



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FTSyDH



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES

SALUD

El derecho a morir con dignidad.

Elizabeth Ramírez Rodríguez¹²⁶

Resumen

Hablar del fin de la vida conlleva a analizar diferentes temas relacionados con la muerte y con la forma en cómo las personas enfrentan este proceso inevitable del ser humano. Es decir, hay situaciones en las que el proceso del fin de la vida es acompañado de sufrimiento, ya sea físico o mental, o simplemente se llega a esta etapa en condiciones que no son deseables para algunas personas; estos dilemas han sido temas de estudio y debate alrededor de lo que se ha denominado “muerte digna”, o lo que, en términos de derechos humanos, se puede definir como el “derecho a morir con dignidad”.

En esta ponencia se analizará el concepto de dignidad, sus implicaciones, así como los diversos procedimientos que conllevan la muerte digna, examinar sobre cuáles de ellos están permitidos en las leyes mexicanas. Específicamente se profundizará sobre la eutanasia y el suicidio medicamente asistido.

La temática es pertinente ya que se centra en una de las principales premisas del Trabajo Social y de los Derechos Humanos: el respeto a la autonomía y la libre autodeterminación de las personas. Esto implica a su vez, el reflexionar acerca de la importancia de que el Estado mexicano salvaguarde los derechos estipulados en la constitución y en los tratados internacionales de los cuales es parte, entre ellos el derecho la dignidad y al libre desarrollo de la personalidad de todos sus habitantes.

¹²⁶ Institución de Adscripción: Estudiante de semestre cero y aceptada para ingreso del Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social, generación 2018-2022. Correo electrónico: betty3375@hotmail.com

Es oportuno hablar de las opciones que se pueden tener al final de la vida, desde cómo enfrentar un padecimiento, cuándo recibir o no un tratamiento o concluir con la vida, esto implica contar con un abordaje desde diferentes disciplinas, entre ellas el Trabajo Social, que aporte sus conocimientos y experiencia para incidir con propuestas de política pública que posibiliten a las personas el tener una muerte digna.

Palabras claves: Muerte, Dignidad, Derechos Humanos

Es importante al hablar del derecho a morir con dignidad, empezar por explicar qué es lo que se entiende como concepto de dignidad, ya que su definición suele ser ambigua y multívoca; dignidad proviene del latín dignitas que según el diccionario de la Real Academia Española (DRAE, 2001) significa calidad de digno. Asimismo, se relaciona con las nociones de “respeto”, de ser “merecedor de” o “acreedor a” (Román, Asúnsulo, Martínez, 2017).

Como lo señala Castillo (2012, p. 26), el concepto de dignidad en relación con el ser humano es complejo y por lo mismo se debe abordar desde diversas ramas de las ciencias y disciplinas humanas (psicología, biología, antropología, filosofía, derechos humanos y trabajo social), debido a que cada una de ellas realiza una definición de dignidad según el análisis que efectúa de los diversos aspectos de la persona humana. Asimismo, la evolución que va teniendo la ciencia y los descubrimientos que se hacen y profundizan sobre los seres humanos, hace que los conceptos de ser humano y dignidad sean dinámicos y se vayan construyendo diferentes significados en torno a ellos; es decir, no todo está dicho sobre el ser humano y la dignidad.

Existe una característica ontológica de la dignidad que consiste en que es intrínseca a todo ser humano; en otras palabras, la dignidad no está supeditada a que una persona tenga un mayor o menor desarrollo cultural, económico o intelectual, ya que supera cualquier tipo de estos condicionamientos (Castillo, 2012).

Entonces, la dignidad se torna un concepto complejo, sobre todo si se basa en términos de la fundamentación de los derechos humanos, pues se tiene la creencia errónea de que al estar ligados al hecho de ser persona, no cambian, es decir, los derechos serían los mismos

sin importar tiempo y contexto, lo cual no es así, ya que la dignidad se relaciona en el propio contexto social de la persona y, por lo tanto, la forma de comprenderse puede evolucionar con el desarrollo de las sociedades (Román, Asúnsulo, Martínez, 2017). Dicho de otra forma, lo que en este momento tiene valor, un significado, o es un derecho, no necesariamente lo será en el transcurso del tiempo y con los cambios sociales.

Por otra parte, Ortiz (2018), hace una reflexión acerca de los diferentes significados que el concepto dignidad humana ha tenido en la historia de la filosofía, destacando los que han tenido una mayor trascendencia: el uso cristiano del concepto y la interpretación que hace Kant. El primero, basa sus argumentos desde una concepción religiosa, centrándolo en que las personas han sido creadas a imagen y semejanza de Dios; es preciso señalar que esta interpretación no representa a sociedades plurales y laicas, como la nuestra. Sin embargo, el uso kantiano no entra en esos debates; esto se debe a que Kant centra su discurso en el uso de la razón práctica y la capacidad para la autonomía moral, como características de los seres humanos, lo que para él constituye el fundamento de la dignidad humana. Asimismo, para Kant el término “dignidad” implica valor, es decir, que tiene valor en sí mismo. Para este filósofo sólo los seres humanos poseen dignidad, ya que tienen la capacidad de darle valor a las cosas y, además, darse valor a sí mismos.

Independientemente de los diversos conceptos o lectura que se hace en torno al concepto de dignidad, las referencias sobre la dignidad humana se encuentran en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, por ejemplo, en el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948), su artículo 1° inicia con el siguiente enunciado: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”; más adelante, en su artículo 23, habla acerca de los derechos laborales que coadyuven a “una existencia conforme a la dignidad humana”.

Asimismo en referencias en otros instrumentos como la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, 1981) y en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), esta última en la misma línea que otros tribunales internacionales, ha hecho uso del término “dignidad humana”, cuando habla de ataques a la vida y la integridad física y a la protección de otros derechos como a la honra o cuando la

ha elevado a criterio para la determinación de las reparaciones debidas en casos de violaciones a derechos específicos (Thompson y Antezana, 2011).

Del mismo modo, la dignidad humana se establece en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que, en su artículo 1º, indica la prohibición de toda discriminación que atente contra la dignidad humana (CPEUM, 2017).

La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) emitió, en 2011, una Tesis Jurisprudencial, la I.5o.C.J/30 (9a.) que señala que “la dignidad humana es el origen, la esencia y el fin de todos los derechos humanos”.¹²⁷ Asimismo en la Tesis Jurisprudencial I.5o.C.J/31 (9a.) emitida también en 2011, hace referencia al valor supremo de la dignidad humana al estar establecida en el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se reconoce una calidad única y excepcional a todo ser humano por el simple hecho de serlo.¹²⁸

Finalmente, la SCJN emite otra Tesis Jurisprudencial en 2016 1a./J. 37/2016 (10a.) en la que se reconoce a la dignidad humana como una norma jurídica que consagra un derecho fundamental a favor de las personas; es decir, no es sólo una declaración ética, sino que se reconoce en nuestro ordenamiento como un bien jurídico con una amplia protección jurídica al ser considerado como un derecho fundamental, cuya importancia radica en ser la base y condición para el disfrute de los demás derechos y el desarrollo integral de la personalidad. Las personas poseen dignidad y no deberán de ser tratadas como un objeto, ni ser humilladas, degradadas, envilecidas o cosificadas.¹²⁹

De esta manera, la dignidad humana, a pesar de su aparente ambigüedad o subjetividad en su definición, no es un concepto que solamente se quede en un plano de lo ético, por lo que es un tema que está contemplado, como se ha visto, en tratados internacionales y en el caso de México, establecido en la Constitución e interpretado ampliamente por la Jurisprudencia

¹²⁷ Tesis de Jurisprudencia I.5o.C.J/30 (9a.) Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, libro I, octubre de 2011, t.3, p. 1528.

¹²⁸ Tesis de Jurisprudencia I.5o.C.J/31 (9a.), Quinto Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, libro 1, octubre 2011, t. 3, p. 152.

¹²⁹ Tesis de Jurisprudencia 1a./J. 37/2016 (10a.) Primera Sala, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, libro 33, agosto 2016, t. 2, p. 633.

de la SCJN. Siendo la dignidad humana un derecho fundamental para el logro de otros derechos, entre ellos el desarrollo libre de la personalidad, sería esto la base para argumentar la importancia de que este derecho sea salvaguardo en la etapa que conlleva el final de la vida, es decir, el derecho a morir con dignidad.

Como lo señala Taboada (2000), esta concepción de que todas las personas tienen el "derecho a morir con dignidad" ha sido y es un debate en los temas bioéticos contemporáneos que están relacionados con el final de la vida humana. Quienes están a favor del derecho a una "muerte digna", señalan que este derecho implica el poder disponer de la propia vida mediante procedimientos como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, y ponen como centro del argumento el respeto a la libertad individual o autonomía del paciente.

Así, se sostiene que a ninguna persona se le puede obligar a vivir en condiciones de sufrimiento extremo si ésta no lo desea, por lo que los procedimientos para terminar con la vida de una forma médicamente asistida, representan actos de beneficencia hacia pacientes que atraviesan situaciones límite al final de su vida (Taboada, 2000).

Como también refiere Álvarez (2017, p. 120), el término dignidad, al ser ambiguo, se ha usado tanto para defender como para atacar procedimientos tales como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido por ejemplo, por lo que la autora prefiere utilizar el término en un sentido subjetivo y con esto se refiere a que la dignidad está en función de lo que un paciente establezca como condiciones mínimas aceptables de vida, que es lo que finalmente interesa y que puede definirse por el propio paciente.

Es importante que, para comenzar el abordaje de la temática de muerte digna, se inicie por definir cuáles son los diversos medios que se utilizan para ayudar a las personas al final de sus vidas a tener una muerte con el menor sufrimiento o dolor innecesario, así como a no estar expuestas a medios desproporcionados o extraordinarios para seguir manteniendo la vida; lo anterior, debido a que existen procedimientos que, en ocasiones, pueden generar confusión respecto a su definición y alcance. Estos procedimientos se engloban en el concepto de "muerte digna" y los más conocidos son: la eutanasia, el suicidio médicamente

asistido, los cuidados paliativos y la voluntad anticipada; a continuación, se revisa el concepto y alcance de cada uno de ellos.

La eutanasia es el procedimiento que un médico realiza para terminar con la vida de un paciente, quien previamente ha solicitado de su ayuda para concluir con su vida y con esto poner fin a un sufrimiento innecesario (Álvarez, 2017).

Aquí es importante destacar que, aunque en la perspectiva bioética se señala que se requiere asistencia médica, toda vez que es el profesional de la salud es la persona que tiene los conocimientos para garantizar una muerte sin sufrimiento o dolor, se pueden dar casos en los que la eutanasia es aplicada por personal no médico.

Kraus (2005, pp. 146-147) hace una clasificación de la eutanasia a la cual señala como: Activa, Pasiva y No Voluntaria.

- Activa: Es la terminación de la vida de una persona derivada de su petición y consentimiento libre. Es realizada por personal médico quien produce la muerte de una persona acorde a sus deseos. También se identifica como eutanasia voluntaria o positiva.
- Pasiva: También llamada eutanasia negativa, implica omitir cuidados o tratamiento que prolongarían la vida de una persona, es decir abstención u suspensión terapéutica.
- Eutanasia No Voluntaria: Ocurre cuando la persona muere a través del procedimiento de la eutanasia sin haberla solicitado expresamente, como sería en el caso de infantes con enfermedades incurables, o el caso de personas adultas que, debido a un accidente o complicación en su salud, hayan perdido la aptitud de comprender y decidir acerca de su situación y de su futuro, sin haber indicado previamente su deseo de que le sea aplicada la eutanasia.

Inclusive esta clasificación es confusa; por ejemplo, en el caso de la llamada eutanasia pasiva o negativa, no se está terminando directamente con la vida de la persona, por lo que existe el cuestionamiento sobre si realmente esto es eutanasia. Por lo que es importante

aclarar que, para fines de este estudio, cuando se hable de eutanasia se hará referencia a la eutanasia voluntaria o activa, donde expresamente y de forma consciente una persona solicita poner fin a su vida mediante la asistencia médica.

Cabe señalar que en el caso de México este procedimiento está expresamente prohibido en el Artículo 166 BIS 21 de la Ley General de Salud, donde refiere que queda prohibida, la práctica de la eutanasia, y la define como homicidio por piedad y remite al Código Penal Federal, donde en realidad no se tipifica específicamente la eutanasia, por lo que, en todo caso, en los términos del referido Código Penal se estaría hablando de homicidio.^{130, 131}

Por otra parte, otro medio que se enmarca en el concepto de muerte digna es el suicidio médicamente asistido, que es el procedimiento que realiza un médico al proporcionarle a un paciente que así lo ha solicitado, los medios necesarios para poner fin a su vida. La ayuda que da el médico puede ser desde darle una prescripción médica con una dosis letal de medicamentos o proporcionarle los medicamentos necesarios para que el paciente pueda realizar el suicidio. Como se puede ver, en este caso la acción de quitarse la vida, a diferencia de la eutanasia, es realizada por el propio paciente (Álvarez, 2017). Esta práctica tampoco está permitida en México, ya que al igual que la eutanasia el Artículo 166 BIS 21 de la Ley General de Salud¹³², prohíbe el suicidio asistido.

Por otra parte, los cuidados paliativos, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son aquellos procedimientos que:

...mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. Los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud. Deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo. (OMS, 2018)

¹³⁰ Véase artículo 166 de la Ley General de Salud.

¹³¹ Cabe señalar que en la legislación Penal Federal, existen diversos tipos de homicidio, y no queda claro cuál de ellos es el que debería considerarse en los términos de la remisión que hace la Ley General de Salud.

¹³² Véase artículo 312 y 313 del Código Penal Federal y sus correlativos de los Códigos Penales locales.

Álvarez (2017, p. 120) los define como el cuidado activo y total de aquellas personas que padecen una enfermedad que no responde a tratamiento curativo; por lo anterior, se vuelve necesario el proporcionar alivio mediante el tratamiento del dolor y otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

En México los cuidados paliativos son obligatorios para el Sistema Nacional de Salud, e incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario. Incluye entre otros procedimientos, la sedación profunda de un paciente hasta su muerte (Álvarez, 2017).

Inclusive, en el año 2009, se adicionó a la Ley General de Salud el Título Octavo Bis “De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal”; lo anterior surgió con la finalidad de tener una mayor certeza jurídica sobre las acciones o medios para evitar el sufrimiento en pacientes con enfermedades terminales. Al respecto, si bien es cierto que algunas de las entidades federativas cuentan con una regulación concreta sobre los cuidados paliativos, tales como la Ciudad de México, Aguascalientes, Jalisco y Tabasco (Comisión Nacional de Bioética, S/F), la Ley General de Salud tiene aplicabilidad a nivel nacional, por lo que la definición, procedimientos y alcances de los cuidados paliativos tiene vigencia y obligatoriedad en todas las entidades del país.

La voluntad anticipada, por su parte, se refiere a la declaración que realiza de forma voluntaria una persona mayor de edad o emancipada, contando con plena capacidad de goce y ejercicio de sus facultades mentales, mediante la cual señala con antelación qué es lo que desea para sí en relación a él o los tratamientos y cuidados de salud, en caso de encontrarse en un escenario determinado que no le permita manifestarse al respecto, particularmente en caso de encontrarse en una situación de enfermedad terminal derivada de un proceso natural o como consecuencia de un accidente fortuito. La voluntad anticipada privilegia el principio de autonomía (Colegio de Bioética AC, S/F).

Kraus (2007, p. 1) refiere que son dos los pilares fundamentales de las voluntades anticipadas:

1) Cualquier persona tiene derecho a rechazar un tratamiento médico, incluyendo los que prolonguen la vida. El rechazo, idóneamente –esto sucede cuando existe una buena e inteligente relación entre médico y paciente– debe ser aceptado y cumplido por el médico que atiende al enfermo. 2) Cualquier persona tiene derecho a formalizar sus voluntades anticipadas.

En el caso de México este procedimiento se contempla también en la Ley General de Salud, en el capítulo de los cuidados paliativos, en su título 8o., artículo 166. (Artículo 166 Bis 4).

Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

Es así como, la voluntad anticipada, al igual que los cuidados paliativos, al estipularse en la Ley General de Salud, tiene aplicabilidad en todas las entidades del país; no obstante, existen en diversas entidades federativas legislaciones al respecto. La primera ley surgió en la Ciudad de México en el año 2008, dando pauta al establecimiento de otras legislaciones estatales. Son en total 12 entidades federativas en México que con diferente denominación atienden el tema, como es el caso de Coahuila, Aguascalientes, Hidalgo, Chihuahua, San Luis Potosí, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Guerrero, Colima y Estado de México (Comisión Nacional de Bioética, S/F). Recientemente en Sonora se ha propuesto la Ley de derechos y cuidados paliativos de enfermos en etapa terminal, donde se contempla la voluntad anticipada (20 minutos, 2018).

Por otra parte, es importante precisar que de los procedimientos anteriormente expuestos, en el caso del suicidio médicamente asistido y la eutanasia, son medios que entran en el concepto de “muerte digna” y los cuales si bien se encuentran prohibidos en la legislación mexicana, son permitidos legalmente en algunos países; en el caso de la eutanasia está legalizada en cinco países siendo estos Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Colombia y Canadá, en el caso del suicidio médico asistido, está permitido en algunos países de Europa como Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza y en algunos estados de Estados Unidos (Oregón, Washington, Montana, Vermont y California), así como en Canadá. Cabe señalar

que situaciones de fin de la vida se han discutido ampliamente en algunas sentencias del tribunal europeo que atañen a casos de países como Reino Unido, Suiza, Alemania, Francia y donde se han emitido resoluciones que abonan a la interpretación del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las libertades en este tema.

En cuanto al Estado mexicano, hoy en día no se cuentan con avances debido entre otros aspectos, a que no han existido casos que hayan llegado a analizarse en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ni que hayan trascendido a nivel internacional. En México, la práctica de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, como ya se señaló, están prohibidos en la ley; como bien lo indica Mendoza (2017, p. 75) “ambos tipos penales fueron incluidos en las legislaciones respectivas a principios del siglo pasado, cuando ni en nuestro país ni en el mundo entero se vislumbraban los grandes cambios que las biotecnologías aportarían”.

De esta manera, el tema de “muerte digna” ha empezado a tener algunos avances en su abordaje en algunos estados de la República, como ya se ha indicado, bajo el concepto de voluntad anticipada. No obstante, éste tiene importantes deficiencias que se deben de analizar para realmente garantizar que la voluntad de una persona sea respetada.

Haciendo la revisión de los diversos procedimientos que forman parte de la “muerte digna”, sus implicaciones y avances en México, nos centramos específicamente en el tema de la eutanasia voluntaria y el suicidio médicamente asistido, ya que, como se ha señalado, son procedimientos que conllevan el respeto de la decisión de una persona de morir con dignidad y en las mejores condiciones deseadas para sí misma. En el caso específico de la eutanasia, uno de los cuestionamientos e inquietudes que surgen al afrontar este tema es, como lo refiere Mañón (2016, p. 2), sobre ¿cuándo se cree o se sabe con qué certeza llegó el momento de respetar la voluntad de muerte a una persona?:

1. ¿Cuándo la medicina no puede hacer más por la vida del paciente?
2. ¿Cuándo el dolor es insoportable para el paciente?
3. ¿Cuándo no hay uso de las facultades mentales superiores (cerebro) y no se puede hablar más de vida humana digna?

