resalta la importancia de la identificación de estos factores en los niños con obesidad en todos los niveles socioeconómicos que se ajusten a las condiciones de cada país. Se sabe que la aterogénesis se inicia en los primeros años de vida; diversos estudios han demostrado la existencia de estrías grasas en niños menores de tres años. Los primeros signos de proliferación celular característicos de lesiones ateroscleróticas ya se encontraron en niños. Se ha encontrado que los factores de RCV predisponen a mayor riesgo de hipertensión arterial, esclerosis intersticial renal y a un riesgo aumentado de enfermedad coronaria. En el caso de la cardiopatía isquémica este hecho sugiere que el proceso preventivo debe iniciarse en los primeros años de vida para lograr reducir la incidencia de la enfermedad.

En el contexto de la reforma en Salud y en el ámbito de la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles se permitirá estandarizar los criterios diagnósticos de obesidad y riesgo cardiovascular, pero debe avanzarse en una propuesta que permita una oportuna detección y medidas preventivas al menos a los niños con alto riesgo biológico, existiendo la necesidad de consensuar un criterio diagnóstico de riesgo cardiovascular en la población infantil determinando los indicadores de morbimortalidad para su pesquisa como lo establece el programa nacional de salud 2011-2016. De acuerdo con lo anterior el presente proyecto pretende determinar la prevalencia de FRCV en niños con obesidad en comparación con los niños con peso normal.

nización mundial de la salud (OMS) “una enfermedad crónica” por qué se perpetúa el tiempo y se asocia a FRCV como las dislipidemias, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo 2 en la infancia. En Nuevo León de acuerdo a ISANUT NUEVO LEÓN 2006, se establece una prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares de 31.9% en población urbana. En México son escasos los estudios a este problema, aunque algunos realizados en Durango y Guadalajara indican hasta un 40% en la prevalencia de FRCV asociada con obesidad infantil. En el estado de Coahuila, las posibles causas de este problema son la alta exposición a los factores ambientales como el acceso a una dieta rica en grasas saturadas, azúcares y alimentos procesados con alto contenido en sodio propios del modelo de desarrollo económico que ha tenido el país en la última década. Además, estilos de vida en donde predomina el sedentarismo y conductas de riesgo como el estar expuestos durante horas a dispositivos electrónicos y a medios de comunicación con mensajes poco saludables dirigen a un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Este grupo de riesgo. Asimismo, en la actualidad se observa que el personal de salud percibe la obesidad infantil como un riesgo potencial para padecer enfermedades cardiovasculares, por lo tanto, es de gran trascendencia, con el fin de realizar una evaluación adecuada, establecer acciones para identificar oportunamente y medir el nivel de riesgo a la población vulnerable con factores de riesgo no hereditarios que pueden ser modificables relacionadas con la nutrición y estilos de vida, que impacten en el estado de salud de niños derechohabientes en la UMF 15. Con base en lo anterior se plantea la siguiente pregunta: ¿Existe diferencia en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular entre niños con obesidad y niños sin obesidad de la UMF No. 15?

Objetivos General: Comparar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular

Hipótesis General: Existe diferencia en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en niños escolares con obesidad en comparación a niños sin obesidad.

Hipótesis Nula: La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en niños con obesidad es igual a la prevalencia de riesgo cardiovascular en niños sin obesidad.

Hipótesis Específica: La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en niños con obesidad es de 30% o más. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en niños sin obesidad es menor al 10%. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en niños con obesidad es de 20 puntos porcentuales o más en comparación con niños sin obesidad. Los niños con obesidad tienen tres o más veces la probabilidad de presentar factores de riesgo cardiovascular que los niños sin obesidad.

De acuerdo a la ENSANUT 2006 las enfermedades cardiovasculares representan la causa de muerte más frecuente y una de las principales causas de incapacitación permanente en nuestro país, constituyéndolo como un problema de salud pública de gran importancia. El número de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) debido a enfermedades cardiovasculares ha aumentado de 52,999 en 1990 a 62,278 en 1999 estimándose una pérdida de 10,000 en el año 2000, dentro de las principales acciones del Programa Nacional de Salud se encuentra la prevención de enfermedades cardiovasculares²⁰. En ese sentido la obesidad infantil es un importante problema de salud pública por su prevalencia creciente y su impacto en la calidad de vida; existe un marcado aumento en la prevalencia de obesidad y de su comorbilidad DM 2, HTA, dislipidemias, cardiopatías, a la vez aumenta la existencia de enfermedades crónico degenerativas en edades cada vez más tempranas. Un claro ejemplo es la presencia de dislipidemias en edad infantil la cual en las décadas ha sido considerada como enfermedad exclusivamente de personas

Bajo este contexto, el papel del personal de salud, es fundamental a través de una identificación oportuna de FRCV es posible revertir esta situación para prevenir un evento cardiovascular; considerando que una vez que se manifiesten enfermedades cardiovasculares se acompañaran permanentemente al individuo disminuyendo su calidad de vida. Por tanto, es importante identificar en nuestra población los determinantes de la expresadas alteraciones metabólicas y focalizar al grupo de niños con obesidad con mayor riesgo cardiovascular para contribuir a la optimización de los recursos y prevenir enfermedades crónicas del adulto, considerando que de seguir con esta tendencia se estima que cerca de un 70 % de los adultos jóvenes mayores de 35 años padecerán alguna enfermedad crónico degenerativa situación que excederá la capacidad de respuesta de las instituciones entre ellas del IMSS.

Las limitaciones del presente trabajo se enfocan sobre todo a la selección de la muestra y la elección de estudio por la factibilidad de realizarlo en una Unidad de Medicina Familiar que pudiera conllevar un sesgo. Sin embargo, el hecho de haber establecido un diseño comparativo en donde se incluyen niños con las mismas variables de confusión hace más riguroso el trabajo y se minimice el riesgo de sesgo.

Método

Diseño del Estudio: Se trata de un estudio observacional, analítico, de una muestra prospectivo. **Población y Muestra:** Niños entre 8 y 12 años de edad, de ambos sexos y derechohabientes de la UMF No. 15. **Criterios de selección (inclusión, exclusión):** Se incluyeron a los niños que cumplieran con los criterios de inclusión y se excluyeron a los que no cumplieran con los criterios de exclusión.

Criterios de Exclusión: Que tengan diagnóstico previo de enfermedad metabólica antes del estudio, Niños que al momento del estudio se encuentren bajo tratamiento médico, Niños con IMC menor a percentil 50, Que los padres o tutores nieguen autorización de participar en el estudio mediante la carta de consentimiento informado.

Criterios de Eliminación: Niños que habiendo aceptado participar en el estudio no continúan o que sus padres o tutores revocan el permiso para participar, Cambio de residencia del participante, Baja de la unidad, Niños que no acuden a realizarse las pruebas de laboratorio indicadas o en quienes no se reporten completos los datos.

Cálculo del tamaño de la muestra y técnica de muestra

Se considerará la fórmula de diferencia de proporciones. Con el fin de establecer la diferencia en la prevalencia de riesgo cardiovascular en niños con obesidad y sin obesidad.

<p>Comparación de proporciones de 2 poblaciones o de una población de referencia.</p>	$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (P_1 Q_1 + P_0 Q_0)}{(P_1 - P_0)^2}$
---	--

$n = 40$

$Z_{\alpha} = 1.64$ nivel de significancia

$Z_{\beta} = .80$ potencia de la prueba estadística

$P_1 = .40$ prevalencia en expuestos

El muestreo fue por cuota mediante casos consecutivos los cuales fueron enviados al consultorio donde se realizó sonometría, solicitud de estudios de laboratorio y recolección de datos por su médico familiar.