4. ¿Cuándo los resultados del tratamiento médico alargan inútilmente la vida del paciente, puesto que la muerte del paciente se presentará, irremediablemente, poco tiempo más tarde?

Por lo que menciona el punto tres, sobre el cuestionamiento al que se refiere el autor, alude a múltiples posibilidades, una de ellas es la muerte cerebral, en la que el planteamiento sería diferente ya que la pregunta sería si aún existe una persona con todos los derechos que el ser persona implica o se estaría tal como lo indica el artículo 343 de la Ley General de Salud ante la “pérdida de la vida”, sin embargo en este punto no hay propiamente una voluntad por parte de la persona de poner fin a su vida, por lo que no sería considerada una eutanasia voluntaria. Asimismo, al plantear estos cuestionamientos del autor, que también son aplicables en el caso de un suicidio medicamente asistido, sería importante primeramente definir si se tiene el derecho de decidir sobre la propia vida; es decir, el poder disponer el momento en el que ésta debe concluir, dado que si estos cuestionamientos se tratan de responder desde un sentido religioso con la creencia de que sólo Dios puede decidir sobre la vida de las personas, se está dejando fuera el sentido de la propia responsabilidad y el poder de decidir que tienen las personas sobre su propia vida (Mañón, 2016).

En este sentido, y desde una perspectiva de derechos humanos, se considera que las personas sí deberían tener la posibilidad de ejercer el derecho de decidir sobre su propia vida, más allá del análisis realizado desde la religión; el análisis sobre el derecho de cualquier persona a morir con dignidad, debe estar centrado en su derecho de autonomía y autodeterminación, lo que significa poder decidir qué es lo que quiere para sí misma y para el adecuado desarrollo de su personalidad hasta el final de sus días.

Es importante, se insiste, que el abordaje del tema de una muerte digna, con los procedimientos que facilitan la conclusión de la misma, se realice fuera de un contexto religioso; más aún, apelando a un concepto de laicidad con el que se plantean estos temas desde la ciencia y desde la forma en la que el Estado debe abordar las decisiones que competen al ámbito público, prevaleciendo la visión de un Estado laico.

Por su parte, Mañón (2016, p. 2) hace una interesante reflexión sobre si la vida debe considerarse siempre como un bien y si la muerte debe considerarse siempre como un mal, puesto que se suele visualizar que la vida tiene “un valor en sí” y al ser necesaria para

tomar decisiones de manera libre, se entiende entonces que es un valor superior a la libertad. Esto, considera el autor, es erróneo, debido a que estar con vida es una condición de posibilidad para elegir, distinguiendo entre el valor de vivir y el valor de elegir o ser libre. Al considerarse la vida como un valor en sí, se parte del supuesto de que todas las vidas tienen el mismo significado, es decir evaluaciones como “una vida fracasada o infeliz” no tendrían cabida; en consecuencia, se supondría que el estar con vida es el principal logro o valor.

Se considera que esta postura del autor es oportuna, por lo que refiere, la vida es una condición necesaria para que las personas tengan la posibilidad de ejercer su derecho a la libertad, y no significa que sea un valor superior; no obstante, si una persona considera que es preferible dar por concluida una vida que está lejos de considerarse para ella como “buena” o “valiosa”, puede inclusive ver a la muerte como un “bien”, como algo benéfico a una situación de indeseable sufrimiento, situación que muy probablemente nada tiene que ver con su idea de lo que considera como una buena vida.

Por otra parte, el problema es que si la vida se toma siempre como un bien (sean cuales fueren las condiciones en las que se mantenga esa vida), se consideraría a la muerte como un mal; y cuando una persona señala que su vida ya no es valiosa para ella, y al manifestar que por diversas circunstancias no se tienen razones para prolongar su vida, entonces no es incompatible el valor de la vida con el deseo de morir en propio beneficio, entendiendo que la vida ha perdido su valor benéfico para esa persona. El autor cuestiona que, si el tener una buena muerte forma parte de haber tenido una buena vida, es decir si una persona tuvo la posibilidad de experimentar una vida buena para sí misma, ¿por qué se le deba restringir la posibilidad de tener una buena muerte acorde a como ella ha delineado su propio proyecto de vida? (Mañón, 2016).

Ahora bien, si se juzga a la eutanasia o al suicidio medicamente asistido desde una valoración individual de la propia vida, pueden entrar muchos estados psicológicos que van desde una persona que es un suicida patológico o una persona en un estado cuadripléjico incurable por ejemplo, y en este contexto es importante que, procedimientos como la eutanasia o el suicidio médico asistido se analicen en el sentido de determinar cuándo la vida es un bien y cuándo no lo es para las personas que están involucradas en esta decisión

(Mañón, 2016). De esta manera se puede prevenir que una decisión de concluir con la propia vida no sea consecuencia, por mencionar un caso, de una depresión temporal o crónica.

La libre elección ante la eutanasia o el suicidio médicamente asistido es un tema personal, no una cuestión que se daba someter a votación popular, ya que es un argumento al que cada individuo debe decidir de acuerdo con su escala de valores, mientras no se dañe a otras personas, la libertad y autonomía deberían considerarse valores inviolables (Rivero, 2018).

Ahora bien, dentro de estas interrogantes, están dos actores involucrados: por un lado, las personas que apelan a que se respete el ejercicio de su derecho a decidir cómo desean concluir su vida y, por otro lado, se encuentra el personal de salud, involucrado en la atención de estos casos. En el primer grupo, el tema es si el Estado debe reconocer y garantizar el derecho que tienen las personas de decidir sobre sí mismas, en casos donde sea su voluntad concluir con su vida, y en el segundo grupo, implica la preparación, el conocimiento y la actitud del personal médico y del área de la salud, para atender estas situaciones.

En el segundo grupo de actores las interrogantes que surgen son: ¿Hay suficiente conocimiento en el tema? ¿El personal de salud está preparado psicológicamente para acompañar a los casos que lo requieran en los procedimientos que ayuden a las personas a tener una muerte digna? De contar con el respaldo legal ¿Habría una aceptación para participar en estos procedimientos? ¿El personal médico puede experimentar conflicto y por lo tanto dilemas morales sobre el quehacer de su profesión y su identidad como practicante de una religión al enfrentar situaciones de muerte médicamente asistida? ¿Es la objeción de conciencia médica un derecho que deba estar por encima del derecho de un paciente a tener una muerte digna? ¿Está preparado el personal de salud para emprender acciones que eleven a una agenda pública temas como el suicidio médicamente asistido y la eutanasia como procedimientos que ayuden a las personas a morir con dignidad?

En este punto se considera pertinente precisar tres conceptos que se involucran en el tema; uno de ellos es el de la Objeción de Conciencia, otro el de la Limitación del Esfuerzo

Terapéutico, y por último la Obstinación Terapéutica. Respecto al primero, como lo señala Solís (2012, p. 122), tanto la libertad de pensamiento, la libertad de conciencia y la libertad religiosa, son el marco en donde se insertan los conflictos individuales entre la exigencia jurídica y la exigencia moral, o entre la exigencia de dos criterios morales distintos; eso es a lo que se le denomina objeción de conciencia.

Este autor refiere que la objeción de conciencia involucra, por un lado, la relación médico-paciente, porque en ella, se confronta a dos conciencias frente a un bien que trasciende a ambos: la vida y sus valores. Cuando la objeción de conciencia procede del paciente tiene que ver con la acción de renunciar a ser sometido a cierto procedimiento médico o quirúrgico ya sea por razones morales, religiosas o personales. Sin embargo, en ambos casos, la objeción de conciencia es una manifestación, tanto de la autonomía del médico (libertad prescriptiva), como de la autonomía del paciente (libertad terapéutica). La objeción de conciencia como derecho, exige la protección de la libertad del médico y del paciente, a fin de evitar consecuencias discriminatorias o de represalias injustas, enfatizando que la objeción no es un pretexto para no cumplir con los deberes que correspondan (Solís, 2012).

Por otro lado, la objeción de conciencia no es exclusiva de la relación médico-paciente, pues se pueden producir conflictos entre lo que el médico debe hacer en conciencia, y lo que se establece en las leyes o en las políticas de las instituciones de salud; en este sentido también se pueden objetar en las relaciones médico-Estado o médico-institución de salud (Solís, 2012).

Sobre esta relación médico-Estado, es importante precisar que la objeción de conciencia es una demanda estrechamente ligada a la libertad de conciencia y que ésta se expresa en la libertad religiosa e ideológica reconocidas en el artículo 16 de la Constitución Mexicana; estas libertades tutelan el ámbito más específico de la identidad humana, ya que es el lugar donde cada persona busca y establece su relación personal con los valores con los que cada ser humano decide comprometerse, por lo que el respeto a esta esfera de autonomía define una de las características esenciales del Estado democrático que implica más que una

ausencia de coacción, sino que también implica la prohibición de que el Estado influya sobre la formación y existencia de aquellas convicciones (Gómez, 1997).

Cabe destacar que recientemente, en México, el Senado de la República aprobó una reforma a la Ley General de Salud, mediante la cual adicionó el Artículo 10 Bis, que indica:

El personal médico y de enfermería que forma parte del Sistema Nacional de Salud, podrá ejercer la objeción de conciencia y excusarse de participar en la prestación de servicios que establece esta ley. Cuando se ponga en riesgo la vida del paciente o se trate de una urgencia médica, no podrá involucrarse la objeción de conciencia, en caso contrario se incurrirá en la causal de responsabilidad profesional. El ejercicio de objeción de conciencia no derivará en ningún tipo de discriminación laboral. (Gaceta del Senado, 2018)

Esta propuesta de adición a la Ley General de Salud ha tenido diversos ecos entre críticos y defensores de derechos humanos, quienes replican que esta reforma a la ley abre la puerta a que personal médico, utilizando como argumento la objeción de conciencia, pueda negar atención médica por causas que tengan que ver con prejuicios hacia ciertos sectores de la población o en casos que involucren abortos legales e inclusive procedimientos contemplados en los cuidados paliativos en casos de personas con enfermedades terminales. Será importante dar seguimiento a la aprobación definitiva de esta reforma, sobre todo por las repercusiones que pudiera tener para frenar el avance de iniciativas a favor de la eutanasia o el suicidio médicamente asistido como medio de apoyar a tener una muerte digna.

Por otra parte, otro concepto que se involucra en este tema es la Limitación del Esfuerzo Terapéutico que:

Es la suspensión o el inicio de tratamientos cuando, de acuerdo con la evidencia médica, dichos tratamientos son inútiles o fútiles, ya que solo consiguen prolongar la vida biológica, retrasando la muerte inminente, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima (Álvarez, 2017, p. 121).

La limitación del esfuerzo terapéutico se aplica en aquellos pacientes que a juicio del equipo médico que le brinda tratamiento han llegado a la condición de irrecuperabilidad, ya sea por tratarse de enfermos terminales, o bien, en casos de que la gravedad de su

enfermedad los acerca a la muerte a pesar de la terapia aplicada. La limitación del esfuerzo terapéutico también enfrenta dificultades en su aplicación, ya que no existe un consenso explícito en la forma de tomar las decisiones y en qué se fundamentan estas disposiciones en cuanto a bases éticas, legales o técnicas, asimismo, sobre quiénes participan en la toma de medidas, grado de información y participación del paciente o familiar y cómo se lleva a la práctica (Canteros, Herrera, Lefeubre, Toro, 2007).

En contraparte a la limitación del esfuerzo terapéutico, se encuentra la Obstinación Terapéutica, también se le denomina ensañamiento terapéutico y se refiere a implementar o continuar con tratamientos o medidas que no van a modificar la situación médica de un paciente y esto puede tener como consecuencia el sólo prolongar un sufrimiento innecesario que implique aspectos físicos, morales y hasta económicos (Álvarez, 2017).

Cabe destacar que la Ley General de Salud establece en su artículo 166 Bis que la obstinación terapéutica es: “La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía”. Asimismo, se contempla la prohibición al personal médico de aplicar tratamientos o medidas que caigan en la obstinación terapéutica ya que eso va en contra del respeto a la dignidad de la persona enferma y en detrimento de una vida de calidad (Ley General de Salud, art.166 Bis 18).

De esta manera, en la Ley se contempla el respeto de pacientes en situación terminal a no ser sometidos a tratamientos innecesarios y de poder decidir el momento en que se interrumpa un tratamiento curativo para pasar a uno paliativo; sin embargo, como ya se ha mencionado, eso no incluye el poder poner fin a su propia vida.

Una vez contextualizada la Objeción de Conciencia, la Limitación del Esfuerzo Terapéutico y la Obstinación Terapéutica y para abordar la participación del personal médico en situaciones de muerte médicamente asistida, es importante analizar, a través de algunos estudios que se han realizado en México, cuál es la percepción y postura que se tiene en este tema.

En el año 2008, Lisker y sus colaboradores, publicaron los resultados de la aplicación de un cuestionario a 2,097 médicos mexicanos de diferentes hospitales del país para conocer su opinión sobre la eutanasia, así como su opinión sobre el rechazo a tratamiento y suspensión de tratamiento (véase tabla 1), lo que también se conoce como “Limitación del Esfuerzo Terapéutico” los resultados fueron los siguientes (Álvarez, 2017): 40% estuvo de acuerdo en que se aplique la eutanasia a un paciente con enfermedad terminal si este la solicitaba debido a su sufrimiento, 44% estuvo en desacuerdo y el 16% dijo estar indeciso. 48% estuvo de acuerdo en retirar el tratamiento a un paciente en estado vegetativo persistente si así lo solicitaban sus familiares, 38% dijo estar en desacuerdo y el resto se mostró indeciso.

Tabla 1. Muerte médicamente asistida y limitación del esfuerzo terapéutico

	De acuerdo	En desacuerdo	Indeciso
Un paciente terminal, con una enfermedad que le produce un sufrimiento intolerable, que se encuentra mentalmente competente, le pide al médico que lo ayude a morir, ¿estaría de acuerdo en que el médico le ayude?	40%	44%	16%
Un paciente se encuentra en estado vegetativo persistente. El familiar solicita al médico que retire todas las medidas de tratamiento y lo deje morir, ¿estaría de acuerdo en que el médico retire el tratamiento?	48%	35%	17%

Fuente: (Álvarez, 2017).

Al preguntar a los médicos la razón para estar de acuerdo, el argumento fue en torno al respeto de la autonomía del paciente, de los familiares o evitar el sufrimiento del paciente. Los médicos que estuvieron en desacuerdo argumentaron como razón el respeto a la vida y a la santidad de la vida.

En el año 2013 se realizó otro estudio dirigido a estudiantes de medicina en un hospital público de la Ciudad de México; se buscaba conocer su opinión respecto a la muerte médicamente asistida: eutanasia y sobre el suicidio médicamente asistido, así como su

opinión sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. Los resultados fueron los siguientes (Álvarez, 2017, p. 47): 50% estuvieron de acuerdo con la aplicación de procedimientos de muerte médicamente asistida. 58% estuvo de acuerdo sobre la limitación del esfuerzo terapéutico.

Un dato relevante de este estudio es que se desagregó los resultados respecto a si los estudiantes provenían de escuelas de medicina laicas o católicas, encontrando los siguientes resultados que se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 2. Opinión respecto a la muerte médicamente asistida

		Estudiantes de medicina de escuelas laicas	Estudiantes de medicina de escuelas religiosas
Muerte Médicamente Asistida		68% De acuerdo	33% De acuerdo
Limitación del Esfuerzo Terapéutico		79% De acuerdo	39% De acuerdo
Muerte Médicamente Asistida para ellos mismos		57% De acuerdo	48% De acuerdo

Fuente: (Álvarez, 2017).

Otro estudio se realizó en el año 2014, por la empresa Loria y colaboradores, en dos hospitales públicos de la Ciudad de México para explorar la opinión del personal médico residente tanto de las áreas de medicina interna como de oncología. En esta investigación el enfoque fue preguntar sobre la aplicación de procedimientos de muerte médicamente asistida y la limitación del Esfuerzo Terapéutico, realizados por ellos mismos. Parte de los hallazgos que se encontraron, es que fue mayor la proporción de los residentes más jóvenes o principiantes los que se mostraron a favor de la realización de estos procedimientos (88%) que los residentes de mayor edad y en grados más avanzados (55%).

Otro hallazgo encontrado es que la opinión de los residentes sobre la aplicación de los procedimientos de Muerte Médicamente Asistida (MMA) aumentó significativamente al preguntar cuál sería su participación al legalizarse estos procedimientos en el país, dado que entre los más jóvenes aumentó de un 16% a un 66% su participación y entre los más avanzados de un 13% a un 42% en caso de que la MMA estuviera legalizada. Finalmente, al preguntarles si aplicarían un procedimiento de MMA en ellos mismos, 76% de los residentes más jóvenes estuvieron de acuerdo y 56% de los más avanzados respondieron a favor de esta medida (Álvarez, 2017). Véase la siguiente tabla:

Tabla 3. Se les preguntó a los médicos si ellos realizarían la acción

		Residentes principiantes		Residentes avanzados	
		No legalizada	Legalizada	No legalizada	Legalizada
Muerte	médicamente	16%	66%	13%	42%
	asistida				
Limitación	del esfuerzo	50%	45%	29%	46%
	terapéutico				
		Residentes principiantes		Residentes avanzados	
MMA para uno mismo		76% De acuerdo		56% De acuerdo	

Fuente: (Álvarez, 2017).

En otro estudio, en el año 2015 la Asociación Mexicana por el Derecho a Morir con Dignidad A.C. presentó los resultados de una investigación cualitativa dirigida a médicos de diversos hospitales privados de la ciudad de México y de Puebla, sobre varios aspectos de la atención médica al final de la vida. Algunos de los resultados de esta investigación fueron las siguientes (Álvarez, 2017): El manejo que se da a los enfermos terminales varía si el paciente es atendido en hospitales públicos o privados, los hospitales públicos no cuentan con la infraestructura necesaria para ofrecer cuidados paliativos, en los hospitales privados comentaron que en ocasiones se realizan esfuerzos terapéuticos innecesarios, con el fin de cobrar los tratamientos. Asimismo, los médicos mostraron temor derivado de un

desconocimiento sobre cómo utilizar procedimientos de limitación del esfuerzo terapéutico en caso de que los pacientes ya no puedan decidir. Respecto a los procedimientos de MMA las opiniones del personal médico son diversas. Respecto a la postura de si se debe o no legalizar la muerte médicamente asistida, son tres posturas las que prevalecen: la postura a favor y la importancia de contar con una ley que defina los criterios de cómo aplicarla, así como los mecanismos de supervisión; la otra postura es en contra de su legislación argumentando su peligrosidad debido a la corrupción que impera en México, lo cual se prestaría a que se realizara de manera abusiva; la tercera postura, que está a favor de que se legalice, pero manifiesta su preocupación acerca de que faltaría incidir primeramente en temas de educación y divulgación de este tema entre el personal del área médica y en la población en general.

Otro estudio es el aplicado al personal de salud en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes INPer y Médica Sur de Lomas en la Ciudad de México en el año 2015, para conocer la opinión del equipo de salud sobre las decisiones relacionadas con la atención de fetos y neonatos gravemente enfermos; en esta investigación se contó con la participación y opinión de personal de trabajo social, enfermería y médico (Álvarez, 2017).

Respecto al primer cuestionamiento, que plantea la existencia de información que señala que un feto en el tercer trimestre de embarazo padece una enfermedad grave, intratable, que afectaría considerablemente su vida, se pregunta al personal con qué tipo de soluciones de las proporcionadas estarían de acuerdo, encontrando que de ese grupo los que ejercen la carrera de trabajo social, un 36% estuvieron de acuerdo en la terminación del embarazo y con la vida del feto dentro del útero, un 45% coincidió en que se terminara el embarazo, aunque esto no signifique que se termina la vida del feto, por lo que puede o no vivir fuera del útero y si sí vive, se le de atención de cuidados paliativos sin hacer maniobras extraordinarias para que viva, nadie del personal de trabajo social estuvo de acuerdo en concluir el embarazo hasta la etapa de término para posteriormente dar cuidados paliativos al recién nacido y sólo 18% estuvo de acuerdo en continuar el embarazo y utilizar todos los medios para prolongar la vida del recién nacido. En el caso del personal de enfermería destaca el 34% que a diferencia del personal de trabajo social sí estuvo de acuerdo en

continuar el embarazo y posteriormente dar cuidados paliativos al recién nacido; el personal médico en un 55% estuvo de acuerdo en esta misma opinión y sólo el 12% del personal médico opinó estar de acuerdo en usar todos los medios para prolongar la vida del recién nacido. El personal médico fue el que reflejó menor acuerdo hacia terminar el embarazo y la vida del feto en el útero. Véase la siguiente tabla:

Tabla 4. Opinión sobre tratamiento

	Terminación del embarazo, terminado con la vida del feto en el útero	Terminación del embarazo y cuidados paliativos al recién nacido	Continuar el embarazo y cuidados paliativos al recién nacido	Continuar el embarazo y usar todos los medios para prolongar la vida del recién nacido
Trabajadoras Sociales	36%	45%	0%	18%
Enfermeras	24%	17%	38%	21%
Médicos	11%	27%	55%	7%
Global	18%	28%	42%	12%

Fuente: (Álvarez, 2017).

Por último, a la pregunta de si a pesar de los cuidados paliativos el recién nacido tiene un sufrimiento intolerable y si estaría de acuerdo en administrar una inyección letal para terminar con su sufrimiento en caso de que los padres lo solicitaran 59 % del personal de trabajo social estuvo de acuerdo en que se aplicara la inyección letal, 28% del personal de enfermería también y sólo 24% del personal médico estuvo de acuerdo con esta solución. Véase tabla 5:

Tabla 5. Terminación de la vida

Trabajadoras Sociales	59% de acuerdo
Enfermeras	28% de acuerdo
Médicos	24% de acuerdo
Global	30% de acuerdo

En esta investigación llama la atención que el personal que está más directamente involucrado en dar o aplicar la medida paliativa o terminal al paciente, es más conservador al momento de dar una respuesta como la aplicación de una inyección letal; caso contrario al personal de trabajo social cuya función se caracteriza con tener una interacción más cercana a la familia, quien se mostró en sus respuestas a favor de concluir con el sufrimiento del recién nacido y con esto implicaría también disminuir el sufrimiento de la familia.

Los estudios aquí presentados dan un panorama de la postura u opinión que el personal de salud tiene respecto a algunos de los procedimientos que facilitan el tener una muerte digna; algunas de las conclusiones de estos estudios son las siguientes:

Existe una dificultad para separar las decisiones médicas que tienen que ver con el final de la vida con los aspectos éticos, específicamente los que provienen de dilemas religiosos, sobre el respetar la vida como un bien que sólo Dios puede dar o quitar.

Según los hallazgos de los estudios hay mayor aceptación de estos procedimientos entre el personal médico más joven o que está iniciando su preparación profesional. Asimismo, profesionales como el trabajo social muestran mayor aceptación a procedimientos que culminen con el sufrimiento, tanto del paciente como de la familia.

El que exista una legislación clara, inclina la opinión a favor de practicar procedimientos de MMA. Sin embargo, existe desconfianza sobre la corrupción que impera en el país.

Hay una mayor aceptación a los procedimientos que limitan el esfuerzo terapéutico, a los que propiamente tiene que ver con la práctica de métodos de muerte médicamente asistida.

Estos estudios permiten tener un acercamiento a la percepción del personal del área de la salud, sobre los diversos procedimientos que conlleva el tener una muerte digna, los resultados hablan de la necesidad de promover el respeto a las decisiones que tome una persona, sobre cómo enfrentar un padecimiento, hasta cuándo recibir o no un tratamiento o concluir con su vida, y esto implica contar con un abordaje desde diferentes disciplinas, que

aporten sus conocimientos y experiencia para acompañar y facilitar que una persona pueda cumplir con su objetivo de tener una buena muerte.

Por último, es importante destacar que este tema poco explorado en México, será un tema que cobrará en años venideros mayor relevancia a propósito del envejecimiento poblacional en el país, según fuentes del Consejo Nacional de la Población (CONAPO) en el año 2015, 27.6% de los mexicanos eran menores de 15 años y la población adulta mayor que son las personas mayores de 60 años, representaba 10% de la población en el país; para el año 2050 se tiene proyectado que esta composición se modifique notablemente, siendo la población menor de 15 años 20.7% en el país y la proporción de personas adultas mayores representarán 21.5% de la población en México, es decir, se está hablando de alrededor de 32.4 millones de habitantes en edad adulta mayor (González, 2015).

México se enfrentará a un creciente población adulta mayor que gracias a los avances científicos ha ido incrementando su esperanza de vida; sin embargo, ese incremento no ha ido de la mano con una mejora a la calidad de vida de las personas, la morbilidad propia del envejecimiento y el estilo de vida de las personas es algo que acompaña al proceso de envejecimiento, la fragilidad en las condiciones de salud de la población en edades avanzadas, la mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes, seguirán en aumento con el cambio demográfico (González, 2015).

Cabe precisar que, aunque el tema de la muerte médicamente asistida no tiene una relación directa con la situación de envejecimiento poblacional, sí lo tiene sobre la calidad de vida de las personas, situación que puede verse comprometida por esta condición natural de la vida. Es importante, por lo tanto, poner desde ahora en la agenda pública la necesidad de que las personas puedan decidir si desean o no prolongar una vida cuando ésta implique sufrimiento, dolor innecesario, desgaste físico y emocional tanto de ella misma, como en su entorno familiar, asimismo contemplar las situaciones que enfrentan personas con enfermedades terminales que nos son necesariamente adultas mayores y que enfrentan sufrimiento derivado de sus padecimientos.

Se hace oportuno hablar de las opciones que las personas puedan tener al final de la vida, de poder decidir el tener una muerte digna y que esto implica que el Estado mexicano salvaguarde los derechos estipulados en la Constitución y en los tratados internacionales de los cuales es parte, entre ellos el derecho a la dignidad y al libre desarrollo de la personalidad de todos sus habitantes. Es relevante el papel que investigadores del Trabajo Social puedan realizar al profundizar en este tipo de estudios que aporten una mayor referencia sobre el tema del final de la vida y que pueda contribuir elevar a una agenda pública el respeto, protección y garantía de todas las personas a morir con dignidad.

Y, por último, es necesario que esta discusión se traslade de visualizarlo más que un dilema moral a una discusión científica y multidisciplinaria, enmarcada por el respeto a los derechos humanos y la vigencia de un Estado laico. Lo anterior, para que en los próximos 30 años en los que nuestro país enfrentará importantes retos en materia de salud, el derecho a una muerte digna sea una realidad y no un tema de discusiones ideológicas o religiosas.

Referencias Bibliográficas

- 20 minutos. *Proponen en Sonora Ley de Derechos y Cuidados Paliativos*, Recuperado de <https://www.20minutos.com.mx/noticia/346346/0/proponen-en-sonora-ley-de-derechos-y-cuidados-paliativos/>
- Acevedo Velasco, V., & Restrepo de Giraldo, L. (2010). *Experiencias de parejas sobre vivir feliz en pareja*. Obtenido de Pensamiento Psicológico: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80115648006>
- Acosta, E. (24 de Enero de 2018). Coahuila, segundo lugar nacional en suicidios. *Zócalo*.
- Aguilar Morales, J. E., & Vargas, J. E. (2010). *Comunicación Asertiva*. Recuperado el 17 de noviembre de 2014, de Asociación Oaxaquena de Psicología A.C: http://www.conductitlan.net/psicologia_organizacional/comunicacion_asertiva.pdf
- Aguilar Morales, J., & Vargas Mendoza, J. (2010). *Comunicación Asertiva*. Recuperado el 12 de febrero de 2015, de Network de Psicología Organizacional : www.conductitlan.net/psicologia.../comunicacion_asertiva.pdf
- Albornoz. (1984). *la familia y educacion del venezolano*. Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf.com>
- Albornoz, O. (1984). *La familia y la educacion venezolano*. Caracas: Biblioteca. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/la_flia_como_eje_en_la_formacion_de_valores.pdf
- Álvarez Aguirre, A., Alonso Castillo, M. M., & Guidorizzi Zanetti, A. C. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 635-640. doi:10.1590/S0104-11692010000700021
- Álvarez Aguirre, A., Alonso Castillo, M. M., & Guidorizzi Zanetti, A. C. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 634-640. Recuperado el 23 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421939021.pdf>
- Álvarez, A. (2017). *La Muerte Asistida en México, Una Opción más para morir con dignidad* (1ª Edición ed.). Ciudad de México, México: Por el derecho a Morir con Dignidad, A.C.
- Angelo, D. (1996). *Provida. Autorealizacion de la personalidad*. La habana: Academia .
- Anguiano Molina, A. M., López Terríquez, S., Gómez Castañeda, L., & Jiménez Anguiano, S. E. (2017). *Diagnóstico y proyecto. La óptica de un Trabajador Social*. Guadalajara, Jalisco: Amateditorial.
- Armendáriz García, N. A., Alonso Castillo, M. M., Alonso Castillo, B. A., López Cisneros, M. A., Rodríguez Puente, L. A., & Méndez Ruiz, M. D. (2014). La familia y el consumo de alcohol en

estudiantes universitarios. *Ciencia y enfermería*, 3(20), 109-118. doi:10.4067/S0717-95532014000300010

- Armendáriz-García, N. A., Almanza-López, J. B., Alonso Castillo, M. T., Oliva Rodríguez, N. N., Alonso Castillo, M. M., & López Cisneros, M. A. (2015). La historia familiar y la conducta de consumo de alcohol como factor sociocultural en el adolescente. *Perspectiva de enfermería. Aquichan.*, 15(2), 219-227. doi:10.5294/aqui.2015.15.2.6
- Bandura. (1945). Obtenido de <http://teoriadelaprendizaje.adatum>
- Barg, L. (2004). En *La intervencion con familia. Una perspectiva desde el trabajo social* (pág. 38). Buenos Aires: Espacio .
- Betancourth Zambrano, S., Tacán Bastidas, L., & Cordoba Paz, E. G. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud*, 1(19), 37-50. doi:10.22267/rus.171901.67
- Blogspot. (2012). Cartografía social. *Mente y psicología*, 02.
- Borrás Santiesteban, T. (2016). Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia temprana y su atención médica. *Arch Argent Pediatr*, 5(114), 412-418. doi:10.5546/aap.2016.412
- Cabello Tijerina, P. (2012). *La mediación como política social aplicada al fortalecimiento de la cultura de paz en México y España*. Recuperado el 27 de abril de 2016, de DIGITUM Biblioteca Universitaria: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/28093>
- CAMACOL. (2013). Viviendas para disminuir el deficit del sector rural. *cCamara Colombiana de la Construcción*.
- Cárdenas Castro, M., & Yáñez Yéñez, S. (17 de diciembre de 2010). *Nuevas formas de muestreo para minorías y poblaciones ocultas: muestra por encuestado conducido en una población de inmigrantes sudamericanos*. Recuperado el 15 de noviembre de 2016, de Universidad Católica del Norte de Chile.: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/577>
- Carrasco Ortiz, M. Á. (junio de 2006). Aspectos Conceptuales de la Agresión: Definición y Modelos Explicativos. *Acción Psicológica*, 4(2), 7-38. Recuperado el 21 de 05 de 2018
- Casseres Sánchez, M. S. (2014). Factores que influyen en la permanencia de la mujer en una relación de pareja violenta. 2-40.
- Castaño Pérez, G. A., García del Castillo, J. A., & Marzo Campos, J. C. (2014). Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), s/f.
- Cobo, P., & Tello, R. (2013). *Bullying El asecho cotidiano en las escuelas*. México, D.F.: Limusa.
- Coca Villar, C. E., García Vallinas, E., Martín Solbes, V. M., & Ramírez Hurtado, C. (2015). *Estudios en cultura de paz, conflictos, educación y derechos humanos*. Madrid: Síntesis.

- Cruz Hernández, P. (2014). *Muestreo No Probabilístico*. Obtenido de Universidad Autónoma Chapingo: <http://chapingo-uruza.info/archivos/49-P.pdf>
- Cruz Zuluaga, M. (20 de abril de 2013). *La programación neurolingüística en el proceso de enseñanza-aprendizaje*. Obtenido de Escenarios: Empresa y Territorio: <http://investigaciones.esumer.edu.co/revista/index.php/revista/article/view/47/37>
- DANE. (2017). DEFICIT DE VIVIENDA EN COLOMBIA. *DANE 55 AÑOS*.
- Díaz Heredia, L. P., & Muñoz Sanchez, A. I. (2016). Vulnerabilidad al consumo de alcohol, trascendencia espiritual y bienestar psicosocial: comprobación de teoría. *Latino-Americana Enfermagem*, 24, 1-8. doi:10.1590/1518-8345.0688.2702
- El espectador. (2017). Desplazamiento forzoso. *El espectador*.
- El tiempo. (2013). El Despertar de la vivienda rural. *El tiempo*.
- Encuestas Nacionales sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. (2011). *Violencia de Género. Violencia contra mujeres*. Obtenido de Sistema de Indicadores de Género: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Violencia_2011.pdf
- Espada Sánchez, J. P., Pereira, J. R., & García Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537. Recuperado el 23 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72720404.pdf>
- Espina Eizaguirre, A. (2002). *Alexitimia y relaciones de pareja*. Recuperado el 13 de abril de 2014, de Psicothema: www.psychothema.com/pdf/795.pdf
- Espinosa Tamez, P., Hernández Sinencio, H., López Guzmán, R., & Lozano Esparza, S. (2018). *Muestreo de Bola de nieve*. Obtenido de Departamento de probabilidad y estadística UNAM: http://www.dpye.iimas.unam.mx/patricia/muestreo/datos/trabajos%20alumnos/ProyectoFinal_Bola%20de%20Nieve.pdf
- Frías-Navarro, D. (2014). *Apuntes de SPSS*. Recuperado el 27 de mayo de 2015, de Universidad de Valencia: <http://www.uv.es/~friasnav/ApuntesSPSS.pdf>
- Gaeta González, L., & Galvanovskis Kasparane, A. (julio-diciembre de 2009). *Asertividad: Un análisis teórico-empírico*. Recuperado el 17 de noviembre de 2014, de Enseñanza e Investigación en Psicología: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29211992013.pdf>
- Gallego Moya, S., & Ibañez Ribes, M. I. (2016). El papel de los padres y los amigos en el consumo temprano de alcohol. *De salud*, 3(15), 137-145.
- García Domingo, B., & Quintanal Díaz, J. (2010). *La Encuesta*. Obtenido de Métodos de Investigación y Diagnóstico en la Educación: <http://brayeban.aprenderapensar.net/files/2010/10/TECNICAS-DE-INVEST.pdf>
- Geografía, I. N. (2011). Panorama de violencia contra las mujeres en México. *ENDIREH*, 3-101.

- Gonzalez Carrillo, M. d. (2007). *Violencia en el noviazgo un estudio exploratorio entre estudiantes universitarias*. Monterrey, Nuevo Leon: Universidad Autonoma de Nuevo Leon .
- Grajales, I. (28 de septiembre de 2013). *Un México de machos y mujeres sumisas: GB*. Recuperado el 2015, de Noticiasnet: <http://www.noticiasnet.mx/portal/general/salud/172672-un-m%C3%A9xico-de-machos-y-mujeres-sumisas-gb>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Historia de la vida a través del tiempo. (s.f.). *OVACEN*.
- INEGI. (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. Obtenido de INEGI: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf
- INEGI. (2017). DÍA INTERNACIONAL DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER . *Instituto Nacional de estadística y geografía*, 1-23.
- Iraurgi , I., Sanz, M., & Martínez Pampliega, A. (20 de diciembre de 2009). *Adaptación y Estudio Psicométrico de dos Instrumentos de pareja: Índice de satisfacción matrimonial y escala de inestabilidad matrimonial*. Recuperado el 4 de mayo de 2015, de Revista IIPSI: sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion.../v12.../a12v12n2.pdf
- Izquierdo. (2003). *Valores de cada día* . Venezuela: San Pablo.
- Jean, C., Rivera, S., Amorin, E., & Rivera, L. (2015). Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta de Investigacion Psicologica*, 2224'2239.
- Jiménez Bautista, F. (2009). *Saber pacífico: la paz neutra*. Ecuador: UTPL.
- Keijzer., B. d. (Enero de 2006). *Hasta donde el cuerpo aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina*. Obtenido de http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est_masc_01.pdf
- la vivienda como expresión sociocultural. (2011). En b-digital.UNAL.edu, *Cumbre mucial del habitat*. (pág. 3). Bogotá.
- Los estereotipos masculinos en publicidad: ¿por qué las marcas no consiguen enganchar a los hombres? (24 de Julio de 2017). *ABC* .
- Mañón, G. J. (noviembre de 2016). La eutanacia: derecho a la muerte digna. *Hechos y Derechos*(36), 2.
- Marin. (1990). *Valores y fines, filosofía de la educacion de hoy*. Madrid: Dykinson.
- Martínez Hernández, Á., Marí Klose, M., Julià, A., Escapa, S., & Marí Klose, P. (2012). Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes: su asociación con los estados de ánimo negativos y los factores familiares. *Revista Española de Salud Pública*, 86(1), 101-114. Recuperado el 20 de mayo de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000100009

- Martínez, C. (2 de Mayo de 2018). Personas con trastornos mentales y tendencias suicidas tardan de 15 a 25 años en pedir ayuda profesional. *Vanguardia*.
- Maslow. (s.f.). Obtenido de <http://www.webdelprofesor.ula.ve/economia/mcesar/tema1/maslow.pdf>
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (2009). *Introducción a la Cultura de Paz*. Perú: Trama.
- Molano Tobar, N. J., & Molano Tobar, D. X. (2016). Concepción frente al consumo de alcohol en jóvenes de la Universidad del Cauca. *Universidad y Salud*, 3(18), 532-540. doi:10.22267/rus.161803.58
- Montesinos, C. R. (2002). La masculinidad ante una nueva Era. *El cotidiano*, 37-46.
- Murdock, G. P. (1949). *Social structure*. New York.: The MacMillan Company.
- Musitu, G., Jiménez, T. I., & Murgui, S. (2006). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública de México*, 49(1), 1-10. Recuperado el 19 de mayo de 2018, de <https://www.scielosp.org/article/spm/2007.v49n1/3-10/>
- Naranjo Pereira, M. (enero-abril de 2008). *Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas*. Recuperado el 17 de noviembre de 2014, de Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44780111>
- Oliva Delgado, A., Antolín Suárez, L., Pertegal Vega, M. Á., Ríos Bermúdez, M., Parra Jiménez, Á., & Hernándo Gómez, Á. (2011). *Instrumentos para evaluar el desarrollo positivo adolescente y los activos familiares, escolares y comunitarios que lo promueven*. Recuperado el 14 de marzo de 2015, de Andalucía Consejería de Salud: http://personal.us.es/oliva/INSTRUMENTOS_DESARROLLO%20POSITIVO.pdf
- Olweus, D. (1994). *Bullying at School, Long-Term Outcomes for the Victims and an Effective School-Based Intervention Program*. New York, New York, Estados Unidos: L. Rowell Huesmann.
- OMS, O. M. (Septiembre de 2014). Recuperado el 2018, de Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de Septiembre de 2004). Recuperado el Mayo de 2018, de El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Familias Fuertes: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Manual%20Familias%20Fuertes%20Guia%20para%20el%20Facilitador.pdf>
- Otero, L. (1965). *Desintegración Familiar*. Culbimex.