Calculo Del Tamaño De Muestra

$$\frac{(1.64 + .80)^2 \times (.40 \times .60) + (.10 \times .90)}{(.40 - .10)^2}$$

$$\frac{(2.44)^2 \times (.057 + .008)}{.09}$$

$$\frac{(5.495) \times (.65)}{.09}$$

0

Se calculó un tamaño de muestra mediante la fórmula de diferencias de proporciones de dos poblaciones dando un tamaño de muestra de 40 niños con obesidad y 40 niños con peso normal, seleccionándose la comparación con 40 niños escolares eutróficos.

Se realizó un estudio transversal comparativo en el cual se incluyeron niños de ambos sexos de 8-12 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Hospital General de México del Seguro Social de la Delegación Nuevo León., que acudieron a consulta externa de dicha unidad durante los meses de abril 2008 a noviembre del 2008 y aceptaron participar en el estudio.

se incluyeron datos sociodemográficos, antecedentes familiares de obesidad, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial y dislipidemia; se incluyeron datos antropométricos para determinar IMC, presión arterial y circunferencia abdominal; y se solicitó acudir al laboratorio para la toma de muestra de sangre, plasmática de 8 horas y que la cena del día anterior estuviera libre de grasas donde se obtuvieron datos como glucosa, hemoglobina, hematocrito, colesterol, triglicéridos, HDL y VLDL; se agregó también una gráfica de percentiles del índice de masa corporal para niños y niñas donde se graficó y ubicó a cada uno de los participantes en relación a los datos obtenidos en la encuesta al igual que se incluyó aquí la cartilla de consentimiento informado.

Para la toma de medidas antropométricas se utilizaron los siguientes elementos: para determinar el IMC báscula mecánica con estadímetro marca Bame y para medir las circunferencias de cintura y cadera se utilizó una cinta métrica graduada en milímetros; se realizó la toma de presión arterial con baumanómetro mercurial portátil pediátrico integral m1-300 marca Adex.

El estudio se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987) y se consideró lo establecido en el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación con Humanos. Respecto al Capítulo I, Artículo 13 se consideró el respeto en todo momento durante la relación con el personal de enfermería y siempre se tomó en cuenta la dignidad como persona sin utilizarlo, protegiendo sus derechos y su bienestar.

De acuerdo al Artículo 14, fracciones V, VII y VIII la investigación se ajustó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987).

Según el Artículo 17, fracción I este estudio se considera una investigación no intervencional, ya que no se realiza intervención o modificación intencionada en las variables psicológicas y sociales de los participantes.

Con fundamento en el Artículo 18 se suspendió la investigación de inmediato del sujeto así lo solicitó.

Con respecto a los Artículos 20 y 21 se solicitó por escrito el consentimiento informado, mediante el cual las personas participantes en esta investigación autorizaron su participación, previo a la explicación clara sobre los objetivos de la misma, otorgando su consentimiento a cualquier pregunta o duda, informándoles que tienen la libertad de suspender su participación y retirar su consentimiento en cualquier momento sin coacción alguna. Asimismo se le explicó que la cédula de datos sociodemográficos personales y antropométricos que se obtendrán sólo será conocida por la investigadora y que se garantizará la confidencialidad de la información.

De acuerdo al Artículo 22, fracción I al V la investigadora principal elaboró el formato de consentimiento informado indicando la información señalada en el artículo anterior.

VARIABLES E INDICADORES

del estudio (cuadro horizontal)

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	de Fuente Informada
----------	-----------------------	------------------------	--------------------	---------------------

determinado mg/dL; HDL, ≤ 35 mg/dL; colesterol ≥ 200 mg/dL, Hb < 12 mg/dl, Htco < 36 . Presencia en la evaluación clínica de acantosis nigrica, estrías, CA fuera de los parámetros de 59.1 ≥ 6.4 .

Considerando como positivo cuando se encuentren alterados dos o más valores de laboratorio y/o presentes cualquiera de las alteraciones antes mencionadas en un mismo

iente de etiología variables: Antropom

multifactorial, se Niños con
 caracteriza por el obesidad (IMC
 aumento de los mayor o igual del
 depósitos de percentil 95)
 tejido graso,
 resultado del Niños sin obesidad
 desequilibrio (IMC igual o
 entre el ingreso y mayor al percentil
 el gasto de 50 pero menor a
 energía percentil 95)

de Condición Femenino Nominal Cedula
 fisiológica que recolecció
 distingue en las Masculino datos
 personas en
 hombre o mujer

de Tiempo en que Años cumplidos Continua Cedula
 una persona ha recolecció
 vivido desde su informaci
 nacimiento

ad Periodo de tiempo ultimo grado Nominal Cedula

de	<p>Altura de una persona desde los pies a la cabeza</p>	<p>Se tomara en cuenta en cifras recolectadas al momento del estudio</p>	Discreta	<p>Cifras (mediante estadímetro marca (somatomer</p>
de	<p>Fuerza resultante de la acción de la gravedad sobre un cuerpo valor de esta fuerza</p>	<p>Se tomara en cuenta en base a las cifras obtenidas al momento del estudio por báscula mecánica.</p>	Discreta	<p>Cifras (por mecánica (Somatomer</p>

Técnica de análisis

Se aplicó estadística descriptiva: porcentajes, promedios, desviación estándar; de prevalencia e inferencial; prueba de diferencia de proporciones para comparar prevalencias de riesgo cardiovascular entre niños con obesidad y sin obesidad; prueba de asociación para establecer la asociación entre obesidad y riesgo cardiovascular y razón de odds para determinar la intensidad de la asociación entre riesgo cardiovascular y obesidad.

En lo referente a la actividad que desempeñaban actualmente, se observó que el 100% se dedicaban exclusivamente a estudiar y el 1% estudia y trabaja. El 100% de los cohabitantes del Instituto perteneciendo un 53.8% al turno matutino y un 46.3% al turno vespertino.

En cuanto al análisis de los antecedentes familiares se encontró que el 100% de los niños presentaban por lo menos un familiar directo con presencia de alguna enfermedad degenerativa como diabetes, dislipidemia, HTA u obesidad; el antecedente patológico más frecuentemente en los padres del total de los niños fue la obesidad (62.1%) y en los padres de niños con obesidad se encontró la presencia de dislipidemia más comúnmente y se estableció asociación entre niños con obesidad y antecedentes familiares con dislipidemias como se observa en la tabla (Tabla 1).

El promedio de IMC fue de 36.21 ± 4.3 y de cintura fue de 76.2 encontrándose el 83% de los niños con obesidad registraron una obesidad de tipo androida con una asociación con el 19% de aquellos no obesos ($p < .0001$).

En lo correspondiente a la PAS y PAD en el total del grupo se encontró un promedio de 79 ± 11.8 y 56 ± 9.6 respectivamente. El promedio de horas de actividad física fueron 2.5 ± 1.2 y las horas de inactividad fueron 7.5 ± 2.3 . Las cifras promedio de triglicéridos en el total del grupo fueron 159 ± 42 , glucosa 134 ± 19.7 , colesterol 182 ± 29.5 , LDL $108 \pm 29 \pm 1.5$ otros resultados se pueden observar en la tabla 2.

Posteriormente se conformaron dos grupos de 40 niños cada uno, clasificando a los niños con obesidad y niños sin obesidad de acuerdo al percentil registrado por peso para la edad y sexo. El promedio de edad de niños con obesidad 10 ± 1.3 y sin obesidad 10 ± 1.3 .