- Pavajeau, J. F. (1999). LAS MIGRACIONES FORZADAS DE POBLACIÓN, POR LA VIOLENCIA, EN COLOMBIA: UNA HISTORIA DE ÉXODOS, MIEDO, TERROR, Y POBREZA. *IBEROAMÉRICA ANTE LOS RETOS DEL SIGLO XXI*, 2.
- Pérez de las Heras, M. (2010). *¿Estás Comunicando?* España: LID.
- Pilatti, A., Brussino, S. A., & Godoy, J. C. (2013). Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. *Revista de Psicología*, 22(1), 22-36.
- Planeta huerto. (2016). casas de paja un modelo de bioconstrucción. *ovacen*.
- Ramírez Ruiz, M., & Andrade, D. (2005). Family and risk factors related to alcohol consumption and smoking among children and adolescents (Guayaquil-Ecuador). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 13(Especial), 813-818. doi:10.1590/S0104-11692005000700008
- Ramírez Ruiz, M., & de Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. *Latino americana Enfermagem*(13), 813-818. doi:10.1590/S0104-11692005000700008
- Ribeiro, F. (2009). Familia y politica social. Buenos Aires: Lumen 2da edicion.
- Riso, W. (2002). *Cuestión de Dignidad. Aprenda a decir NO y gane autoestima siendo asertivo.* . Recuperado el 2015, de Books Google:
<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=iREkA-HTuzoC&oi=fnd&pg=PR15&dq=decir+no&ots=06aseXRM-V&sig=14i6ccGIqEIQnLVPIESX0ole55E#v=onepage&q=decir%20no&f=false>
- Rivas, J. F. (2012). *Intervención Individualizada*. México: Yecolti.
- Roca Villanueva, E. (2005). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Obtenido de Colegio Oficial de Psicólogos:
http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/F_Educacion_emocional/f_7_autoestima/f_7.3.Programas/1.3.Programa%20autoestima%20hhss.pdf
- Rodríguez, C. M., Juárez, A. L., Juárez, R. Y., & López, P. M. (2016). La masculinidad y la violencia en jóvenes universitarios. El caso de la FTS de la Universidad Autónoma de Coahuil. *Ecorfan*, 64-73 pp.
- Ruiz, Y. (2006). *análisis y resolución de conflictos desde una dimensión psicosocial*. Obtenido de Universitat Jaume I: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi12/19.pdf>
- SALANOVA, M. y. (2000). *Exposure to Information*. Castellon: WONT.
- Sampieri, R. F. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Schaffer. (1990). solei gallart.
- Schongut, G. N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia . *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, vol. 2, , 27-65.

- Scrib.com. (2002). conceptos de Vivienda. *INVI*, 34.
- Sousa, V., Driessnack, M., & Costa Mendes, I. (mayo-junio de 2007). *Revisión de los Diseños de Investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa*. Recuperado el 14 de 5 de 2015, de Rev Latino-am Enfermagem: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf
- Taboada, P. (Junio de 2000). El Derecho a Morir con Dignidad. *Acta Bioetica*. Recuperado el 15 de febrero de 2018
- Tegoma Ruiz, V. M., & Cortaza Ramírez, L. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería Universitaria*, 4(13), 239---245. doi:10.1016/j.reu.2016.10.001
- Transformaciones recientes de las familias Colombianas. (2013). *El tiempo. Revista Trabajo Social*, 58.
- Trujillo Guerrero, T. J., Vázquez Cruz, E., & Córdova Soriano, J. A. (2016). Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. *Elsevier atención familiar*(3), 23-100. doi:10.1016/j.af.2016.07.003
- UNESCO. (2015). *Educación 2030 Declaración de Incheon Hacia una educación inclusiva y equitativa de calidad y un aprendizaje a lo largo de la vida para todos*. Declaración , UNESCO.
- UNESCO. (s.f.). *Entornos de aprendizaje seguro y no violento para todos: tendencias y logros*. Recuperado el 21 de mayo de 2018, de <https://es.unesco.org/themes/acoso-violencia-escolar/progress-meta4a>
- Universidad de Barceloan. (1999). Sostenibilidad del medio rural. *scripta Nova*, 33.
- Vanguardia. (Marzo de 2018). Supera Coahuila a la CDMX y Nuevo León en tasa de suicidios.
- Vargas , I. (15 de junio de 2015). *Claves para saber decir 'no' en el trabajo*. Obtenido de CNN en expansión.: <http://www.cnnexpansion.com/mi-carrera/2015/06/12/claves-para-aprender-a-decir-no-en-el-trabajo>
- Vazquez. (1999). *Educacion para los derechos humanos* . Obtenido de <http://www.defensoria.gob.bo/archivos/modulo5.PDF>
- Villarreal-González, M. E., Sánchez-Sosa, J. C., Musitu, G., & Varela, R. (2010). El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 253-264. doi: 10.5093/in2010v19n3a6
- Villarreal González, M. E., Sánchez Sosa, J. C., & Musitu Ochoa, G. (2013). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12(3), 857-873. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.apca

Tipologías sociodemográficas y situación socioeconómica de usuarias con cáncer de mama.

Diana Franco Alejandre¹³³

Edwin Román Albarrán Jardón¹³⁴

Saúl Urcid Velarde¹³⁵

Resumen

El cáncer de mama es el proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células que puede aparecer en el seno; el tumor invade el tejido circundante, provocando con ello metástasis en puntos distantes del organismo.

El objetivo de esta investigación es analizar las tipologías sociodemográficas y la situación socioeconómica de las usuarias con cáncer de mama que cuentan con seguridad social vs. usuarias que tienen seguro popular, ya que ambos grupos acuden a tratamiento médico en el Centro Oncológico del Estado de México. Se utilizó el método mixto a través de la investigación transversal-descriptiva, cuyo instrumento fue una guía de entrevista semiestructurada. La población de estudio estuvo integrada por 44 usuarias y se encontraron los siguientes hallazgos: tipologías sociodemográficas, 39% se ubica en un rango de edad de 51 años o más, 51% casadas, 30% tiene estudios de educación primaria, 50% se dedica a ocupaciones del hogar, 61% pertenece a familias nucleares y 27% radica en el municipio de Toluca. Vivienda, 89% cuenta con casa-habitación, 66% se ubica en zona urbana y 100% cuenta con servicios públicos. Salud, 25% de las usuarias se encuentra en el estadio I de cáncer y 25% en el estadio II B; 57% tiene seguro popular y 30% requiere de medicamentos. Ingresos, 43% de los familiares tienen un ingreso económico de \$20,000 mensuales (empleo fijo en alguna dependencia de gobierno). Se

¹³³ Universidad Autónoma del Estado de México

² Universidad Autónoma del Estado de México

³ Universidad Autónoma del Estado de México

dfco2004@yahoo.com.mx

concluye que las usuarias beneficiadas con seguro popular son vulnerables a recibir los servicios de atención médica, pues deben cubrir 100% del tratamiento; por lo tanto, es necesario que las autoridades estatales analicen la cobertura de las políticas públicas en materia de salud, sobre todo en lo que respecta al seguro popular.

Palabras clave: *Cáncer de mama, perfil sociodemográfico, situación socioeconómica.*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al cáncer como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células. Este término designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo; se trata de la multiplicación acelerada de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y que pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos (metástasis) (CINU, s.f.).

El cáncer se origina cuando las células comienzan a crecer de forma descontrolada en el seno, éstas normalmente forman un tumor, el cual puede observarse a través de una radiografía o puede palparse como un absceso. El tumor es maligno (canceroso) si las células crecen y penetran (invadiendo) los tejidos circundantes o se propagan (metástasis) a áreas distantes del cuerpo (American Cancer Society, s.f.).

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2017) refiere que el cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio. Son células que han aumentado su capacidad reproductiva, estas células pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, adhiriéndose a los tejidos y crecer hasta formar metástasis, el cáncer de mama puede aparecer en mujeres y hombres, pero más de 99% de los casos ocurre en mujeres.

Este tipo de cáncer es un conjunto de enfermedades originadas en las diferentes células que componen la glándula, consiste en un crecimiento anormal y desordenado de dichas células; se manifiesta de muchas formas y no es igual en todas las mujeres, pues varía de acuerdo con la velocidad del crecimiento del tumor y su capacidad de diseminación a otras

partes del cuerpo. Es imposible predecir con certeza las consecuencias de la enfermedad, puesto que el grado de malignidad varía y, además, porque las personas reaccionan de forma diferente a la enfermedad; es un proceso patológico de gran importancia social debido a sus cifras epidemiológicas a nivel mundial. Es la tercera causa de muerte, pues es una enfermedad que irrumpe en la sociedad por dos vías: afecta personalmente a un individuo y lo convierte en paciente y alcanza también de forma indirecta a los demás individuos, convirtiéndolos en observadores participativos (en mayor o menor grado de la enfermedad). La sociedad y el paciente entablarán una relación médico-enfermo donde asimilarán elementos científicos y técnicos que junto con los otros elementos darán lugar a una interpretación de la enfermedad socialmente determinada (García y March, 2001 y Fundación Contra el Cáncer, 2013).

Esta enfermedad es considerada a nivel mundial como la neoplasia más frecuente en la población femenina, anualmente se estima 1.67 millones de casos diagnosticados, representando 25% de cáncer en mujeres. La incidencia es más alta en países desarrollados (excepto Japón), varía desde 27 por cada 100 mil mujeres en África Central hasta 96 en Europa occidental; en América Latina el cáncer de mama es el más frecuente con 152 mil 059 casos diagnosticados anualmente (una cuarta parte, 24.9%, de los casos de cáncer en mujeres). La incidencia regional es de 47.2, la cual es más alta en países del cono sur, principalmente en Argentina y Uruguay, donde las tasas son semejantes a las de países desarrollados (71.2 y 69.7 defunciones por cada 100 mil mujeres, respectivamente) (Secretaría de Salud, 2015).

En México, el cáncer de mama se ha colocado en los primeros niveles de mortalidad en mujeres en edad productiva, debido a que cada año se diagnostican más de 11 mil pacientes, lo que representa un incremento de 18%; el grupo de edad más afectado se encuentra en la quinta y sexta etapa de la vida. Según registros, aproximadamente 50% de los nuevos casos diagnosticados corresponde a etapas avanzadas de cáncer. Se considera que a partir de 2010 existe una tasa de mortalidad de 13 por cada 100 mil mujeres adultas y alrededor de 4 mil 500 defunciones por año (Gómez *et al.*, 2008).

Por entidad federativa Coahuila ocupa el primer lugar con la tasa más alta de mortalidad por cáncer de mama en mujeres mayores de 20 años, 20.92 por cada 100 mil; supera

ligeramente al Distrito Federal (19.91) y a Nuevo León, con 19.56 fallecimientos por cada 100 mil mujeres. Por otra parte, las entidades con las tasas más bajas son: Oaxaca, Guerrero y Campeche (7.65, 8.75 y 8.83 por cada 100 mil mujeres de 20 años en adelante, respectivamente). Según datos estadísticos, en 2013 en 14 entidades la incidencia de cáncer de mama en mujeres de 20 años en adelante fue superior que la nacional (28.90). Campeche (117.15 casos por cada 100 mil mujeres de 20 años en adelante), Colima (94.24 de cada 100 mil), Aguascalientes (63.33 de cada 100 mil) y Veracruz (62.36 de cada 100 mil) son los estados con el mayor número de casos nuevos hasta 2014; en contraparte, Guerrero, Nayarit y México, con 8.77, 9.15 y 10.76 casos por cada 100 mil mujeres de 20 años en adelante, respectivamente (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015).

El Centro Oncológico Estatal del Estado de México (COEEM) registró en 2017 un ingreso de 616 usuarias con cáncer de mama, que oscilan entre 22 y 65 años de edad, 97% corresponde al género femenino y 3% al masculino; la morbilidad por año varía de 638 a 648 defunciones; cuyos principales factores de riesgo son:

- Envejecimiento: a medida que envejece, el riesgo de padecer cáncer de seno incrementa; los cánceres de seno más invasivos se descubren en mujeres de 55 años o más.
- Hereditario: se cree que alrededor de 5% y 10% de los casos de cáncer de seno son hereditarios, lo que significa que se originan directamente por defectos genéticos (mutaciones) que se adquieren de uno de los padres.
- Antecedentes familiares y personales: si un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) padece cáncer de seno duplica el riesgo de una mujer; y aumenta aproximadamente tres veces si dos familiares de primer grado padecen la enfermedad. Una mujer con cáncer en un seno tiene mayor riesgo de padecer en el otro o en distinta parte del mismo seno (esto es diferente a la recurrencia o regreso del primer cáncer).
- Estilo de vida: factores relacionados con conductas personales (alimentación, ejercicio, consumo de tabaco y alcohol, dieta malsana e inactividad física) y el estilo de vida de aquellas mujeres que no han tenido hijos o aquellas que tuvieron su

primer hijo después de los 30 años, así como tomar anticonceptivos, tienen en general un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de seno.

El diagnóstico de cáncer de mama está asociado como una amenaza para la salud que impacta en todas las esferas de la vida de la persona enferma y sus familiares. Supone una experiencia vital con desafíos, la cual implica la aparición de sentimientos dolorosos que pueden derivar en altos niveles de sufrimiento y problemas sociales durante el periodo de la enfermedad (Fernández y Del Castillo, 2018).

Por lo tanto, el COEEM para brindar un tratamiento adecuado a las usuarias que presentan neoplasias en sus diferentes modalidades ha establecido un modelo unificado de atención oncológica hospitalaria, tomando en cuenta los criterios de competitividad económico-administrativa y de funcionalidad en un tercer nivel de atención, sustentados en la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 (DOF, 2003), documento que permite unificar las acciones en salud y contribuir a la disminución de las tendencias de mortalidad, los objetivos básicos del tratamiento son: curación, prolongación de la vida y mejoramiento de la calidad de vida de las usuarias a través de los siguientes servicios:

- Consulta externa: proporciona atención médica a usuarias referidas por otras instituciones del sector salud.
- Cirugía oncológica: brinda los servicios de anestesiología, clínica del dolor, prótesis maxilofacial, cuidados paliativos, patología, citología y servicio de endoscopia, así como colposcopia y se desarrolla recientemente la clínica de cirugía pélvica radical, brinda además alternativas terapéuticas de vanguardia mediante quimioterapia intraperitoneal con o sin hipertermia, cirugía conservadora para tumores de partes blandas y hueso con reconstrucción inmediata.
- Oncología médica: ofrece hemato-oncología, medicina interna, psico-oncología, nutrición, quimioterapia ambulatoria y los servicios de la clínica de catéteres que le permite a los (as) usuarias de mayor independencia en su vida diaria, autoestima, deportes, etc., coparticipación en protocolos de investigación nacional e internacional.
- Radio-oncología: proporciona tratamiento con radioterapia contando con equipamiento de vanguardia.

Otro aspecto que se aborda en el presente trabajo son las tipologías sociodemográficas de las usuarias, término que describe las características sociales de la población humana, es decir sus variaciones, lo cual no se limita a la medición, sino que incluye la interpretación y el análisis de los datos, las proyecciones y predicciones con base en supuestos que incluyen variables sociodemográficas (De tejada, 2012). Por ello, en el marco de esta investigación se consideran como variables demográficas: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, lugar de residencia, tipología familiar y seguridad social (de derechohabientes y usuarias con cáncer de mama).

Asimismo, la situación socioeconómica se vincula con la posición económica y social del individuo o de la familia en relación con otra persona, es decir, está asociada con las condiciones de la vivienda y laborales, de acceso a la educación, al agua y a los alimentos, además del acceso a los servicios de salud, los cuales juegan un rol importante para lograr la participación de las mujer en actividades de prevención primaria y secundaria que han sido diagnosticadas con el cáncer de mama.

Método

La presente investigación se realizó a través de un estudio descriptivo en usuarias (término utilizado por la institución) con diagnóstico de cáncer unilateral histopatológico confirmado. Los criterios de inclusión fueron: contar con el expediente clínico vigente, rango de edad de 24 a 51 años o más, tener seguridad social o seguro popular, recibir tratamiento de la enfermedad por especialidad (oncología clínica, cirugía, quimioterapia y radio terapia) en el Centro Oncológico Estatal. La muestra objeto de estudio fue seleccionada a través de los registros electrónicos que realiza la institución durante el ingreso. El objetivo de este estudio fue describir el perfil sociodemográfico y la situación socioeconómica de las usuarias con cáncer de mama atendidas en dicha institución.

Para el proceso de recolección de la información se elaboró una guía de entrevista, integrada por las siguientes categorías: datos sociodemográficos, estructura familiar, dinámica familiar, salud, ingresos-egresos y condiciones de vivienda, la aplicación del instrumento se realizó en las instalaciones del Centro Oncológico Estatal, después de la hora de consulta programada o tratamiento (previa autorización).