± 3.8 , colesterol en niños con obesidad 173.6 ± 31 y sin obesidad 154 ± 24 ($p < 0.5$) cambios de aspectos metabólicos se pueden observar en la tabla 3.

En el grupo de niños con obesidad, la prevalencia de cifras tensionales no óptimas fue mayor que en niños sin obesidad 66.7% vs 33.3% y en lo concerniente a triglicéridos 79.2% vs 20.8% respectivamente. Colesterol y LDL fueron estadísticamente significativos en el grupo de niños con obesidad y se estableció una fuerte asociación entre obesidad y estas alteraciones metabólicas, en colesterol 7.4 (IC 95% 1.4 – 35) y LDL 5.4 (IC 95% 1-45.2) otros resultados de las asociaciones se encuentran en tabla 4.

Resultados De La Hipótesis

Los resultados encontrados con la realización del presente estudio confirman la hipótesis general que nos dice que existe diferencia en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en niños escolares con obesidad en comparación a niños sin obesidad.

La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en niños con obesidad encontrada en el presente estudio fue de 73.9% vs 26.1 ($p < .05$)

En base a lo anterior el presente estudio nos dice que los niños con obesidad tienen 4.1 veces más probabilidades de presentar riesgo cardiovascular en comparación a los niños sin obesidad.

Conclusiones

le el grupo de niños con obesidad tenía hasta casi el 70% con esta característica. En el presente estudio se estableció asociación estadística en lo correspondiente a obesidad y hiperlipidemia en la familia a diferencia de los niños de Guadalajara en donde no se estableció ninguna relación en ese sentido; esto puede explicarse porque en la región estudiada es mayor la prevalencia de estos padecimientos derivados del estilo de vida sedentario y la mala alimentación en las regiones fronterizas (6, 15,22).

En lo correspondiente a los factores antropométricos, se observa el IMC y el perímetro de cintura menor que en el estudio realizado en Durango, probablemente porque la población de estudio incluía a los adolescentes (21) entre a la PAS y PAD. Los valores de los factores antropométricos fueron similares a ese estudio pero en cuanto a la prevalencia fue mayor en el grupo de niños de este estudio como se había mencionado los hábitos de sedentarismo y dietas con sodio elevado puede ser factores coadyuvantes en la elevación de la PAS y PAD en niños con el factor de riesgo de la obesidad en donde se observa una fuerte asociación.(1,7,23) .El efecto en la presión arterial en aquellos niños con obesidad puede atribuirse a la presencia de alteraciones metabólicas sostenidas, además del componente inflamatorio crónico presente en esta patología lo cual produce daño a nivel endotelial.

En lo concerniente a la actividad física fueron notoriamente escasas las horas de actividad física. En promedio se ocupaban a la semana en actividad física en el niño en general esta actividad fue más reducida en el niño con obesidad aunado al alto número de horas de inactividad.

La prevalencia y las probabilidades de riesgo para hiperlipidemia y hipercolesterolemia fueron superiores y estadísticamente significativas en los niños con obesidad en comparación con los niños sin obesidad, es de todos conocido que

La importancia de este artículo radica en las futuras complicaciones que enfrentarán en la población a mediano y largo plazo donde se concluye que la obesidad principalmente de tipo central se asocia en la población infantil a la presencia de hipercolesterolemia hiperlipoproteinemias y niveles no óptimos de TA son factores de riesgo importantes en niños.

Por lo tanto, un monitoreo temprano y un diagnóstico oportuno de obesidad en niños escolares representan los pilares básicos de la prevención de este padecimiento. La familia como el personal de salud deben tomar la responsabilidad de atender a este grupo de riesgo orientado para que tenga estilos de vida activos y saludables (6,2)

Referencias

Floody, P. D., Navarrete, F. C., Devia, C. P., Mayorga, D. J., & Salazar, C. M. (2019). Association in obese Chilean schoolchildren between physical fitness, physical activity and cardiovascular risk factors. *Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad Chilena de nutrición parenteral y enteral*, 36(1), 13-19.

Benaiges, D., Pedro-Botet, J., Flores-Le Roux, J. A., Climent, E., & Goday, A. (2019). ¿Qué rol tiene el fármaco en el tratamiento de la obesidad? Estado actual, presente y futuro de la farmacoterapia para la obesidad. *Revista Española de Cardiología*, 70(6), 256-264.

Oliva, G. (2019). Medicina Interna y Semiología Médica. *Medicina Interna*, 23(1)

Pajuelo J, Bernui I, Norberto V, Peña A, Zevillanos L. Metabolic syndrom

Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gaona-Pineda, E. B., Gómez-Acosta, L., Morales-Ruán, M. D. C., Hernández-Ávila, M., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2018). Sobre obesidad en niños y adolescentes en México, actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *salud pública de méxico*, 60(3), 244-253.

Picos Nordet, S., & Pérez Clemente, L. M. (2015). Resistencia insulínica y componentes del síndrome metabólico en niños y adolescentes obesos. *Revista cubana de endocrinología*, 87(4), 449-459.

Salesa Barja Y, M Isabel Hodgson b, Ana m Acosta B, Antonio Arteaga Ll. Glucosa plasmática en obesos. *Rev. Med. Chile*. 2006; 134 (9): 1146-1152.

Savva S, Tornaritis M, Savva M. Waist circumference and waist-to-height ratio as predictor of cardiovascular disease risk factor in children than body mass index. *Relat Metab Disord* 2000; 24:1453-8.

Martínez, R. (2017). *Salud y enfermedad del niño y del adolescente*. Editorial Moderno.

De la Vega Morales, R. I., & Hernández, L. C. (2018). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en factores asociados a la obesidad: un estudio de caso. *Psicología y Salud*, 85-94.

Flores H. Traducción del conocimiento de factores de riesgo en intervenciones educativas a nivel poblacional. *Salud Pública Mex* 2007;49 (1): 308-310.

Unidad de Nutrición MINSAL, Consejo Nacional de Nutrición grupo de Expe

Burrows R, Bargueño M, Gattas V, Leiva L, Ceballos X, Gullier et al. Perfil de riesgo cardiovascular en niños obesos con menor sensibilidad insulínica. Rev Med Chile. 2007; 137: 795-804.

Valle M, Gascón F, Martos, Cruz JF, Bermuda F, Ríos. Infantile obesity: a situation of thrombotic risk? Metabolism 2000; 49: 672-75.

Dietz W. Health consequences of obesity youth: childhood predictors of adult disease. Pediatrics 1998; 108 (3 II): 518S-525S.

Mamamlakis G, Kafatos A, Manios Y, Kalogeropoulos N. Abdominal vs. subcutaneous fat: relationships with children serum lipid levels. Eur J Clin Nutr 2002; 56: 101-106.

Noreña-Peña, A., de las Bayonas López, P. G., López, I. S., Martínez-Sanz, J. N., Martínez-Martínez, G. (2018). Dislipidemias en niños y adolescentes: factores de riesgo, determinantes y recomendaciones para su diagnóstico y manejo. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 22(1), 72-91.

Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. 2007. México. Secretaría de Salud.

Vidal, J. R. C. A. (2006). Factores bioquímicos asociados a riesgo cardiovascular en niños. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 44(2), 167-170.

Noreña-Peña, A., de las Bayonas López, P. G., López, I. S., Martínez-Sanz, J. N., Martínez-Martínez, G. (2018). Dislipidemias en niños y adolescentes: factores de riesgo, determinantes y recomendaciones para su diagnóstico y manejo. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 22(1), 72-91.

Adicciones

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

Capítulo 19

**MASCULINIDAD, FEMINEIDAD, IDENTIDAD
ÉTNICA Y CONSUMO DE ALCOHOL
EN ADULTOS INDÍGENAS DE GUERRERO.
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

Karla Monserrat López Solano*, Karla Selene López García*

*Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

En la actualidad y a nivel mundial, el consumo de alcohol representa un grave problema de salud pública. En algunas culturas, el consumo de alcohol es considerado una actividad de consumo aceptable, como lo es en el caso de las poblaciones indígenas, estas poblaciones se consideran vulnerables al consumo, abuso de alcohol y a sus consecuencias debido a los niveles de pobreza, la discriminación y a la falta de oportunidades para acceder a los servicios básicos para la prevención y atención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Existen diversos factores personales y

sociales que están relacionados con el consumo de alcohol, entre ellos los roles de género y la identidad étnica. Se ha encontrado, en población no indígena, que la orientación del rol de género masculino se relaciona significativamente con el consumo de alcohol, mientras que la orientación del rol de género femenino se relaciona de manera negativa, así mismo, diversos estudios han encontrado que, a mayor identidad étnica, mayor es el consumo de alcohol. Durante la búsqueda de la literatura, se encontró escasa información acerca de los patrones de consumo de alcohol en la población indígena y de los factores que influyen para el consumo en estas poblaciones. El propósito del estudio es determinar la relación de las características de masculinidad, femineidad, identidad étnica y el consumo de alcohol en población adulta indígena de Guerrero, será un estudio descriptivo correlacional. La muestra estará conformada por 198 adultos indígenas mayores de 18 años de edad del estado de Guerrero. Se espera que los resultados del presente estudio brinden una base para el desarrollo de programas de prevención e intervención del consumo de alcohol y desde los rasgos de masculinidad y femineidad en población indígena.

Palabras claves: Consumo de bebidas alcohólicas, grupos étnicos, género, prevención.

Introducción

En la actualidad y a nivel mundial, el consumo de alcohol representa un grave problema de salud pública, debido a que el consumo de alcohol es un factor importante asociado con la tasa de mortalidad y morbilidad a nivel mundial, produciendo alrededor de 3 millones de muertes anuales, cifra que representa el 5.3% de las defunciones totales. Asimismo, es factor causal de más de 200 enfermedades, entre las que destacan enfermedades cardiovasculares, digestivas, neurológicas, infecciosas y cánceres, además de problemas sociales y legales (Ahumada, Gámez & Valdez, 2017; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018; Sarasa, Sordo, Molist, Hoyos, Guitart, & Barrio, 2014).

En México, las mediciones realizadas a través de la Encuesta Nacional de Adicciones publicada en el año 2011 y a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC] & Secretaría de Salud [SS], 2017), observaron que, en la población adulta de 18 a 65 años de edad, la prevalencia alguna vez en la vida y el último año se han mantenido estables (77.3% en 2011 y 77.1% en 2016; 53.3% y 55.7%, respectivamente), sin embargo, la prevalencia en el consumo en el último mes incremento de 35% en 2011 a 39.9% en 2016, siendo mayor en hombres (54.8%) que en mujeres (26.2%). Con relación a los problemas relacionados al consumo de alcohol, los hombres adultos con dependencia reportaron dificultad en su capacidad para trabajar o estudiar (M= 4.1 de 18 a 65 años de edad), mientras que las mujeres adultas reportaron dificultad para realizar tareas domésticas (M= 3.5 de 18 a 65 años de edad).

Concretamente, en el estado de Guerrero y con respecto a las mediciones del año 2017, la población de 18 a 65 años de edad reportó consumo excesivo en el último año de 37.2% (hombres 52.4%; mujeres 23.6%), mientras que el consumo excesivo en el último mes fue de 18.2% (hombres 31.1%; mujeres 6.7%); siendo mayor en hombres que en mujeres (INPRFM, INSP, CONADIC & SS, 2017). Existen muchos factores tanto personales como sociales que están relacionados y que contribuyen al consumo de alcohol y a sus consecuencias, entre los que destacan la edad, el sexo, los roles de género, factores familiares, la cultura, las normas sociales, la producción, la distribución y la reglamentación de las bebidas alcohólicas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015).

México es un país pluriétnico y multicultural, conformado por grupos sociales de diversos orígenes que hablan lenguas diferentes, que tienen costumbres y formas de vida particulares entre ellos, la población indígena. De acuerdo al Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI, 2015), el 10.1% de la población es indígena, esto debido a su cultura, historia y tradiciones, mientras que solo el 6.5% de la población de tres años en adelante habla alguna lengua indígena, habitando 68 Pueblos Indígenas. Particularmente,

en el Estado de Guerrero el 15.3% de la población se reconoce como indígena, siendo un aproximado de 600 mil habitantes divididos en cuatro etnias y lenguas: Mixtecos, Tlapanecos, Nahuas y Amuzgos (Gobierno del Estado de Guerrero 2015- 2021).

En algunas culturas, el consumo de alcohol es considerado una actividad de consumo socialmente aceptable, como en las poblaciones indígenas, destacando que, dicho consumo forma parte importante de la cultura indígena desde tiempos ancestrales. Estas poblaciones se consideran vulnerables al consumo y abuso de alcohol y a sus consecuencias dado los niveles de pobreza, a la discriminación y a la falta de oportunidades para acceder a los servicios de salud, educación y demás servicios importantes para la prevención y atención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Debido a lo anterior, se ha registrado que la cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado se encuentran entre las principales causas de mortalidad de la población indígena relacionadas con el consumo de alcohol, por lo tanto, el consumo de esta sustancia es uno de los principales problemas que se presentan en esta población (Berruecos, 2013; CONADIC, 2012).

Diversos estudios han diferido respecto a la relación entre la identidad étnica y el consumo de alcohol, lo anterior depende de los valores, creencias y comportamientos que predominen en cada grupo social (Marsiglia, Kulis, Luengo, Nieri & Villar, 2008). Algunos autores afirman que, la identidad étnica puede ser un factor protector para el consumo de alcohol encontrando menor consumo de alcohol en los jóvenes pertenecientes a minorías étnicas con un fuerte sentido de identidad étnica en comparación con los jóvenes identificados como no indígenas (Marsiglia, Kulis & Hecht, 2001).

Aunado a las conductas de riesgo en hombres y mujeres que contribuyen al consumo de alcohol en México, se destaca la orientación al rol de género. Durante años, el consumo de alcohol ha estado relacionado a los hombres, sin embargo, este consumo ha ido cambiando a través de los años mostrándose pocas diferencias de consumo de alcohol entre hombres y mujeres probablemente por el cambio del rol femenino tradicional y el cambio de posición social, es decir, las mujeres están asumiendo roles que por años se habían asociado a los hombres (Möller, Schwarz, Burtscheidt & Gaebel, 2002).

En el caso de las mujeres, el consumo de alcohol se manifiesta de distintas maneras, esto dependiendo de características como la satisfacción de su rol, la edad, el estado civil y la pertenencia a determinados grupos humanos (Wilsnack, 1996).

En la sociedad y en ciertas culturas, el consumo de alcohol en mujeres se percibe como una actividad menos aceptable en comparación de los hombres debido a que el consumo de alcohol ha sido parte del rol de género masculino desde tiempo atrás. Diversos estudios encontraron que las mujeres que presentan mayor femineidad tienen mejor cantidad y frecuencia de consumo de alcohol, en cambio, el machismo se ha asociado con el consumo excesivo y problemático de alcohol tanto en hombres como en mujeres (Fugitt, Ham & Bridges, 2017; Ricciardelli, Connor, Williams & Young, 2001); los hombres que generalmente tienen creencias tradicionales sobre los roles masculinos y femeninos son más propensos a consumir alcohol y a mostrar problemas con el alcohol y la bebida (Huselid & Cooper, 1992).