Resultados

Durante el proceso de búsqueda en relación al perfil sociodemográfico de las usuarias se obtuvo la siguiente información:

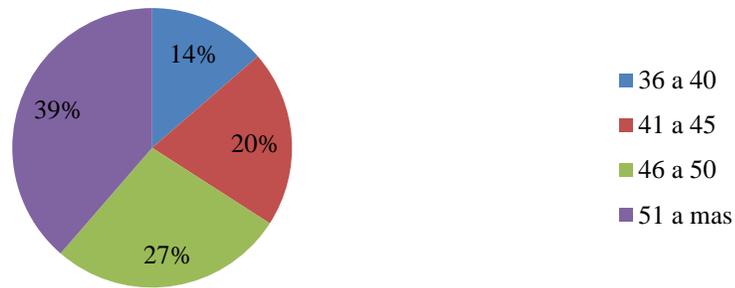


Figura 1. Edad

Fuente: Elaboración propia, 2018

Se observa que 39% de las usuarias se encuentra en un rango de edad de 51 años en adelante, 27% se ubica en el grupo de 46 a 50 años, 20% en el rango de 41 a 45 años y 14% corresponde al rango de 36 a 40 años; es decir, el promedio poblacional de las edades se encuentra entre los 41 y 51 años.

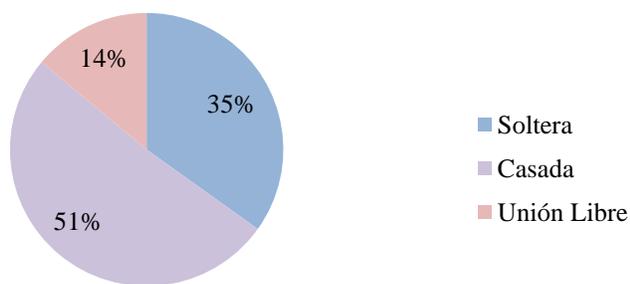


Figura 2. Estado civil

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 50% son casadas, 25% solteras (divorcio, viudez o decisión propia) y 14% vive en unión libre.

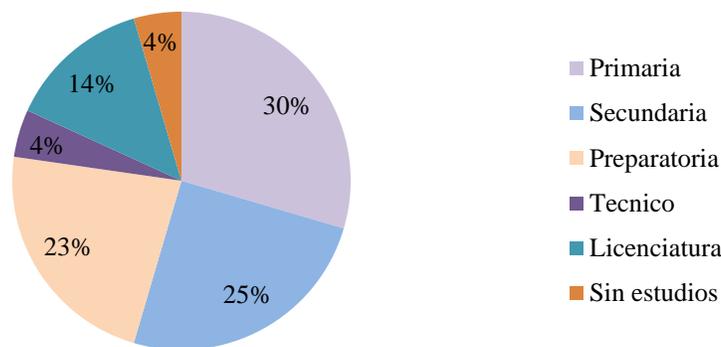


Figura 3. Escolaridad
Fuente: Elaboración propia, 2018

Con relación a la educación, 30% de las usuarias cuenta con nivel básico (primaria), 25% con secundaria, 23% con preparatoria, 14% con licenciatura y 4% tiene formación técnica o sin estudios.

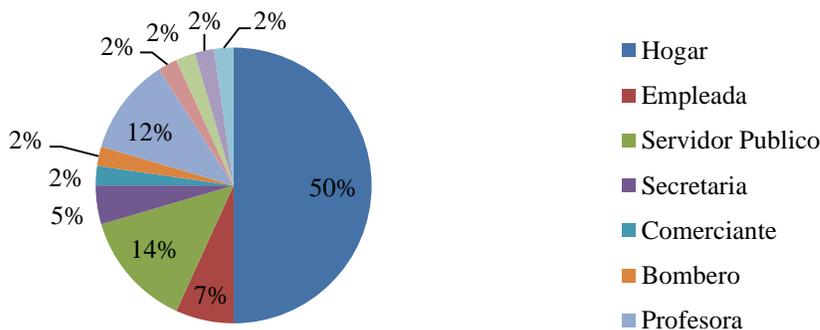


Figura 4. Ocupación
Fuente: Elaboración propia, 2018

El 50% de las usuarias se dedica a actividades del hogar, 14% son empleadas de alguna dependencia de gobierno, 12% realiza actividades secretarias (en instituciones públicas y privadas), 5% se dedica al comercio establecido o ambulante y 2% a otras actividades.

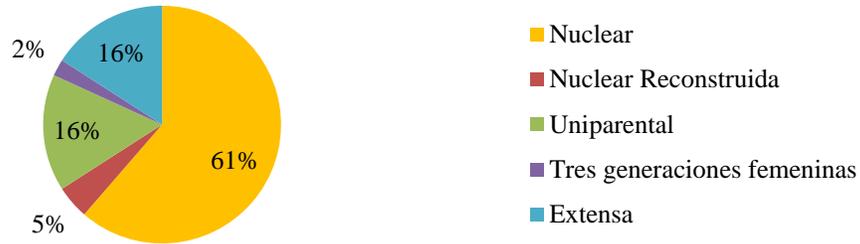


Figura 5. Tipología familiar
 Fuente: Elaboración propia, 2018

Con relación a la tipología familiar, 61% de las usuarias son integrantes de una familia nuclear, 16% pertenece a familias extensas, 16% a familias uniparentales, 5% corresponde a familias nucleares reconstruidas y 2% a familias tres generaciones femeninas.



Figura 6. Zona urbana de residencia
 Fuente: Elaboración propia, 2018

El 66% de las viviendas se ubican en zona urbana, 23% en zona suburbana y 11% en zona rural, por lo tanto, 44% debe cubrir gastos de desplazamiento y transporte por ser residentes de los municipios de Jilotepec, Metepec, San Mateo Atenco, Tenancingo, Naucalpan, Coatepec de Harinas, Jiquipilco, Santiago Tianguistenco para acudir al centro de tratamiento oncológico y solicitar citas de control.



Figura 7. Seguridad social vs. seguro popular

Fuente: Elaboración propia, 2018

Las usuarias que demandan mayor atención médica son las que cuentan con el seguro popular, 57% de la población; en ocasiones se limita dicho tratamiento debido a que hay servicios médicos y estudios de diagnóstico que no tienen cobertura, ocasionando así deserción médica.

2. Situación socioeconómica

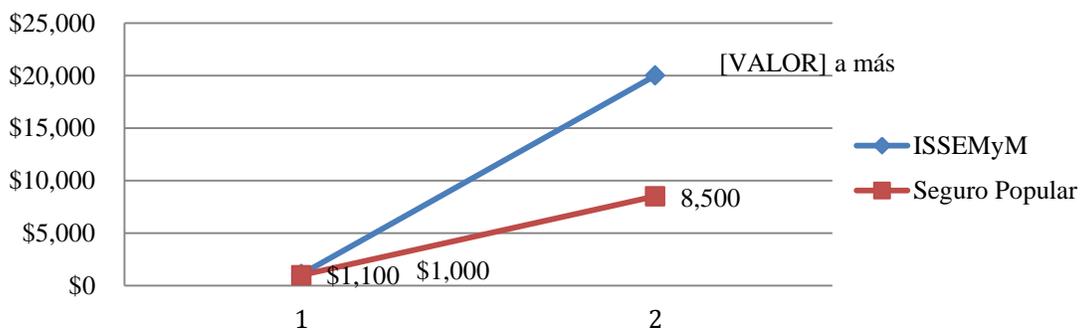


Figura 8. Ingresos

Fuente: Elaboración propia, 2018

Respecto al rango de ingresos, las usuarias derechohabientes del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) se ubica de \$1 000.00 a \$20 000.00

mensuales, debido a que desempeñan actividades profesionales por contar con una formación profesional en dependencias de gobierno del Estado de México, mientras que en las usuarias que cuentan con seguro popular sus ingresos oscilan en un rango de \$1,000.00 a \$8,500.00 mensuales, ya que son dependientes económicas de sus familiares, quienes realizan otras actividades (obreros de fábrica, empleados, taxista, albañilería, etcétera).

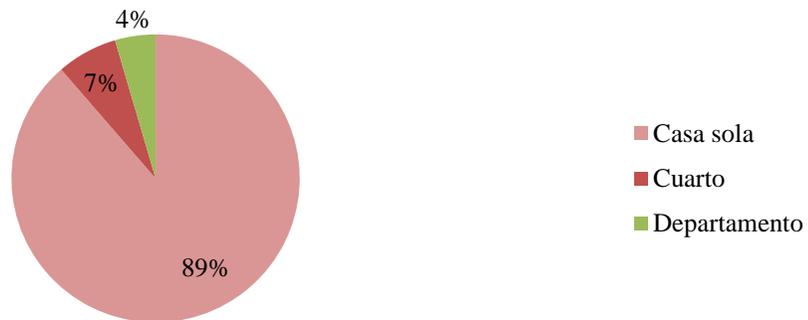


Figura 9. Tipo de vivienda
Fuente: Elaboración propia, 2018

El 89% de las usuarias habitan en casa sola, 40% en departamento y 7% en cuarto de vecindad.



Figura 10. Tenencia de la vivienda
Fuente: Elaboración propia, 2018

Con relación a la tenencia de la vivienda, se detectó que 93% de las usuarias cuenta con casa propia, 5% renta casa y 2% vive en casa prestada.

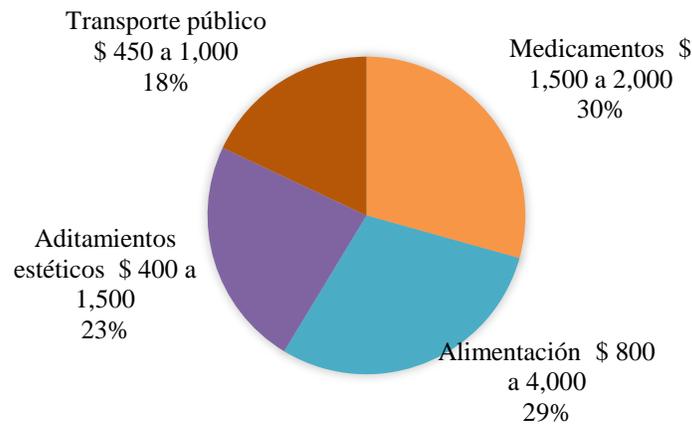


Figura 11. Necesidades y requerimientos
 Fuente: Elaboración propia, 2018

El 30% de las usuarias que cuenta con seguro popular gasta en promedio de \$1,500.00 a \$2,000.00 mensuales en medicamentos, los cuales no son cubiertos por la institución, y de \$450.00 a \$1,000.00 mensuales en transporte público (traslado del domicilio a la institución); 29% de las derechohabientes y usuarias siguen las indicaciones sobre su alimentación, costo que asciende entre \$800.00 a \$4,000.00; 23% utiliza aditamentos estéticos (turbantes y pelucas), cuyo valor aproximado es de \$400.00 a \$1,500.00 mensuales.

Información clínica

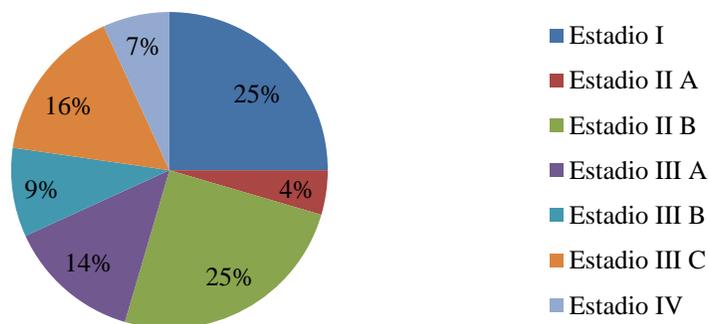


Figura 12. Frecuencia de la etapa clínica del cáncer de mama
 Fuente: Elaboración propia, 2018

Esta figura describen los cuatro estadios donde existe mayor porcentaje de derechohabientes y usuarias, 25% en el estadio I, el tumor no involucra ganglios linfáticos axilares; 25% en el estadio II B, es decir, que el tumor mide menos de 5 cm y los ganglios son negativos; 16% se ubica en el estadio III C, el tumor tiene menos de 10 ganglios axilares; 1 o más ganglios supraclaviculares o infra claviculares, o ganglios mamarios internos; 14% corresponde al estadio III A, el tumor mide de 2 a 5 cm con 4 o más ganglios axilares y finalmente, no menos relevante, 7% corresponde a la metástasis a distancia, estadio IV.

Conclusiones

Según los hallazgos encontrados durante el proceso de investigación relacionados con los factores de riesgo que dieron origen a la manifestación de cáncer de mama de las usuarias objeto de estudios, se coincide con el estudio realizado por Gómez, *et al.* (2008), “Cáncer de mama y las actuales alternativas de tratamiento”, donde concluye que: la edad y el sexo son dos de los principales factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama, también se asocian como factores de riesgo la genética y los factores endocrinos y ambientales. Este tipo de padecimientos crónico degenerativos se puede tratar desde diferentes perspectivas farmacoterapéuticas, dependiendo del estadio de la enfermedad.

Los tratamientos para el cáncer de mama son múltiples y difieren en seguridad, eficacia y costos. Actualmente en los países desarrollados, la mayor parte de las mujeres con cáncer de mama son detectadas en el estadio I o en el estadio II. Sin embargo, en México son generalmente detectadas en los estadios avanzados, o sea III o IV, como se muestra en la figura 12, frecuencia de la etapa clínica del cáncer de mama de usuarias del COEEM.

Otro factor de riesgo son las tipologías sociodemográficas asociado al estilo de vida. Las usuarias que cuentan con seguro popular no consideran la situación socioeconómica como factor que condicione su atención médica debido a que cuentan con el apoyo familiar para cubrir el costo de su tratamiento.

Las usuarias derechohabientes del COEEM tienen mayor facilidad y acceso a los servicios de salud por contar con seguridad social, lo cual les permite adquirir de forma gratuita atención médica y rehabilitatoria.

Con relación al apoyo familiar, ambos grupos manifiestan sentirse satisfechas con su vida, consigo mismas, con los servicios y apoyos que reciben; afirman que mantienen buena relación con sus compañeros y profesionales del servicio gracias a la información que les proporcionan sobre su padecimiento y tratamiento que reciben.

Dicen sentirse queridas por personas importantes para ellas. Pueden leer información básica para su vida cotidiana, no tienen dificultad para conversar y recordar información relevante, han elegido el lugar donde viven y toman decisiones sobre cuestiones cotidianas, participan en actividades de ocio que les interesan, defienden sus derechos cuando no son respetados, no se sienten excluidas de su comunidad, no presentan dificultades para relacionarse con otras personas y no muestran dificultad para manejar su dinero de forma autónoma.

Finalmente, es necesario mencionar que existen diferencias en relación con la situación socioeconómica entre ambos grupos, sobre todo en el aspecto de escolaridad, alimentación, vivienda, empleo, sueldo, necesidades y requerimientos para su tratamiento.

En los servicios de salud es importante que las autoridades estatales analicen el papel que juegan las políticas públicas con respeto a la estructura y cobertura del seguro popular para no condicionar el tratamiento médico especializado y rehabilitatorio de las usuarias que cuentan con esta prestación médica, es decir, reducir los costos, ya que actualmente cubren 100% su atención médica.

Por lo tanto, otro aspecto que debe abordar de manera prioritaria el COEEM es la estrategia de la prevención, pues modifican el perfil de morbi-mortalidad. Dependiendo también del estadio, la terapia adyuvante combinada con la cirugía conservadora o radical han contribuido en muchos casos a curar el cáncer de mama y a incrementar la calidad de vida de las mujeres afectadas por dicho padecimiento.

Referencias bibliográficas

- American Cancer Society (s.f.). Cáncer de seno. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf>
- Centro de Información de las Naciones Unidas (CINU) (s.f.). Día Mundial contra el Cáncer. Recuperado de: <http://www.cinu.mx/eventos/observancia/dia-mundial-contra-el-cancer-4/>
- De Tejada, M. (2012). Variables sociodemográficas según turno escolar, en un grupo de estudiantes de educación básica: un estudio comparativo. *Pedagogía*, 33(92), 235-269. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/659/65926546002.pdf
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2003). NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. México. Diario Oficial de la Federación. 17 de septiembre de 2003. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>
- Fernández, B. y Del Castillo, M. (2018). El impacto económico del cáncer en las familias españolas. Resumen ejecutivo. Observatorio del cáncer AECC. Enero 2018. Recuperado de: <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Estudio-Impacto-Economico-Pacientes-Cancer.pdf>
- Fundación Contra el Cáncer (2013). Cáncer de mama: una guía para pacientes-Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO. (s.l.), Fundación Contra el Cáncer. Recuperado de <https://www.esmo.org/content/download/6594/114963/file/ES-Cancer-de-Mama-Guia-para-Pacientes.pdf>
- García, K. E. y March, J. A. (2001). Concepción social del cáncer en el barrio Ciudad Fallera (Distrito de Benicalap). *Medicina y Ciencias Sociales*, (14) (diciembre). Recuperado de <http://www.uv.es/medciensoc/num3/CANCER.PDF>
- Gómez, R., Jacobo, A., Marina, A., Kravzov, J. J., Cárdenas, E. & Rubio, R. (2008). Cáncer de mama y las actuales alternativas de tratamiento. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 39(3), 58-70.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). "Estadísticas a propósito del Día Mundial de la lucha contra el Cáncer de Mama (19 de octubre)" Datos Nacionales. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>
- Secretaria de Salud (2015). Información Estadística. Estadísticas de Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino. Recuperado de <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2017). Cáncer de mama. Recuperado de <https://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=1>

Actitudes hacia la comida y activación: contraste por sexo de una muestra de jóvenes de Saltillo, Coahuila.

José González Tovar¹³⁶

Rosa Isabel Garza Sánchez¹³⁷

Alicia Hernández Montaña¹³⁸

María Isaura Sanabria Camacho¹³⁹

Resumen

El objetivo de este trabajo fue contrastar por sexo la actitud hacia la comida a partir de la actividad física que realiza una muestra jóvenes de la ciudad de Saltillo, Coahuila. Se utilizó una metodología cuantitativa de corte transversal y alcances exploratorios. La muestra estuvo conformada por 231 casos, de los cuales, el 55% reporta que realiza alguna actividad física, 91. % indica que padece alguna enfermedad y 52.4% reconoce que ha escuchado hablar de programas de prevención de la salud como Mídete, Nútrete y Actívate. Los datos se recolectaron con el Cuestionario de Actitudes hacia la Comida de Garner y Garfinkel en la versión de 40 ítems. La fiabilidad fue de .759 según el coeficiente alfa de Cronbach. El procedimiento de recolección de datos fue mediante auto reporte no remunerado. Los datos se analizaron con estadísticos descriptivos y pruebas de hipótesis para muestras independientes. Los resultados demuestran diferencias significativas en una variable de la dimensión de presión social por la alimentación y malestar por la comida, asimismo, hay diferencias por sexo en dos indicadores de trastorno psicobiológico asociado a la alimentación. Además, hay diferencias entre hombres y mujeres. Se concluye que aún persiste el efecto de los estereotipos asociado al género con respecto a la alimentación, ya que las mujeres jóvenes participantes del estudio presentaron en la prueba de hipótesis un puntaje mayor que los hombres.