Se puede destacar la evidente relación que existe entre la masculinidad, femineidad, así como la identidad étnica y consumo de alcohol. Además, en nuestro país, la literatura es muy escasa debido a que se ha trabajado poco sobre el consumo de alcohol en la población indígena, por lo tanto, existe escasa información actualizada respecto a los patrones del consumo de alcohol en esta población, debido a ello se definieron los siguientes objetivos:

- Describir las características de masculinidad y femineidad de la población adulta indígena.
- Determinar la identidad étnica de la población adulta indígena.
- Describir la prevalencia de consumo de alcohol (Alguna vez en la vida, último año, último mes y últimos 7 días) de la población adulta indígena.
- Identificar los tipos de consumo de alcohol (sensato, dependiente o dañino) de la población adulta indígena.
- Determinar la relación de las características de masculinidad, femineidad, identidad étnica y el consumo de alcohol en población adulta indígena de Guerrero.

Método

El diseño del presente estudio será de tipo descriptivo, correlacional (Grove & Gray, 2019). La población estará conformada por adultos indígenas de la localidad de Cochoapa, Guerrero, México. Dicha localidad cuenta con una población de 2,359 adultos mayores de 18 años de edad de ambos sexos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010). El tamaño de muestra se calculó utilizando el programa estadístico n'Query Advisor® versión 7.0 (Elashoff, 2007), se consideró un nivel de significancia de .05 para un modelo de regresión múltiple de 9 variables (edad, sexo, estado civil, grado escolar, ocupación, ingreso económico, masculinidad y femineidad, identidad étnica y consumo de alcohol). Para una proporción con un nivel de significancia de .95 para un intervalo bilateral, un límite de error de estimación de .05%, potencia al 90% con un coeficiente de determinación de .05%, considerando una tasa de no respuesta del 5%, obteniendo así, una muestra final de 198 adultos indígenas. El muestreo será realizado de manera irrestricta aleatoria a través de la elección de hogares ubicados en el Área Geoestadística Básica del INEGI (2010).

Para medir las variables que integran el presente estudio se utilizará la Cédula de Datos Personales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol, el Inventario de Masculinidad y Femineidad [IMAFE] (Lara, 1993), la Escala de Identidad Étnica Multigrupo [EIAM] (Smith, 2002), y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] (De La Fuente & Kershenovich, 1992). El presente estudio se apegará a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987), en su Última Reforma (DOF 02-04- 2014).

El análisis descriptivo se realizará a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. La consistencia interna de los instrumentos será determinada a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach, así mismo, se utilizará la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov- Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar el contraste de normalidad en la distribución de las variables continuas y numéricas.

A partir del análisis descriptivo se dará cumplimiento a los objetivos uno y dos que pretenden 1) describir las características de masculinidad y femineidad de la población adulta indígena y 2) determinar la identidad étnica de la población adulta indígena por edad, sexo, estado civil, grado escolar y ocupación, por lo que se reportaran las características de estas variables a través de los reportes de medida de tendencia central y de variabilidad.

Para dar respuesta a los objetivos 3) describir la prevalencia de consumo de alcohol (alguna vez en la vida, último año, último mes y últimos 7 días) de la población adulta indígena y 4) identificar los tipos de consumo de alcohol (sensato, dependiente o dañino) de la población adulta indígena, se emplearan frecuencias, proporciones y la estimación puntual por intervalos de confianza (IC) de 95%. Finalmente, para dar respuesta al objetivo 5) determinar la relación de las características de masculinidad, femineidad, identidad étnica y el consumo de alcohol en población adulta indígena de Guerrero, se utilizará el Coeficiente de Correlación de Spaerman ó Pearson.

Conclusión

En un futuro, se espera que los resultados del presente estudio brinden una base para el desarrollo de programas de prevención e intervención del consumo de alcohol y desde los rasgos de masculinidad y femineidad en población indígena. Por lo que el propósito del presente estudio es conocer los rasgos de masculinidad, femineidad, identidad étnica y el consumo de alcohol en población adulta indígena del estado de Guerrero.

Referencias

- Ahumada, J. G., Gámez, M. E., & Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24.
- Berruecos, L. (2013). El consumo de alcohol y el alcoholismo en México: el caso de las comunidades indígenas. *El cotidiano*, (181), 73-80.

- Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2012). Recomendaciones con Enfoque Intercultural para la Prevención del Consumo de Alcohol y Alcoholismo en Comunidades Indígenas. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/recomendaciones.pdf>
- De la Fuente, J.R., & Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51.
- Elashoff, J. D. (2007). nQuery version 7.0 advisor user's guide. Los Angeles, CA, USA.
- Fugitt, J. L., Ham, L. S., & Bridges, A. J. (2017). Undifferentiated gender role orientation, drinking motives, and increased alcohol use in men and women. *Substance use & misuse*, 52(6), 760-772.
- Gobierno del Estado de Guerrero 2015- 2021. Los Pueblos Indígenas de Guerrero y su Lengua Materna. Recuperado de <http://guerrero.gob.mx/articulos/los-pueblos-indigenas-de-guerrero-y-su-lengua-materna/>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.
- Huselid, R. F., & Cooper, M. L. (1992). Gender roles as mediators of sex differences in adolescent alcohol use and abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 348-362.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. (2015). Mujeres indígenas, datos estadísticos en el México actual. Recuperado de <https://www.gob.mx/inpi/es/articulos/mujeres-indigenas-datos-estadisticos-en-el-mexico-actual?idiom=es>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones & Secretaría de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Recuperado de https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf

- Lara, C. M. (1993). Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE). *México: El Manual Moderno*.
- Marsiglia, F. F., Kulis, S., Luengo, M. Á., Nieri, T., & Villar, P. (2008). Immigrant advantage? Substance use among Latin American immigrant and native-born youth in Spain. *Ethnicity and Health, 13*(2), 149-170.
- Marsiglia, F., Kulis, S., & Hecht, M. L. (2001). Ethnic Labels and Ethnic Identity as Predictors of Drug Use among Middle School Students in the Southwest. *Journal of Research on Adolescence, 11*(1), 21-48.
- Möller, A. M., Schwarz, R., Burtscheidt, W., & Gaebel, W. (2002). Alcohol dependence and gender-role orientation. *European psychiatry, 17*(1), 1-8.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Alcohol. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>
- Ricciardelli, L. A., Connor, J. P., Williams, R. J., & Young, R. M. (2001). Gender stereotypes and drinking cognitions as indicators of moderate and high risk drinking among young women and men. *Drug and alcohol dependence, 61*(2), 129-136.
- Sarasa, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M., & Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública, 88*(4), 469-491.
- Secretaria de Salud (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, México. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Smith, V. (2002). La Escala de Identidad Etnica Multigrupo (EIEM) en el contexto costarricense. *Actualidades en psicología, 18*(105), 47-67.
- Wilsnack, S. C. (1996). Patterns and trends in women's drinking: Recent findings and some implications for prevention. *Research Monograph, (32)*, 19-63.

ISBN: 978-607-27-1244-7

En: Compendio de Investigaciones en Enfermería
Autores: Márquez-Vega, et al.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS, SUICIDALIDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Raúl Alejandro Delgado Ávila*, Lucio Rodríguez Aguilar*

*Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

El consumo de drogas (alcohol y tabaco) se reconoce como una problemática relevante en materia de salud pública, representa una de las principales causas de muerte, enfermedades y trastornos a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). El consumo de estas sustancias se ha visto relacionado con factores como los síntomas depresivos y la suicidalidad (ideación suicida, intento suicida y suicidio), principalmente en la población adolescente (Lee et al., 2018; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). El consumo de sustancias toma relevancia en el proceso de suicidalidad ya que la OMS (2014) reporta que, el 22% de los suicidios puede atribuirse al consumo de alcohol. El consumo de tabaco, es considerado también como un factor de riesgo relacionado con la suicidalidad (Sutter et al., 2018). La suicidalidad plantea una importante preocupación mundial de salud pública ya que según la OMS (2014), el suicidio

representa más de 800,000 muertes al año y es la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años. Los síntomas depresivos se identifican como un detonante, tanto para el consumo como para la suicidalidad debido a la alteración de varias funciones psicológicas como; el pensamiento, la percepción, la psicomotricidad y la conducta (Hernández & Villareal, 2015). Esto aunado a que el adolescente se caracteriza por inmadurez fisiológica, dificultad en el manejo de las emociones, búsqueda de sensaciones nuevas, presión familiar e impulsividad (Shulman, Harden, Chein & Steinberg, 2014). Por tal motivo el objetivo del estudio será determinar la relación que existe entre los síntomas depresivos y suicidalidad con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población mexicana; a través de estudio descriptivo correlacional, con un muestreo probabilístico en estudiantes de bachillerato. Se utilizará instrumentos como la escala de suicidalidad de Okasha (1981), el inventario de depresión de Beck (1996), AUDIT (2001) y una cédula de datos personales e historial de consumo de drogas. Contribuirá en la disciplina para el diseño de intervenciones de enfermería para la promoción de la salud, en el marco del uso indebido de drogas en la población de estudiantes de bachillerato.

Palabras clave: Ideación suicida, Intento suicida, Suicidio, Adolescente, Síntomas depresivos.

Introducción

El consumo y abuso de drogas (alcohol y tabaco) se reconoce como una problemática relevante en materia de salud pública, representa una de las principales causas de muerte, enfermedades, trastornos, violencia y accidentes evitables en muchos países del mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). El consumo de estas sustancias se ha visto relacionado con factores como los síntomas depresivos y la suicidalidad (ideación suicida, intento suicidad y suicidio), principalmente en la población adolescente (Bousoño, et al., 2017; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018; Lee et al., 2018).

Es necesario destacar que los adolescentes se encuentran en una etapa de desarrollo en la que se enfrentan a cambios físicos, psicológicos y sociales tales como: maduración fisiológica, dificultad en el manejo de las emociones, búsqueda de sensaciones nuevas, presión familiar, aceptación de los pares e impulsividad, estos cambios los convierten en una población vulnerable a presentar síntomas depresivos e ideación suicida, con un alto riesgo de consumo de drogas como el alcohol y tabaco (National Institute on Alcohol Abuse Alcoholism Abuse [NIAAA], 2014; Shulman, Harden, Chein & Steinberg, 2015). También es importante entender el entorno donde se encuentran los adolescentes, debido a que en estos tiempos donde imperan las tecnologías y las redes sociales, y paradójicamente disminuye la comunicación con su familia y la búsqueda de apoyo en situaciones estresantes, aunado al bombardeo de información o imágenes que distorsionan el peligro del consumo de drogas.

De acuerdo a la literatura, el adolescente con tendencias a presentar un consumo de alcohol y tabaco, e ideación suicida, inicia con síntomas depresivos manifestado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración y suicidalidad entre otros (Beck, Steer & Brown, 1996; OMS, 2017; Lee, Wickrama, Kwon, Lorenz & Hoshri, 2017). Estos síntomas en su forma crónica o recurrente pueden dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir a ideas suicidas o suicidalidad y al suicidio propiamente consumado (OMS, 2018).

Por consiguiente, se destaca la ideación suicida debido a que es el primer eslabón en la cadena de la suicidalidad, la cual se refiere a los pensamientos o deseos acerca de quitarse la vida y puede desencadenarse en propósitos más autodestructivos como los planes de suicidarse (Beck, Kovacs & Weissman, 1979). Las personas que experimentan ideación suicida corren un mayor riesgo de intentos de suicidio, y las personas que experimentan estos pensamientos y conductas suicidas tienen aún mayor riesgo de completar el suicidio (Department of health of the Australian Government, 2009). De igual manera la literatura reporta que, las mujeres presentan mayor índice de ideación suicida e

intentos suicidas que los hombres (Vallejo-Casarín, 2016). Se puede inferir este fenómeno debido al carácter emocional del género femenino, el cual es extrovertido, contrario al masculino en el que se encuentra más reprimido.

Es significativo mencionar la relevancia que toma el consumo de sustancias; el cual es vital ya que la OMS reporta que, el 22% de las muertes por suicidio puede atribuirse al abuso del consumo de alcohol, lo cual significa que uno de cada cinco suicidios, no ocurriría si la población no abusara del consumo de alcohol (OMS, 2014). El abuso de otras sustancias además del alcohol, es el tabaco, considerada también como un factor de riesgo importante relacionado con la ideación suicida o suicidio (Sutter et al., 2018).

Respecto al abuso del consumo de alcohol esta evidenciado como un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, cada año se producen 3.3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5.9% de todas las defunciones; 7.6% de las muertes entre los hombres y el 4.0% de las muertes entre las mujeres se atribuyeron al abuso del consumo alcohol (OMS, 2018). Alrededor de 139 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), y el 5.1% de la carga mundial de enfermedades y lesiones, fueron atribuibles al abuso de esta sustancia. Así mismo es responsable de una proporción importante de la carga de la enfermedad en México es decir 6.5% de muertes prematuras y 1.5% de los días vividos sin salud (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2017).

A nivel nacional la Encuesta sobre del Consumo de Drogas en Estudiantes [ENCODE] (2015), reporto prevalencias altas de consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato, el consumo de alcohol alguna vez en su vida fue de 73.9%, por sexo fue de 74.5% en hombres y 73.3% en mujeres; el consumo de alcohol en el último año fue de 49.1%, por sexo fue de 59.8% en hombres y 39% en mujeres; el consumo total en el último mes fue de 35.9%, por sexo 48.1% en hombres y 24.4% en mujeres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2015).

Con respecto al consumo de tabaco la OMS refiere que es la principal causa prevenible de mortalidad en el mundo. El consumo de esta sustancia produce cada año más de 7 millones de muertes, más de 6 millones son consumidores de este producto y alrededor de 890 mil son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno (OMS, 2017). Además, se reporta que existen, 942 millones de hombres y 175 millones de mujeres, mayores de 15 años que son fumadores actuales (American Cancer Society [ACS], 2018). Los consumidores de tabaco pierden un promedio de 15 años de vida y cerca de la mitad de los fumadores fallecerán por causas relacionadas con este producto (OMS, 2017).

En México, cada año mueren más de 47, 200 personas a causa de enfermedades causadas por el tabaco. Aun así, más de 9, 808,000 de 15 y más años de edad continúan consumiendo tabaco cada día (ACS, 2018). Con respecto a la prevalencia, la ENCODE informa que el 46.2% de los estudiantes de bachillerato han fumado tabaco alguna vez en la vida, siendo mayor en hombres (51.4%) que en mujeres (41.3%). En relación al último año el 29.6% consumió tabaco, siendo mayormente hombres (34.1%) que mujeres (25.3%), y por parte del último mes el 18.8% consumió esta sustancia, de igual manera los hombres fueron los de mayor consumo con 23.1%, comparándolo con las mujeres con 14.8%.