Palabras clave: género, alimentación, jóvenes

¹³⁶ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. josegonzaleztovar@uadec.edu.mx

¹³⁷ Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Coahuila. isabelgarza@uadec.edu.mx

¹³⁸ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. Ahm123@hotmail.com

¹³⁹ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila. Isaura.sanabria3@gmail.com

Introducción

La alimentación es un factor importante en la vida de las personas, ya que nos aporta la energía que el cuerpo necesita para cumplir con las exigencias del día, previene enfermedades, evita la fatiga y el cansancio; por el contrario, si no hay una buena alimentación, podría desencadenar algunos problemas ocasionando un desbalance en nuestro organismo.

Existen algunos estudios realizados que sustentan que la mala alimentación y el sedentarismo, pueden ocasionar enfermedades crónicas, especialmente a población universitaria, ya que no tienen el hábito de un horario establecido para alimentarse y adicional a esto, lo que consumen muchas veces carecen de valor energético (Orellana, Sepúlveda & Denegri, 2013).

Una de las causas desarrolladas por el desorden alimenticio es el sobrepeso y se da en mayor medida en estudiantes, especialmente en adolescentes lo cual está asociado a la presencia de tiendas de comida rápida existentes en las universidades a la cual los alumnos tienen fácil y rápido acceso, sobre todo en el nivel socioeconómico bajo, aunque también se sigue presentado sobrepeso en poblaciones con mayor estrato social (Fernández, Ramírez & van der Werf, 2016).

De la misma manera se identificó que las cafeterías ubicadas en los centros escolares manejan productos de bajo nivel nutritivo como fritos, grasas, golosinas, refrescos, entre otros, los cuales están de frente al público llamando la atención para su consumo, fomentando la obesidad y el sobrepeso, debido a esta problemática se evidencia la necesidad de crear sitios con alimentación saludable como medidas de prevención y promoción para la salud (García & González, 2017).

Este punto de vista se puede destacar observando que los trastornos de conducta alimentaria son un problema de salud pública, y los estudiantes universitarios están en alto riesgo de padecerlo, especialmente las mujeres en edades comprendidas entre los 18 y 25; por otro lado, se evidencia que el vómito y uso de laxantes son los más usados por las mujeres para bajar de peso rápidamente, por lo que se identificó la necesidad de crear programas de

prevención como promover hábitos alimenticios saludables, para evitar el desarrollo de estos trastornos (Escolar et al., 2017).

Es importante resaltar que frente a la conducta alimentaria se ha identificado que, al momento de elegir un alimento, éste se asocia con la parte cognitiva, conductual y afectiva puesto que las emociones pueden influir en ésta y viceversa; asimismo se estableció que las personas pueden experimentar emociones agradables (disfrute, placer, amor, alegría y felicidad) y desagradables (asco, culpa y remordimiento) antes y después de comer. Existe una hipótesis planteada por Macht que dice que “la elección de los alimentos depende de las emociones inducidas por el propio alimento” (Peña & Reidl, 2015).

Cabe resaltar que la alimentación trae consigo tanto beneficios como dificultades en la vida de una persona, es decir, con una adecuada alimentación se pueden prevenir enfermedades, llevar una mejor calidad de vida, evitar el cansancio y la fatiga, mantener un peso adecuado, en conclusión, mejora la parte física, emocional y por ende conductual de la persona; en contraste a ello, cuando se tienen malos hábitos alimenticios uno de los mayores problemas que trae consigo son las múltiples enfermedades que puede desencadenar, una de ellas es la obesidad causada en gran medida por el sedentarismo, otro aspecto que influye directamente es la existencia de puestos de comida poco saludable a la cual, en la mayoría de los casos los estudiantes universitarios tiene acceso, la afectación más grande es el desencadenante de trastornos de la conducta alimentaria, en donde se ha evidenciado mediante estudios que las mujeres tienen más vulnerabilidad de padecer la misma frente a los hombres; finalmente, las emociones juegan un papel importante en la alimentación puesto que existen sentimientos de agrado o desagrado antes y después de comer influyendo a la hora de escoger los alimentos.

La actividad física es esencial para la salud, ya que prolonga y mejora la calidad de vida, permite mantener un equilibrio, reduce el riesgo de sufrir enfermedades, ayuda a controlar el peso, influye en el estado anímico de la persona y fomenta las relaciones interpersonales, entre otros beneficios.

La obesidad y sobrepeso es un tema que aqueja a la salud pública, ya que va en aumento cada día más, lo cual esta intrínsecamente relacionado con la mortalidad y riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer y trastornos musculoesqueléticos; asimismo

se considera que el origen está relacionado con la parte genética y el sedentarismo, este último a causa de pasar mayor tiempo en la televisión y dedicarle menor tiempo a la actividad física, la cual se ha convertido en un factor de riesgo de la obesidad, hipertensión y enfermedades crónicas de población universitaria, por ende se identificó la necesidad de crear espacios que fomenten la actividad física y eviten el sedentarismo en un contexto universitario (Martínez et al., 2014).

Por esta razón, se estudiaron los estilos de vida saludables de estudiantes, lo cual reveló que la actividad física está siendo reemplazada por la televisión, computador o videojuegos fomentando la inactividad física, la cual es un factor de riesgo para generar obesidad, por otro lado, los evaluados mostraron una autoimagen positiva favoreciendo de esta manera los estilos de vida saludable (Aguilar, 2014).

Del mismo modo los estilos de vida son comportamientos que están relacionados con la actividad física la cual tiene una directa incidencia en la adaptabilidad escolar disminuyendo la frecuencia de trastornos emocionales permitiendo una mejor adaptación, asimismo tiene otros beneficios como fortalecer la autoestima, mejorar las relaciones sociales, disminuir la ansiedad, el insomnio y el estrés, así como la puntualidad, el trabajo en equipo y el respeto (Ríos, Torres & de la Torre, 2017).

Se considera importante tener estilos de vida saludables como realizar actividad física, mantener una alimentación sana y evitar el consumo de tabaco para contrarrestar las enfermedades como el colesterol (Palmett, 2017).

De esta manera hacer ejercicio trae consigo múltiples beneficios como reducir la mortalidad por enfermedades como hipertensión, enfermedad coronaria, osteoporosis, algunos cánceres y enfermedades mentales; varios estudios demuestran que ciertos países mediterráneos tienen estilos de vida sedentarios donde presentan altos índices de obesidad, tabaquismo y bajo nivel educativo (Sobejano et al., 2009).

Es así como existen estudios que respaldan un bajo riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, cáncer, depresión, osteoporosis, diabetes, entre otras, si se realiza actividad física, asimismo se evidenció que los hombres realizan más actividad física que las mujeres, cabe resaltar que promover la actividad física en las personas es una estrategia para mejorar la salud de las personas (Casado et al., 2015).

Por consiguiente, en diversos estudios se pudo identificar que los hombres se interesan más por realizar actividad física que las mujeres, por otro lado, tanto los hombres como mujeres que realizan ejercicio tienen mejor rendimiento académico (Ruiz, A., Ruiz, de la Torre, Latorre & Martínez, 2016).

La actividad física está relacionada con el nivel socioeconómico de las personas; en un estudio realizado en España, cuanto más bajo es, menores hábitos de actividad física tienen, uno de los factores es la falta de recursos, estrés, desempleo, desajustes familiares, entre otros. En contraste a ello, se evidencia que las personas que se forman académicamente desarrollan mejor adaptabilidad ante los cambios ocasionados por la vida y la salud. Cabe resaltar que, a lo largo de la última década se evidencia una disminución en cuanto al desarrollo de la actividad física (Maestre et al., 2014).

Es por esto por lo que las personas que realizan algún tipo de actividad física en su tiempo libre son porque les agrada su entorno, es decir, el barrio o lugar de residencia donde realizan ejercicio, adicional a ello pueden desplazarse a pie a estos sitios (Rodríguez, Garrido, Lucía, Mayorga & Ruiz, 2013).

Actualmente existen múltiples distractores como la tecnología, los cuales alejan a las personas de realizar actividad física omitiendo y erradicando los múltiples beneficios que ésta trae consigo; en este momento, en la sociedad el sobrepeso es un tema que inquieta a la salud pública y un foco de atención es la población universitaria, en donde se ha detectado la inactividad física lo cual tiene efectos negativos como la dificultad para adaptarse al entorno especialmente al académico, la existencia de algunos trastornos mentales, respuestas fisiológicas negativas, baja relaciones interpersonales, incremento del índice de mortalidad, entre otras; de la misma manera se encontró que los hombres realizan mayor actividad física en comparación con las mujeres y a su vez que el hábitat y nivel socioeconómico de las personas está relacionado con la motivación para realizar ejercicio de forma continua; en los últimos años se ha presentado una notable disminución en cuanto al desarrollo de actividad física lo cual ha generado la necesidad de promover estrategias para incentivar a las personas a realizar actividad física lo que permitirá mejorar su salud y calidad de vida.

Por otro lado, es importante mencionar que la adolescencia es una etapa de gran trascendencia en la vida de una persona, puesto que es donde se van formando ciertos modelos de comportamientos como hábitos de salud, conductas de riesgo, valores, creencias, normas, costumbres, entre otras. Se realizó un estudio en España, México y Colombia en donde casi la mitad de la población tanto jóvenes como adultos presentan malos hábitos alimenticios e inactividad física, así como patrones de descanso inadecuados, lo cual plantea la necesidad de promover hábitos alimenticios adecuados, así como de actividad física en adolescentes acorde a las características de esta muestra o población (Roales et al., 2004).

Para modificar hábitos alimenticios se han utilizado técnicas de gran efectividad como las cognitivo conductuales, en donde se usan métodos de autocontrol, auto monitoreo, control de estímulos, reestructuración cognitiva, recompensa, solución de problemas, prevención de caídas y psicoeducación, con la finalidad de modificar y mejorar estilos de vida fomentando a su vez la actividad física; con este procedimiento se mejora la conducta frente a un mayor control ante la preparación e ingesta de alimentos y manejo de bajos estados emocionales en pro de disminuir los índices de obesidad existentes (Torres et al., 2011).

Por tales argumentos, es relevante seguir con el análisis de la problemática de la adherencia a estilos de vida más saludables desde edades más tempranas, tanto en aspectos de alimentación como de activación física, por esto, el objetivo de este trabajo fue contrastar a partir del sexo la actitud hacia la comida a partir de la actividad física que realiza una muestra jóvenes de la ciudad de Saltillo, Coahuila.

Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por 231 casos, de los cuales, el 55% reporta que realiza alguna actividad física, 91% indica que padece alguna enfermedad y 52.4% reconoce que ha escuchado hablar de programas de prevención de la salud como Mídete, Nútrete y Actívate.

Instrumento

Los datos se recolectaron con el Cuestionario de Actitudes hacia la Comida de (Garner & Garfinkel, 1979; Moraleda Barba et al., 2001; Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, & Carreño-García, 2004) en la versión de 40 ítems. Sirve para evaluar las conductas y actitudes respecto a comida, peso y ejercicio. También ha sido muy utilizado en estudios clínicos y epidemiológicos. Es un inventario autoadministrado compuesto por 40 ítems, que cuenta con seis posibilidades de respuesta, puntuables de 0 a La fiabilidad fue para esta investigación fue de .759 según el coeficiente alfa de Cronbach.

Procedimiento

El procedimiento de recolección de datos fue mediante auto reporte no remunerado. Los datos se analizaron con estadísticos descriptivos y pruebas de hipótesis para muestras independientes mediante la prueba t y la prueba Z y χ^2 para contraste de proporciones para las variables nominales y ordinales. Las pruebas se procesaron con un nivel de $p \leq .050$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.

Resultados

En el primer análisis, se encontraron diferencias significativas en la proporción de hombres y mujeres que reportaron la presencia de una enfermedad física. Del total de participantes que indicaron que padecen una enfermedad, el 85% corresponde a las mujeres. Sin embargo, hay que destacar que, la proporción de casos que no presentan enfermedad física es notoriamente mayor tanto en la muestra de hombres como en mujeres.

Tabla 1

Tabulación cruzada por sexo de la presencia de enfermedades

Variable	Sexo		Total	
	Mujer	Hombre		
Padece alguna enfermedad:	Si	17	3	20
		85.0%	15.0%	100.0%
	No	138	73	211
		65.4%	34.6%	100.0%

Fuente: Elaboración propia. Nota. $\chi^2=3.178$, $p=.075$.

Por otro lado, en cuanto a la práctica de alguna actividad física o deportiva, los estudiantes reportaron diferencias significativas. Del total de participantes que realiza actividades deportivas el 60% son mujeres, asimismo, la proporción de este grupo que no realiza actividad es significativamente mayor que la muestra de hombres ($\chi^2=5.130$, $P=.024$).

Tabla 2

Tabulación cruzada por sexo de la frecuencia de actividades deportivas

Variable	Sexo		Total	
	Mujer	Hombre		
¿Realizas alguna actividad física o deportiva?	Si	77	50*	127
		60.6%	39.4%	100.0%
	No	77	26*	103
		74.8%	25.2%	100.0%

Fuente: Elaboración propia. *Las proporciones de la columna difieren de forma significativa entre sí en el nivel .05. $\chi^2=5.130$, $P=.024$.

En cuanto a la percepción de la salud, del total de casos que indican que se encuentran sanos el 67% corresponde a las mujeres, 64% de las mismas indicador que se encuentran

bastante sanas y el 83% de este grupo indica que no se encuentra muy sana. Sin embargo, las diferencias con la proporción de hombres no difieren significativamente.

Tabla 3

Tabulación cruzada por sexo de autopercepción de la salud

Variable	Sexo		Total	
	Mujer	Hombre		
Que piensas respecto a tu salud	Me encuentro muy sano	77 67.0%	38 33.0%	115 100.0%
	Me encuentro bastante sano	63 64.3%	35 35.7%	98 100.0%
	No me encuentro muy sano	15 83.3%	3 16.7%	18 100.0%

Fuente: Elaboración propia. Nota. $\chi^2=2.501$, $p=.286$

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en la prueba t para muestras independientes por sexo. La muestra de mujeres tiene un puntaje promedio significativamente mayor en seis indicadores que miden conductas o hábitos alimenticios orientados hacia la dieta y preocupación por el consumo de comida, específicamente en la preocupación por el peso, la cantidad de comida, así como las porciones que se consumen en cada bocado, además en la variable preocupación por el aspecto de su cuerpo y sentimientos de culpa. Sin embargo, hay que destacar que, las medias en ambos grupos se encuentran en un bajo nivel de caracterización.

Tabla 4

Análisis comparativo por la prueba t para muestras independientes por sexo de la variable dieta y preocupación por la comida

	Sexo	M	DE	t	p
Me da mucho miedo pesar demasiado	Mujer	2.18	1.738	3.707	0.000
	Hombre	1.32	1.453		
Me preocupo mucho por la comida	Mujer	2.00	1.468	2.015	0.045
	Hombre	1.61	1.244		
Corto mis alimentos en trozos pequeños	Mujer	2.16	1.552	3.474	0.001
	Hombre	1.43	1.370		
Me siento muy culpable después de comer	Mujer	0.83	1.165	2.607	0.010
	Hombre	0.47	0.871		
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	Mujer	1.93	1.577	2.385	0.018
	Hombre	1.41	1.507		
Disfruto comiendo en restaurantes	Mujer	3.90	1.335	3.225	0.002
	Hombre	3.21	1.603		

Fuente: Elaboración propia.

Además, hay diferencias entre hombres y mujeres respecto a la prevalencia de algunos indicadores de riesgo de trastorno psicobiológico de la alimentación, específicamente, las mujeres presentaron puntajes más altos en el consumo de laxantes y síntomas de estreñimiento y vomito después de comer.

Tabla 5

Análisis comparativo por la prueba t para muestras independientes por sexo de la variable trastorno psicobiológico

	Sexo	M	DE	t	p
Tomo laxantes (purgantes)	Mujer	0.40	2.097	0.037	.000
	Hombre	0.20			
Tengo estreñimiento	Mujer	1.34	3.268	0.001	.000
	Hombre	0.75			
Tengo ganas de vomitar después de las comidas	Mujer	0.45	2.480	0.014	.000
	Hombre	0.17			

Fuente: Elaboración propia.

En el mismo sentido, la muestra de mujeres presentó diferencias significativas en dos indicadores de actitud hacia la actividad física. Las mujeres consideran que, de realizar alguna actividad deportiva, lo haría porque sus amigos lo hacen y porque su familia se los pide.

Tabla 6

Análisis comparativo por la prueba t para muestras independientes por sexo de la variable actitudes hacia la actividad deportiva

	Sexo	M	DE	t	p
Van mis amigos/as	Mujer	3.04	0.912	2.289	0.024
	Hombre	2.69			
Mi familia quiere que lo practique	Mujer	2.77	1.069	2.044	0.042
	Hombre	2.43			

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Se encontraron algunas diferencias significativas en las actitudes de las y los jóvenes estudiantes sobre la alimentación y la actividad física, ya que la alimentación es un factor importante en la vida de las personas, la presencia de actitudes de negativas o de riesgo, podrían desencadenar problemas ocasionando un desbalance en el organismo (Orellana et al., 2013).

Además de estas diferencias, hay que considerar que los estudiantes son un grupo altamente vulnerable a la consolidación de estilos de vida no saludables o de riesgo, toda vez que el contexto donde se desenvuelven académicamente tiene una alta presencia de alimentación fácil, de rápido acceso, pero de poco contenido nutritivo (Fernández et al., 2016).

Se ha considerado que los trastornos de conducta alimentaria son un problema de salud pública, y los estudiantes universitarios están en alto riesgo de padecerlo, especialmente las mujeres en edades comprendidas entre los 18 y 25, mismo rango comprendido en la muestra presente; por otro lado, se evidencia que el vómito y uso de laxantes son los más usados por las mujeres para bajar de peso rápidamente, indicadores de trastorno alimentario en donde las mujeres de la muestra de este estudio resultaron con mayor puntaje en contraste con la muestra de hombres (Escolar et al., 2017).

Además, frente a la conducta alimentaria se ha identificado que, al momento de elegir un alimento, éste se asocia con la parte cognitiva, conductual y afectiva puesto que las emociones pueden influir en ésta y viceversa; asimismo se estableció que las personas pueden experimentar emociones agradables y desagradables antes y después de comer (, en este estudio se identificaron diferencias entre mujeres y hombres en indicadores de angustia y desagrado antes y despues de la ingesta de alimentos (Peña & Reidl, 2015).

Por otro lado, la actividad física es esencial para la salud, ya que prolonga y mejora la calidad de vida, permite mantener un equilibrio, reduce el riesgo de sufrir enfermedades, ayuda a controlar el peso (Martínez-Moyá et al., 2014), las principales razones por las que los estudiantes se ejercitan estan relacionados con presiones sociales y familiares, además

las mujeres presentaron con mayor frecuencia esta motivación para realizar alguna actividad física.