El consumo de tabaco y alcohol, como drogas psicoactivas son consideradas ilícitas en los adolescentes menores de 18 años de edad, ambas drogas han mantenido una relación repercutiendo en el consumo de una con la otra (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al., 2015; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018). En la literatura se reporta que los consumidores de drogas tienen tentativas de suicidio que oscilan entre 25% y 50% (Gonzales-Forteza et al., 2015).

El consumo y el abuso de drogas como es el caso del alcohol y el tabaco han mostrado relación con las conductas de suicidalidad o ideación suicida, así mismo con síntomas depresivos (Bousoño et al., 2017; García et al., 2018; Lee et al, 2018; Loba & Morales, 2016; Park & Kim, 2016), además de reportar mayor presencia de suicidalidad (ideación suicida) y síntomas depresivos en mujeres con respecto a los hombres (Bousoño

et al., 2017; González-Forteza, Hermosillo, Lee et al., 2018; Vacío-Muro, Peralta & Wagner, 2015).

Por tal motivo se formularon los siguientes objetivos:

1. Calcular las prevalencias de consumo de alcohol y tabaco (global, lapsica, actual e instantánea) en los adolescentes de bachillerato por sexo y edad.
2. Determinar tipos de consumo de alcohol de alcohol y tabaco en adolescentes de bachillerato por sexo y edad
3. Describir la suicidalidad o ideación suicida en adolescentes de bachillerato por sexo y edad.
4. Describir los síntomas depresivos por sexo y edad en adolescentes de bachillerato
5. Determinar la relación de suicidalidad y síntomas depresivos con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de bachillerato.

Método

El diseño del presente estudio será descriptivo correlacional. La población está conformada por 3324 sujetos de 15 a 18 años de edad, de ambos sexos de una preparatoria de una Universidad Pública del área metropolitana de Monterrey, del Estado de Nuevo León. Se realizará un muestreo probabilístico estratificado (semestre) por conglomerados (grupos) proporcional al tamaño del estrato. El tamaño de la muestra fue determinada a través del paquete estadístico nQueryAdvisor 7.0, con los siguientes parámetros, nivel de confianza de 95% con un efecto de diseño de 1.15, una potencia de 90% y una tasa de no respuesta del 5%, dando una muestra total de 389 participantes.

La Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y Tabaco (CDPHCAT), está constituida por cuatro apartados, el primero corresponde a Datos personales, en el segundo y tercer apartado; Historial de consumo de alcohol y tabaco, y en el apartado cuatro se refiere a los tipos de consumo de tabaco con tres preguntas con respuesta dicotómica (Sí y No).

Inventario de Depresión de Beck, II [BDI-II] es un instrumento desarrollado por Beck, Steer y Brown (1996), evalúa la gravedad de los síntomas depresivos de adultos y adolescentes en las últimas dos semanas. Está conformado por 21 ítems. Cada ítem se valora con un patrón de respuesta de 0 a 3 puntos, la puntuación total varía de 0 a 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar la gravedad de los síntomas depresivos de la siguiente forma: 0-13 puntos la depresión es mínima, de 14-19 puntos la depresión es leve; de 20-28 puntos, depresión moderada y de 29-63 puntos, depresión grave. Este inventario ha sido validado en población mexicana por Contreras-Valdez, Hernández-Guzmán y Freyre (2015), reportando un Coeficiente Alpha de Cronbach de .89.

La Escala de Suicidalidad, es otro instrumento que se utilizara en el presente estudio, fue desarrollada por Okasha, Lotiaf y Sadek (1981), evalúa la ideación suicida y los intentos suicidas en los últimos 12 meses. Está conformada por 4 ítems. Los ítems del 1 al 3 miden la ideación suicida, y el ítem 4 el número de intentos de suicidio. Las opciones de respuesta de los tres primeros ítems son nunca (0), casi nunca (1), algunas veces (2) y muchas veces (4), con un valor 0 a 3 puntos respectivamente. La sumatoria de estos tres primeros ítems conforma el subpuntaje de ideación suicida que oscila entre 0 y 9 puntos. El puntaje obtenido se utilizará para determinar si existe o no el intento de suicidio. De 1 a 4 puntos corresponde a bajo riesgo de ideación o suicidalidad, de 5 a 9 puntos, alto riesgo de ideación suicida. El ítem número 4 indaga sobre los intentos suicidas con un patrón de respuesta de (0) ningún intento, (1) un intento, (2) dos intentos y (3) tres o más intentos. La sumatoria de estos cuatro ítems conforma la suicidalidad en su escala total, que oscila entre 0 y 12 puntos, lo que indica que a mayor puntuación, mayor riesgo de suicidalidad e intento de suicidio.

Esta escala fue validada en población adolescente de habla hispana en Chile por Salvo, Melipillán y Castro (2009) y obtuvo un Coeficiente Alpha de Cronbach de 0.89. Para el proceso estadístico la puntuación obtenida se transformará en sumatorias e índices. Por último, el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT], desarrollada por Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro (2001). Este cuestionario evalúa el tipo de consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Está

conformado por 10 ítems, los primeros tres (1-3) evalúan la cantidad y frecuencia del consumo, los ítems 4 al 6 evalúan los posibles síntomas de dependencia y los ítems 7 al 10 valora el consumo perjudicial. La puntuación total permite identificar, el tipo de consumo en función del punto de corte establecido, una puntuación entre 4 y 15 indica un consumo de riesgo, entre 16 y 19 puntos, consumo perjudicial y puntuaciones de 20 a 40 revelan una posible dependencia del alcohol. Este instrumento fue utilizado en jóvenes universitarios de Monterrey N.L., México donde se reportó un Alpha de Cronbach de 0.84 (López, 2012).

Para desarrollar la presente investigación, se contará con la autorización de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente, se solicitará por escrito la autorización a los directivos de la institución educativa donde se desarrollará el estudio. Una vez obtenida la autorización, se solicitarán las listas de todos los grupos por semestre de la preparatoria para seleccionar de manera aleatoria los grupos de estudiantes que participarán en el presente estudio.

Posterior a la selección de los grupos se hará la invitación a los adolescentes a participar en el estudio, se les explicará de manera clara y sencilla el propósito del estudio y la importancia de su participación, enfatizando que será voluntaria y, que se mantendrá la confidencialidad y anonimato de la información proporcionada. Una vez que hayan aceptado participar, a los estudiantes menores de 18 años de edad, se les entregará el consentimiento informado para obtener la autorización del padre o tutor. Previo a la aplicación de los instrumentos se solicitarán los consentimientos informados firmados por los padres o tutores donde otorgan su autorización para participar en el estudio, así mismo el asentimiento firmado por los estudiantes menores de edad, aquellos menores de edad que no lo entreguen no se les aplicara los instrumentos, a los mayores de edad se les solicitara el consentimiento debidamente firmado. Los instrumentos serán aplicados en un horario donde no interfiera con las actividades académicas y previa autorización de los directivos y/o profesores de clase. Se les indicará a los estudiantes que, aunque hayan

firmado la autorización de participación tendrán la libertad de retirarse del estudio en el momento que ellos así lo decidan, sin que esto afecte su condición de estudiante.