La principal limitación del estudio radica en el efecto del tamaño de la muestra en la identificación de diferencias entre los grupos, ya que algunas pruebas pueden resultar sensibles a muestra de gran tamaño, sin embargo, los resultados brindan una línea de investigación para continuar explorando de manera longitudinal y observar los cambios en los estilos de vida de los estudiantes.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, P. (2014). Cultura y alimentación. aspectos fundamentales para una visión comprensiva de la alimentación humana. *Anales de Antropología*, 48(1), 11-31. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0185-1225\(14\)70487-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0185-1225(14)70487-4)
- Casado, C., Hernández, V., Jiménez, R., Fernández, C., Carrasco, P., & Palacios, D. (2015). Actividad física en población adulta trabajadora española: resultados de la Encuesta Europea de Salud en España (2009). *Atención Primaria*, 47(9), 563-572. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.005>
- Escolar, M. C., Martínez, M. Á., González, M. Y., Medina, M. B., Mercado, E., & Lara, F. (2017). Risk factors of eating disorders in university students: Estimation of vulnerability by sex and age. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 105-112. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.003>
- Fernández, A., Ramírez, C., & van der Werf, L. (2016). La valoración antropométrica en el contexto de la escuela como medida para detectar y prevenir efectos a largo plazo de la obesidad y del sobrepeso en niños en edad escolar. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(5), 435-442. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.06.007>
- García, F. M., & González, A. (2017). Los servicios de cafeterías y la promoción de la salud en el entorno escolar. *Atención Primaria*, 49(5), 271-277. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.005>
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. doi:10.1017/S0033291700030762
- Maestre, C., Martínez, D., Polonio, B., Astasio, P., Santos, J., & Regidor, E. (2014). Desigualdades en inactividad física según el nivel de estudios en España, en 1987 y 2007. *Atención Primaria*, 46(10), 565-572. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.02.010>
- Martínez, M., Navarrete, E. M., García, M., Giménez, D., González, S., Valera, D., Vioque, J. (2014). Asociación entre horas de televisión, actividad física, horas de sueño y exceso de peso en población adulta joven. *Gaceta Sanitaria*, 28(3), 203-208. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.003>

- Moraleda, S., González, N., Casado, J. M., Carmona, J., Gómez, R., Aguilera S, M., & Orueta, R. (2001). Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. *Atención Primaria*, 28(7), 463-467. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-trastornos-del-comportamiento-alimentario-una-13021822>
- Orellana, L. M., Sepúlveda, J. A., & Denegri, M. (2013). Psychological meaning of eating meat, vegetarianism and healthy diet in university students: a natural semantic network study. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 15-22. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S2007-1523\(13\)71988-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-1523(13)71988-8)
- Palmett, H. E. (2017). Estudio transversal sobre estilos de vida saludable y su relación con el colesterol HDL en la población adulta. *Revista Colombiana de Cardiología*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2017.05.013>
- Peña, E., & Reidl, L. M. (2015). Las Emociones y la Conducta Alimentaria. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2182-2193. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30008-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30008-4)
- Ríos, M. E., Torres, M., & de la Torre, C. (2017). Actividad física y adaptación escolar en estudiantes de medicina en un campus de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Investigación en Educación Médica*, 6(21), 16-24. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.04.003>
- Roales, J. G., Pedro, E. M. S., Vinaccia, S., Contreras, F., Fernández, H., Londoño, X., Moreno, J. M. (2004). Basic habits and beliefs about health and illness among adolescents from Spain, Colombia and México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(3), 483-504+i.
- Rodríguez, G., Garrido, M., Lucía, A., Mayorga, J. I., & Ruiz, J. R. (2013). Asociación entre las características del entorno de residencia y la actividad física. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 487-493. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.006>
- Ruiz, A., Ruiz, J. R., de la Torre, M., Latorre, P., & Martínez, E. J. (2016). Influencia del nivel de atracción hacia la actividad física en el rendimiento académico de los adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(1), 42-50. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.09.005>

- Sobejano, I., Moreno, C., Viñes, J. J., Grijalba, A. M., Amézqueta, C., & Serrano, M. (2009). Estudio poblacional de actividad física en tiempo libre. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 127-132. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.04.007>
- Torres, V., Castro, A. M., Matarán, G. A., Lara, I., Aguilar, M. E., & Moreno, C. (2011). Benefits of cognitive behavior therapy and acupressure therapy in obese patients: A randomized clinical trial. *Nutricion Hospitalaria*, 26(5), 1018-1024. doi:10.3305/nh.2011.26.5.4981
- Unikel, C., Bojórquez, I., & Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *2004*, 46(6), 7. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6572/8097>

Estudiantes de Secundaria: Caracterización del consumo de alcohol a partir de los contextos socio-familiares.

Laura Fabiola Núñez Udave¹⁴⁰

Cecilia Sarahí de la Rosa Vázquez¹⁴¹

Blanca Diamantina López Rangel¹⁴²

Francisco Alejandro Moyeda Martínez¹⁴³

Resumen

El **objetivo** de este trabajo es caracterizar el consumo de alcohol a partir de los contextos sociofamiliares de los adolescentes que cursan la secundaria y que consumen alcohol. La **muestra** fue de 127 estudiantes de 5 diferentes secundarias de la ciudad de Saltillo, Coahuila, con una edad de los 12 a los 15 años, de los cuales el 55.1% son mujeres y el 44.9% son hombres y cursan de primero a tercer grado.

El **método** de recolección fue a través de una encuesta guiada en grupos desde 6 a 12 jóvenes. El **instrumento** está integrado por 79 reactivos divididos en 4 apartados; 1) emociones, 2) convivencia social, 3) convivencia familiar, 4) percepción sobre el alcoholismo y un apartado de datos generales. El tipo de medición que se tomó fue de tipo nominal y una escala tipo Likert.

El **análisis de los datos** se realizó mediante frecuencias y porcentajes para datos sociodemográficos y se utilizó el análisis univariable de media de medias para los apartados de convivencia social y familiar.

Algunos de los **resultados** de la convivencia familiar fueron que los jóvenes: hablan con sus padres sobre el consumo de alcohol a su edad, el papá consume alcohol, la familia suele celebrar todo con alcohol. En lo social principalmente: llevan alcohol a fiestas que acuden con amigos, se aburren cuando no hay alcohol, se emborrachan por influencia de

¹⁴⁰ Universidad Autónoma de Coahuila. lauranunezudave@uadec.edu.mx

¹⁴¹ Universidad Autónoma de Coahuila. saracey@hotmail.com

¹⁴² Universidad Autónoma de Coahuila. blanca_diamantina@hotmail.com

¹⁴³ Universidad Autónoma de Coahuila. francisscomoyeda@hotmail.com

los amigos, entre otras. Conclusiones: los padres, los amigos y las parejas de los participantes establecen conductas que el adolescente observa y aprende.

Palabras clave: *Alcoholismo, adolescente, familia, y contexto social.*

Introducción

El consumo de alcohol en adolescentes es un tema que día a día involucra las miradas de distintos profesionistas, ya que esta situación es atribuida a múltiples causas que van desde aspectos personales, familiares, laborales, sociales, entre otras, que son estudiadas desde distintas ópticas profesionales. A su vez se ha definido que las consecuencias que trae consigo el consumo del alcohol indiscutiblemente afectan a la salud física y emocional del sujeto consumidor, sin embargo, las consecuencias no solo se presentan de manera individual, sino que involucra situaciones en los contextos en los que se desenvuelve el consumidor.

Sobre el tema se cita a Álvarez, Alonso y Guidorizzi (2010), quienes mencionan que los jóvenes son particularmente vulnerables a sufrir daños en su desarrollo e integridad cuando consumen drogas y alcohol. Ya que justo, en esta etapa las personas comienzan a experimentar acciones que para ellos pueden ser divertidas o de convivencia sociales, sin medir consecuencias.

Por su parte Díaz y Muñoz (2016) explican que la adultez emergente es una etapa del desarrollo que incluye el periodo de los 18 a 25 años y está caracterizada por la exploración de su identidad, la inestabilidad respecto a la posición en la vida, el centrarse en sí mismos y tener una gran cantidad de posibilidades y proyectos en la vida. Lo que vuelve a este gremio poblacional como actores susceptibles de consumir alcohol en el proceso de exploración de su persona.

De igual forma autores como Borrás (2016), menciona que se considera que la adolescencia temprana, es la etapa en la que se presentan repercusiones sobre la capacidad emocional, física y mental y que el alcohol es la droga psicoactiva de uso más común entre los sujetos

de esta etapa, el consumo del alcohol se asocia con múltiples problemas sociales, de comportamiento y del desarrollo en todos los contextos.

En tal sentido se puede observar que el consumo de alcohol en adolescentes representa un problema complejo en la actualidad, que está presente en distintos contextos y que involucra a factores relacionados a: la salud, a la etapa del desarrollo biológico, a cuestiones sociales, de personalidad, entre otras situaciones que complejizan esta situación en los adolescentes.

Con respecto a lo anterior Molano N y Molano D, (2016) opinan que es por ello que a los adolescentes se les considera como influenciables y maleables, ya que no tienen la experiencia necesaria, para asumir con responsabilidad algunas situaciones de la vida, caso que se presenta con el consumo de alcohol, que es caracterizado como una de las conductas problemáticas, que conlleva a que el joven actúe de forma inapropiada en las diferentes esferas de su vida y en casos determinados, ocasione accidentes específicamente de tránsito u otros a causa del mismo consumo.

Por lo tanto, merece la pena resaltar que el consumo de alcohol en adolescentes, representa una de las principales problemáticas que los jóvenes viven, y sobre ello la Organización Mundial de la Salud (OMS), como se citó en (Tegoma y Cortaza, 2016) menciona que el consumo de alcohol es uno de los principales problemas de salud pública que se presentan en todo el mundo, se estima que 3.3 millones de personas mueren cada año a causa de su uso, representados en el 5.9% de las defunciones de forma global, a lo cual se le añade que es causante de múltiples enfermedades y trastornos mentales, además de originar discapacidad, pérdidas sociales y económicas, que se presentan cada vez a edades más tempranas.

En América Latina se alcanzan consumos de alcohol en esta etapa bastante elevados, por mencionar algunos casos de acuerdo con Betancourth, Tacán y Cordoba (2017), se encontró que en Colombia jóvenes estudiantes de universidades registran la cifra más alta con respecto a haber consumido alcohol al menos una vez en su vida 95,8%, al compararse con otros países latinoamericanos con menores cifras para 2012 como Ecuador 88,7%, Perú

87,5% y Bolivia 77,1%, estos países están en una condición de consumo riesgoso o perjudicial.

En contextos europeos de igual forma se puede observar la presencia del consumo de alcohol en adolescentes, de acuerdo con información de Martínez, et al., (2012) en Holanda se calcula que un 75% de los adolescentes de 17 años lo practica al menos una vez al mes, este porcentaje se reduce aproximadamente al 50% en otros países europeos. Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España de 2009, la prevalencia de consumo episódico excesivo de alcohol mensual es de 28,4% para los varones de 15 a 24 años y de 17,9% para las mujeres.

En México al igual que en el resto del mundo se reporta que el alcohol representa la droga de mayor consumo, sobre ello los resultados de “la Encuesta Nacional de Adicciones (2011) revelan que el 71% de la población mexicana utiliza el alcohol a través del consumo de diversas bebidas, situándolo como la droga de mayor preferencia en el mercado, así como con más prevalencia en el consumo por hombres 80.6% que en el de las mujeres 62.6%” (Tegoma y Cortaza, 2016).

El problema del consumo de alcohol está presente en distintos contextos del mundo y se ha estudiado desde diversos enfoques, lo que ha dado como resultado que algunos estudiosos coinciden en que los factores familiares y sociales están presentes en esta problemática tanto en los inicios del consumo como en las afectaciones que este problema tiene.

Un aspecto importante a considerar al estudiar este tema es que la primera ocasión que los adolescentes beben alcohol casi nunca es el resultado de una decisión personal, sino que suele ser la respuesta a una invitación o presión de algunos miembros de la sociedad, los cuales pueden ser familiares. (Armendáriz, et al., 2014)

Se considera que la familia es el primer núcleo en el que interactúa el sujeto, se dice que es en dónde se aprenden hábitos, conductas y actitudes que pueden ser negativas o positivas y que serán aplicadas durante la vida. En este escenario se cita a Armendáriz, et al., (2015) quienes mencionan que la influencia y los hábitos de los padres se reproducen en los hijos

por socialización y ejemplo, es por ello que en la familia es donde se inician y se aprenden hábitos y conductas que pueden influir en el estado de salud de sus integrantes.

Cabe señalar que los individuos por su naturaleza buscan ser parte de un grupo y la afiliación a éstos en ocasiones es realizada a través de la imitación de prácticas de los grupos por parte de los adolescentes, en tal sentido es cuando al adolescente se le presentan invitaciones para consumir alcohol, por parte de grupos allegados a éste para tratar de afiliarlo, en estos casos...

(...) la experiencia por parte del joven suele ser positiva porque le habrá servido para identificarse y ser uno más del grupo, o bien liberarse de la presión social. Este resultado positivo favorece el tránsito de un consumo experimental, a la ingesta frecuente de esta sustancia, especialmente si esta práctica es habitual en el grupo, para posteriormente consolidarse como un hábito o estilo de vida. Como se puede observar, la ingesta de alcohol es parte de la vida social, dado que está presente como vehículo de socialización, en festividades con arraigo cultural, como parte de los acuerdos laborales, sin embargo la forma en que los jóvenes inician y mantienen esta conducta es una preocupación en salud que forma parte de las agendas del sector salud en México. (Armendáriz, et al., 2014)

Por su parte Ramírez y Andrade, (2005) mencionan que los factores familiares pueden ser una de las variables para el primer contacto con las drogas y que los hábitos y los conflictos que el joven percibe pueden contribuir para una introducción a las costumbres y prácticas sociales.

El contexto familiar en otras ocasiones puede ser el detonante que orilla a los adolescentes a consumir alcohol, no por nada hoy en día “se sabe que el consumo de alcohol es una práctica común entre los adolescentes, se trata de una droga legal en la que muchos de ellos buscan respuestas ante sentimientos de incompreensión por parte de sus familias” (Trujillo, Vázquez y Córdova, 2016, p. 101).

Los padres que son inductivos y acostumbran a platicar con sus hijos sobre los efectos del consumo de alcohol, reducen la probabilidad de que consuman bebidas alcohólicas, al hacerlos sentirse apoyados, escuchados y queridos, juegan un rol de cuidado y atención a sus hijos adolescentes. Sin embargo si la percepción del adolescentes sobre la funcionalidad familiar, no percibe comprensión, apoyo, ni cariño por parte de sus padres, será más vulnerable a experimentar malos hábitos para la salud, como es el consumo de alcohol (Trujillo, Vázquez y Córdova, 2016).

De acuerdo con los planteamientos relacionados con la familia como factor inicial para el consumo de alcohol en adolescentes, se analizan los bosquejos teóricos de Alberto Bandura con respecto a su teoría del Aprendizaje Social como se citó en (Villarreal, Sánchez y Musitu, 2013) quienes mencionan que el consumo abusivo de alcohol de los padres influye tanto en hijos como en las hijas, pero mayor en los primeros que en las segundas. En general, el consumo de los padres predispone en los hijos a una actitud favorable hacia esta conducta, incluso cuando los padres emiten mensajes verbales explícitos en contra de su uso. El modelado de los padres es, por consiguiente, trascendental: un factor importantísimo para entender el comportamiento de consumo de alcohol de hijos e hijas adolescentes.

De acuerdo con Windle et al., (como se citó en Pilatti, Brussino y Godoy 2013), el apoyo social parental, los estilos de crianza, el monitoreo, la comunicación con los hijos y el tiempo que los padres pasan con sus hijos, parecen tener un efecto protector, disminuyendo el riesgo del consumo de alcohol. Al respecto, Kuntsche y Kuending, (como se citaron en Pilatti, Brussino y Godoy 2013) argumentan que los adolescentes que mantienen menos relaciones positivas con sus padres; como apoyo parental, y especialmente, emocional, son más vulnerables a realizar conductas riesgosas como el consumo de alcohol o a elegir amigos con comportamientos riesgosos, y ser influidos por ellos.

De igual forma Espada, Pereira y García (2008), mencionan que los hábitos de los familiares y personas cercanas al adolescente influyen a la hora de fijar, mantener o eliminar sus propias pautas comportamentales. Diversos autores incluyen los procesos de modelado como factores condicionantes del proceso de consumo. El papel que juegan los

modelos en la adquisición y mantenimiento de determinados comportamientos como el consumo de tóxicos o las conductas violentas ha sido ampliamente estudiados por Bandura, 1977; 1986; Bandura y Walters, (como se citaron en Espada, Pereira y García, 2008).

Sobre el alcoholismo en adolescentes Castaño, García, y Marzo (2014) comentan que es necesario recuperar la orientación sociocultural como fundante en los estudios de los hechos sociales en donde el alcohol tiene un papel institucionalizado, y para ello argumenta que los factores socioculturales afectan no solo la decisión de si un individuo beberá o no a partir de sus ritos, tradiciones familiares y sociales, creencias y expectativas aprendidas, sino también, qué clase de alcohol beberá, dónde, cuándo, cómo, en compañía de quién, con qué utensilios, y en asociación con cuáles palabras, gestos, actitudes y otros, e incluso cómo será afectado por el alcohol.

Como se ha mencionado antes el adolescente tiene un apoyo en la familia el cual generalmente es favorable o por lo menos con buenas intenciones para su desarrollo como persona, sin embargo los resultados de las prácticas familiares no siempre son los deseados, y es que se ha constatado en diversos estudios que el sistema familiar juega un papel fundamental en el consumo de alcohol en los hijos, las pautas de interacción familiar, la cohesión y adaptabilidad de los miembros y el consumo de los propios padres, generan condiciones para que el adolescente se inserte en los hábitos del consumo del alcohol (Villarreal, Sánchez, Musitu y Varela 2010).

Por otra parte es importante mencionar que no sólo los modelamientos familiares pueden ser el canal para que los adolescentes lleguen a consumir alcohol, las estructuras emocionales que éstos atraviesan a raíz de conflictos que experimentan en el contexto social; con amigos o con sus parejas y la interacción que tienen en estos espacios, son escenarios para que el adolescente se acerque al consumo del alcohol, en este sentido la autoestima también representan un foco de atención para que se presente el consumo de alcohol. Sobre esto Musitu, y Murgui, (2006) señalan que la autoestima es un importante recurso de protección frente a problemas de carácter interno como externos.

Al respecto Álvarez, Alonso y Guidorizzi (2010) señalan que uno de los factores de protección estudiado es la autoestima que contribuye a preservar el propio bienestar biológico, psicológico y social. El tener una autoestima saludable es considerado como un factor protector en la vida y es indispensable en la adolescencia, ya que el tener una autoestima baja, puede convertirse en factor de riesgo para iniciar el abuso de bebidas alcohólicas.