De igual forma en los menores de edad que tengan autorización de los padres o tutores están en libertad de no participar en el estudio si ellos así lo deciden, sin que ello tenga ninguna repercusión a sus derechos como estudiante. El investigador estará al pendiente a una distancia prudente para poder contestar o resolver cualquier duda que se presente durante el llenado de los cuestionarios. En el caso de que alguno de los estudiantes durante el proceso del llenado de los cuestionarios se sienta incomodo por alguna la preguntas tendrá el derecho de abandonar el estudio, si así lo considera, de lo contrario se le dará un tiempo razonable para que continúe. Se contara con el apoyo de un psicólogo para en caso que se presente alguna crisis pueda ser atendido y darle seguimiento. Al finalizar de contestar los instrumentos se les indicará a los participantes que los depositen dentro de una caja que estará ubicada en el escritorio del aula. Por último, se agradecerá por su participación en el estudio. Los cuestionarios serán resguardados por el autor del estudio y serán destruidos después de un lapso de 12 meses.

El presente estudio se apegará a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaria de Salud [SS], 1987; y última reforma publicada DOF 02-04-2014. Y se cuenta con el dictamen de aprobación de los Comités de investigación y el de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Conclusión

Sin embargo, aunque existe evidencia acerca de la temática, existe un vacío de conocimiento actualizado en México, dado que la mayoría de la literatura ha sido de estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica, Europa y Asia. Por otra parte, en México existen tabúes o prejuicios que pueden estar influyendo en la investigación de la

ideación o intento de suicidio por lo que en la última década es escaso el conocimiento de esta temática.

Por lo que el propósito del estudio será conocer la relación de la suicidalidad y los síntomas depresivos con el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes a través de un estudio descriptivo correlacional, contribuirá en la disciplina en la profundización del conocimiento de esta temática. Además de utilizar la evidencia obtenida como base para el diseño de intervenciones de enfermería para la promoción de la salud en la prevención de la suicidalidad en el marco del uso indebido del consumo de alcohol y tabaco en los jóvenes que estudian bachillerato.

Referencias

- American Cancer Society [ACS]. (2018). Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2018-2020. Atlanta: ACS. Recuperado de: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos-2018-2020-spanish.pdf>.
- Australian Government. (2009). Suicidality. The mental health of Australians. Australia: Australian Government. Recuperado de: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-m-mhaust2-toc~mental-pubs-m-mhaust2-hig~mental-pubs-m-mhaust2-hig-sui>.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care (2nd ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E., Galván, G., García-Álvarez, L., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M., Iglesias, C., Sáiz, P., & Bobes, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*, *29*(2), 97-104. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.811>.
- Contreras-Valdez, J. A., Hernández-Guzmán, L., & Freyre, M. A. (2015). Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia Psicológica*, *33*(3), 195-203.
- García, G. A., Ocaña, J., Cruz, O., Hernández, S., Pérez, C. E., & Cabrera, M. (2018). Variables predictoras de la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de Chiapas, México. *Ciencia & Saúde Coletiva*, *23*(4), 1089-1096. doi:[10.1590/1413-81232018234.14492016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.14492016).
- González-Forteza, C., Hermsillo, A. E., Vacio-Muro, M., Peralta, R., & Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, *72*(2), 149-155. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bmhix.2015.05.006>.
- González-Forteza, C., Juárez, C. E., Montejó, L. de los A., Oseguera, G., Wagner, F. A., & Jiménez, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, *25*(2), 29-34. doi: [10.15174/au.2015.862](https://doi.org/10.15174/au.2015.862).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (Datos Nacionales): comunicado de prensa. México: INEGI. Recuperado de

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velazquez JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A, Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V. Soto-Hernández, I, Fregoso-Ito, D, Fleiz-Bautista, C, Medina-Mora ME., Gutierrez-Reyes, J, Franco-Núñez, A, Romero-Martínez, M., & Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez, J. A., Fregoso-Ito, D., Bustos-Gamiño, M., Oliva-Robles, N. M., Mujica-Salazar, A., Del Campo-Sánchez, R., Nanni-Alvarado, R., & Medina-Mora, M. E. México DF, México: INPRFM.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Tabaco. Villatoro-Velázquez, J.A., Bustos-Gamiño, M., Oliva-Robles, N., Fregoso-Ito, D., Mujica Salazar, A., Del Campo Sánchez, R., Nanni-Alvarado, R., & Medina-Mora, M. E. México DF, México: INPRFM.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Reynales-Shigematsu, L. M., Zavala-Arciniega, L., Paz-Ballesteros, W.C., Gutiérrez-Torres, D. S., García-Buendía, J. C., Rodríguez-Andrade, M.A., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM.

Lee, J., Kim, T. H., Min, S., Kim, M. H., Park, K. C., Moon, J. S., & Ahn, J. S. (2018). Depressive symptoms and suicidal behaviours in adolescent non-daily smokers

- compared to daily smokers and never-smokers in Korea: National cross-sectional study. *PLOS ONE*, *13*(11), e0207182. doi:10.1371/journal.pone.0207182.
- Lee, T. K., Wickrama, K. A. S., Kwon, J. A., Lorenz, F. O., & Oshri, A. (2017). Antecedents of transition patterns of depressive symptom trajectories from adolescence to young adulthood. *British Journal of Developmental Psychology*, *35*(4), 498–515. doi:10.1111/bjdp.12189.
- Loboa, N.J., Morales, D.F. (2016). Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados. Villahermosa-Tolima, 2013. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; *34*(1): 96-104. doi:10.17533/udea.rfnsp.v34n1a12.
- López, M. (2012). Creencias y actitudes de los estudiantes de enfermería ante el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol. (Tesis de Maestría inédita). Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- National institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAA]. (2017). Overview of Alcohol Consumption. USA. Recuperado de: <https://www.niaaa.nih.gov/overview-alcohol-consumption>
- Okasha, A., Lotaif, F., & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *63*(1), 409-415.
- Park, S., & Kim, Y. (2015). Prevalence, correlates, and associated psychological problems of substance use in Korean adolescents. *BMC Public Health*, *16*(1), 1-9 doi:10.1186/s12889-016-2731-8.
- Salvo, G. L., Melipillán, A. R., & Castro, S. A. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *47*(1). doi:10.4067/s0717-92272009000100003.
- Shulman, E. P., Harden, K. P., Chein, J. M., & Steinberg, L. (2014). Sex Differences in the Developmental Trajectories of Impulse Control and Sensation-Seeking from Early Adolescence to Early Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, *44*(1), 1-17. doi:10.1007/s10964-014-0116-9

- Sutter, M. E., Everhart, R. S., Miadich, S., Rudy, A. K., Nasim, A., & Cobb, C. O. (2018). Patterns and profiles of adolescent tobacco users: Results from the Virginia Youth Survey. *Nicotine and Tobacco Research*, 20(1), 39–47.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2018). Informe mundial sobre las drogas 2018. 9-15. Viena. Recuperado de https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf
- Vallejo-Casarín, A., Segura, H. B., Andrade-Palos, P., Betancourt-Ocampo, D., Méndez-Flores, M., & Rojas-Rivera, R. M. (2016). Comparación y caracterización de ideación e intentos suicidas en adolescentes mexicanos de tres regiones. *Revista de Educación y Desarrollo*, 39(1), 121-128.
- World Health Organization [WHO]. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. pp 10-25. Washington, DC. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B3DAB?sequence=1.
- World Health Organization [WHO]. (2017). Report on the global tobacco epidemic, 2017. monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: WHO. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1>.
- World Health Organization [WHO]. (2018). Mental health. Suicide data. Geneva: WHO. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- World Health Organization [WHO]. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>.