Con respecto a la relación que existe entre las amistades de los adolescentes y el consumo de alcohol de éstos, se encontró de acuerdo con datos de una investigación realizada por Gallego e Ibañez (2016) que existe un efecto directo y muy importante del grupo de amigos del adolescente en el consumo temprano de alcohol. Además, los estilos educativos de carácter más permisivo mediarían en la relación entre el consumo de alcohol de los padres y la facilitación de la afiliación con otros jóvenes también consumidores de alcohol.

Con todo lo anterior se puede analizar que el consumo de alcohol es originado por factores internos y externos al adolescente, en los que sobresalen, sus propias emociones, la familia y los amigos, estos últimos a través de la presión social, la familia por su parte a través de la inducción del medio familiar, principalmente por parte del padre, cuando le ofrece un trago como un intento de inducirlo a los hábitos masculinos. Los estudios epidemiológicos sobre el estudio de alcohol y tabaco entre los jóvenes del mundo muestran que al pasar de la infancia a la adolescencia se inician en su uso (Ramírez y Andrade, 2005).

Método

Para la muestra se seleccionaron a 127 adolescentes de cinco escuelas secundarias públicas de primero a tercer año, dichas secundarias caracterizadas por problemáticas de alcohol de acuerdo a la información obtenida del Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) de Coahuila (2017) y con la idea de abarcar muestras de los distintos puntos cardinales de la ciudad de Saltillo, Coahuila, la muestra fue no probabilística, de tipo intencional con el criterio de inclusión que todos consumieran alcohol, de lo que resultaron los siguientes grupos de muestras en cada escuela secundaria: a) 33 de la secundaria técnica No. 80

“Humberto Moreira Flores”. Zona Oriente, b) 21 de la Secundaria Gral. No. 16 “Ejercito mexicano”. Zona: Norte, c) 23 de la Secundaria No. 5 Otilio González. Zona Sur, d) 23 de la Secundaria No. 4 “Apolonio M. Avilés”. Zona Poniente, y e) 26 de la Secundaria No. 28 “Salvador González Lobo”. Zona Centro.

La recolección de los datos fue a través de una encuesta guiada en grupos desde 6 a 12 jóvenes. El instrumento estuvo integrado por 79 reactivos divididos en 4 apartados; 1) emociones, 2) convivencia social, 3) convivencia familiar, 4) percepción sobre el alcoholismo y un apartado de datos generales. El tipo de medición que se tomó fue de tipo nominal, una escala tipo Likert con cinco opciones de respuestas y una escala de tipo decimal que va de 0 a 10 en la que 0 corresponde a la ausencia de valor y 10 al valor máximo del atributo. El procedimiento para la aplicación del instrumento fue mediante una prueba piloto a 20 estudiantes con las características ya mencionadas de la muestra, los índices de consistencia interna a través del método alpha de Cronbach de donde se obtuvo un coeficiente total del instrumento de .891. El procesamiento estadístico se ejecutó en el Statisticcal Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.

Resultados

Con respecto a la caracterización sociodemográfica de la población se encontró que el 10.2% trabaja para recibir una remuneración económica, mientras que el 89.8%. Con respecto las conductas saludables que éstos chicos tienen se encontró que el 15% consume drogas ilegales como: Marihuana, Resisto y el Crack mientras que el 85% no lo hace. Se les preguntó si fumaban tabaco y se encontró que el 27.6% si lo hace, mientras que el 72.4% no lo hace.

Sobre el uso de la red social para organizar convivencias con alcohol, se encontró que las más utilizadas fueron: Facebook con el 84.3%, Whatsapp con el 8.7%, Instagram lo utiliza el 3.1% y el 3.9% mencionó no utilizar ninguna red social. Los principales géneros musicales escuchados por los adolescentes cuando están bebiendo alcohol son el norteño-banda con el 20%, el rap lo escucha el 15.1% y el reegaton es escuchado por el 11%.

Para el análisis univariable de medias se tomó como base los límites superiores e inferiores de las variables con escala de tipo decimal, a fin de encontrar las características que los participantes atribuyen en cuanto a los contextos familiar y social, en el primero se resaltan características en cuanto a los antecedentes y actividades de convivencia que tiene el adolescente con respecto al consumo de alcohol y en el contexto sociales se incluyen las actividades que realizan cuando están con amistades y su pareja.

En la tabla 1 se puede observar que, con base en el análisis de media de medias, los participantes indican que las principales actividades de convivencia con el alcohol en el contexto social son que; normalmente mis amigos y yo llevamos alcohol a las fiestas, se aburren cuando no hay alcohol en las fiestas, consumen alcohol cuando asistió a eventos sociales, se involucran en peleas estando bajo los efectos del alcohol y se emborrachan para ser como mis amigos

Con regularidad los jóvenes comentaron que cuando salgen con amigos asisten a lugares donde se consume alcohol, las actividades son divertidas en cuando están acompañados de sus amigos y que han llegado a consumir mayores cantidades de alcohol para sentirme bien.

Y en menor proporción los estudiantes de secundaria mencionaron que; dicen no a sus amigos cuando los presionan para hacer algo que no quieren, tienen amigos que han causado daños estando bajo los efectos del alcohol, sus amigos le han dicho que debe dejar de consumir bebidas alcohólicas, se involucra en actividades ilegales con tal de obtener alcohol, su pareja también consume bebidas alcohólicas y mencionaron que cuando sus amigos platican lo que se siente estar borracho, aumentan sus ganas de consumir alcohol.

En los resultados derivados del análisis Univariable y de Medidas de Tendencia Central y Variabilidad se muestran los estadígrafos de univariabilidad cuyas representaciones son las siguientes: muestra (n), Media (X), Desviación Estándar (S), Sesgo (Sk), Curtosis (K), Coeficiente de Variación (CV), Puntaje Z (Z). Media de medias (X_x), Límite Superior (LS), Límite Inferior (LI) y Desviación estándar de la desviación estándar (S_s).

Con respecto al Sk la mayoría de las variables están negativos a excepción de que dicen que no a sus amigos cuando los presionan hacer algo que no quieren, se involucran en

actividades ilegales con tal de obtener alcohol, la pareja consume alcohol y en la variable cuando los amigos platican lo que se siente estar borracho, aumentan mis ganas de tomar alcohol, lo que indica que en la distribución de los datos el conglomerado de respuestas está cargado hacia los valores bajos de la escala. En cuanto a la distribución de frecuencias los datos indica que su representación es platicúrtica ($K < 3$). De acuerdo al puntaje Z, se lee que en todas las variables el puntaje es mayor a 1.96, lo que quiere decir que los datos se pueden extrapolar a poblaciones con características análogas. Con respecto CV se puede observar que existen grupos de opinión con características muy similares.

De lo anterior se infiere que el contexto social tiene mucha incidencia en la promoción del consumo de alcohol en los adolescentes de secundaria, lo anterior en el entendido de que las amistades juegan un papel preponderante para las personas en esta edad, pues después de la familia, los amigos representan al segundo grupo, ya que con él los sujetos encuentran su espacio de complicidad y diversión, por lo que les gusta pasar tiempo con ellos además de adquirir prácticas en común, en este caso las relacionadas al consumo de alcohol.

Tabla 1
Análisis Univariable de Convivencia Social

	n	\bar{X}	S	Sk	K	CV	Z
Normalmente mis amigos y yo llevamos alcohol a las fiestas	127	3.51	1.30	-0.63	-0.64	36.91	2.71
Me aburro cuando no hay alcohol en las fiestas	127	3.35	1.21	-0.33	-0.83	35.93	2.78
Consumo alcohol cuando asisto a eventos sociales	127	3.32	1.26	-0.34	-0.75	37.89	2.64
Me involucro en peleas estando bajo los efectos del alcohol	127	3.28	1.21	-0.37	-0.70	36.98	2.70
Me emborracho para ser como mis amigos	127	3.21	1.34	-0.32	-0.92	41.62	2.40
Cuando salgo con amigos asisto a lugares donde se consume alcohol	127	3.12	1.19	-0.26	-0.75	38.25	2.61
Me divierten las actividades acompañado de mis amigos amigos	127	3.12	1.28	-0.02	-0.96	41.13	2.43
Ha llegado a consumir mayores cantidades de alcohol para sentirme bien	127	3.06	1.34	-0.12	-1.10	43.68	2.29
Digo "No" a mis amigos cuando me presionan para hacer algo que el no quiere	127	2.92	1.34	0.11	-1.13	45.97	2.18
Tengo amigos que han causado daño estando bajo los efectos del alcohol	127	2.88	1.34	-0.02	-1.16	46.39	2.16
Mis amigos me han dicho que debo dejar de consumir bebidas alcoholicas	127	2.86	1.21	-0.02	-0.83	42.44	2.36
Me involucro en actividades ilegales con tal de obtener alcohol	126	2.83	1.30	0.05	-1.11	45.91	2.18
Mi pareja tambien consume bebidas alcohólicas	127	2.69	1.22	0.31	-0.79	45.42	2.20
Cuando mis amigos platican lo que se siente estar borracho, aumentan mis ganas de consumir alcohol	127	2.66	1.25	0.30	-0.88	46.92	2.13
		$\bar{X}\bar{X}=3.06$	Ss=0.1	LS=3.16	LI=2.96		

Elaboración propia

En la tabla 2 se puede observar que, con base en el análisis de media de medias, los participantes indican que las principales actividades de convivencia con el alcohol en el contexto familiar son atribuidas a que; sus padres les han hablado sobre los riesgos de

consumir alcohol a temprana edad, creen que debería prohibirse la venta de alcohol a todo público, cuando toman alcohol lo hacen hasta emborracharse, los papás barones consumen alcohol, han tenido problemas de salud debido al alcohol que consumen, asisten a eventos y fiestas familiares, se pierden de actividades familiares por preferir salir con amigos, sus familias suelen celebrar los grandes y pequeños acontecimientos con alcohol, se identifican con su papá y consideran necesaria la presencia del alcohol en fiestas familiares.

Con regularidad los jóvenes comentaron que su tiempo libre lo pasan con sus amigos en lugar de con sus familiares, sus papás discuten más cuando están bajo los efectos del alcohol, su mamá les ayuda a realizar actividades escolares, consideran que las personas consumen alcohol para sentirse alegres, en su entorno el papá es el que más alcohol consume, han llegado a pensar que sus papás tienen problemas con el consumo de alcohol y han presenciado violencia por parte de algún familiar borracho.

Y en menor proporción los estudiantes de secundaria comentaron que; participan en actividades recreativas en compañía de sus padres, sus mamás establecen las reglas en sus casas, sus mamás consumen alcohol, están de acuerdo en que los adultos den probaditas de alcohol a los niños, cuando tienen problemas acuden con sus madres, cuentan con la autorización de sus padres para consumir alcohol, se emborrachan en compañía de sus papás y consideran que la relación que tienen con sus padres es favorable.

Con respecto al sesgo (S_k) siete de 25 variables están negativas y 18 variables presentan valores positivos, lo que indica que en la distribución de los datos el conglomerado de respuestas está cargado hacia los valores altos de la escala. En cuanto a la distribución de frecuencias los datos indican que su representación es platicúrtica ($K < 3$). De acuerdo con el puntaje Z , se lee que en todas las variables el puntaje es mayor a 1.96, lo que quiere decir solo en siete variables el puntaje fue menor de 1.96, por lo que en el resto de las variables los datos se pueden extrapolar a poblaciones con características análogas. Con respecto al CV se puede observar que existen grupos de opinión con características muy similares.

De lo anterior se infiere que el contexto familiar es el espacio principal que acerca a los adolescentes a las prácticas del consumo de alcohol, ya que son los padres los que tienen las

prácticas del consumo de alcohol arraigadas, tanto que en los convivios familiares el consumo de alcohol juega un papel central en las reuniones familiares. De igual forma se infiere que aunque los jóvenes están conscientes en que el consumo de alcohol es malo tanto como para prohibir su venta a chicos y grandes, sus prácticas relacionadas al consumo siguen presentes. Dentro de las prácticas culturales mexicanas se puede observar de manera empírica que las “probaditas” de alcohol a los niños es algo que para muchos contextos es un ejercicio normal, y se puede observar que en esta muestra participante, esto es bien visto.

Tabla 2
Análisis Univariable de Convivencia Familiar

	n	\bar{X}	S	Sk	K	CV	Z
Mis padres me han hablado sobre los riesgos de consumir alcohol a temprana edad	127	3.49	1.35	-0.46	-0.99	38.71	2.58
Creo que debería prohibirse la venta de alcohol incluso a personas adultas	126	3.42	1.43	-0.42	-1.12	41.73	2.40
Cuando consumo alcohol, tomo hasta emborracharme	127	3.33	1.33	-0.46	-0.88	39.86	2.51
Mi papá consume alcohol	127	3.21	1.28	-0.25	-0.98	39.92	2.50
He tenido problemas de salud debido al alcohol que consumo	127	3.14	1.27	-0.25	-0.89	40.45	2.47
Asisto a eventos y fiestas familiares	127	3.12	1.23	0.03	-1.02	39.30	2.54
Me pierdo de actividades familiares por preferir salir con amigos	126	3.05	1.37	-0.09	-1.21	45.06	2.22
Mi familia suele celebrar los grandes y pequeños acontecimientos con alcohol	127	3.05	1.23	-0.04	-0.92	40.48	2.47
Me identifico con mi papá	127	3.02	1.48	0.27	-1.19	49.03	2.04
Considero necesaria la presencia del alcohol en fiestas familiares	127	2.98	1.25	-0.19	-0.96	41.79	2.39
Mi tiempo libre lo paso con amigos	126	2.94	1.03	0.22	0.14	34.93	2.86
Mis papás discuten más estando bajo los efectos del alcohol	127	2.86	1.37	0.00	-1.28	48.03	2.08
Mi mamá me ayuda a realizar mis actividades escolares	126	2.83	1.44	0.54	-1.22	51.06	1.96
Considero que las personas consumen alcohol para sentirse alegres	127	2.81	1.65	0.41	-1.03	58.56	1.71
En mi entorno mi papá es el que más alcohol consume	127	2.78	1.75	0.26	-1.62	62.79	1.59
He llegado a pensar que mis papás tienen problemas con el consumo de alcohol	127	2.72	1.28	0.32	-0.85	47.05	2.13
He presenciado violencia por parte de algún familiar borracho	127	2.62	1.36	0.33	-1.07	51.96	1.92
Participa en actividades recreativas en compañía de sus padres	126	2.53	1.18	0.33	-0.73	46.78	2.14
Mi mamá establece las reglas en casa	127	2.46	1.10	0.85	1.59	44.64	2.24
La mamá consume alcohol	127	2.42	1.35	0.56	-0.90	55.76	1.79
Estoy de acuerdo en que los adultos den probaditas de alcohol a los niños	127	2.22	1.18	0.59	-0.66	53.20	1.88
Cuando tengo problemas acudo con mi mamá	127	2.22	0.85	1.19	2.22	38.45	2.60
Cuento con la autorización de mis padres para consumir alcohol	127	2.06	1.18	0.94	0.03	57.21	1.75
Me emborracho con mis papás	127	1.94	1.15	1.15	0.52	59.17	1.69
Considero que la relación que tengo con mis padres es favorable	127	1.86	0.86	0.58	-0.67	46.34	2.16
		$\bar{X}\bar{X}=2.76$	$Ss=0.2$	$LS=2.96$	$LI=2.56$		

Elaboración propia

Conclusión

De lo anterior se concluye en que el consumo de alcohol en adolescentes es una práctica que se presenta en varios sitios del mundo, que tiene consecuencias relacionadas directamente con la salud del adolescente y repercute en los contextos familiares y sociales. Es asociada con las prácticas que se realizan en el interior de las familias y en las actividades con las amistades.

Como señala Alberto Bandura, los sujetos aprenden hábitos de los padres, los amigos, las parejas y de todos los escenarios en los que interactúa, estas conductas son aprendidas por los adolescentes a partir de la observación. Ejemplo de lo anterior es que esta muestra comenta que consume alcohol para parecerse a sus amigos.

En los últimos años las edades promedio en las que los sujetos comienzan a tener contacto con el alcohol se han ido acotando cada vez más en las que se puede observar que desde la infancia los niños tienen sus primeros contactos con esta sustancia.

Se considera que las profesiones y estudiosos del tema deben voltear la mirada a promover las buenas prácticas parentales, ya que de acuerdo con los resultados de este estudio la misma familia acerca al adolescente al consumo de alcohol, además de que en las casas se tienen prácticas de convivencia en las que centran al alcohol como parte central de las fiestas.

Los patrones culturales que prevalecen en México muestran que es un país consumidor de bebidas alcohólicas y, por tanto, en ocasiones el beber representa una práctica propia del país, ya que este hecho se presenta en todos los estratos sociales y cada vez se ve más en todas las etapas del individuo.

Es importante trabajar el tema de la autoestima en adolescentes ya que, en esta muestra según los resultados obtenidos, los jóvenes asocian el consumo del alcohol a un estado de ánimo que tiene que ver con la felicidad, lo cual preocupa ya que pueden llegar a ver a esta sustancia como un condicionante para ser feliz.

Es probable que el consumo de alcohol siga presentándose de manera conductual con los futuros hijos de estos jóvenes encuestados, ya que de acuerdo con Alberto Bandura las prácticas de consumo de alcohol en las familias seguirán presentándose y los nuevos seres humanos las seguirán observando y aprendiendo en casa.

Entonces como ya se mencionó la caracterización del consumo de alcohol a partir de los contextos sociofamiliares de los adolescentes que cursan la secundaria y que consumen alcohol tiene que ver prácticas de consumo que se presentan en las principales actividades que realizan en casa con sus familiares y con sus amistades.

De igual forma se puede concluir que de acuerdo a las asociaciones de los adolescentes encuestados, la principal figura en la familia que consume alcohol es el papá, la mamá es asociada a actividades relacionadas al apoyo académico y con los amigos es con la figura que les gusta pasar más tiempo.

Referencias bibliográficas

- Villarreal González, M. E., Sánchez Sosa, J. C., & Musitu Ochoa, G. (2013). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12(3), 857-873. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.apca
- Acevedo Velasco, V., & Restrepo de Giraldo, L. (2010). *Experiencias de parejas sobre vivir feliz en pareja*. Obtenido de Pensamiento Psicológico: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80115648006>
- Acosta, E. (24 de Enero de 2018). Coahuila, segundo lugar nacional en suicidios. *Zócalo*.
- Aguilar Morales, J. E., & Vargas, J. E. (2010). *Comunicación Asertiva*. Recuperado el 17 de noviembre de 2014, de Asociación Oaxaquena de Psicología A.C: http://www.conductitlan.net/psicologia_organizacional/comunicacion_asertiva.pdf
- Aguilar Morales, J., & Vargas Mendoza, J. (2010). *Comunicación Asertiva*. Recuperado el 12 de febrero de 2015, de Network de Psicología Organizacional : www.conductitlan.net/psicologia.../comunicacion_asertiva.pdf
- Albornoz. (1984). *la familia y educacion del venezolano*. Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf.com>
- Albornoz, O. (1984). *La familia y la educacion venezolano*. Caracas: Biblioteca. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/la_flia_como_eje_en_la_formacion_de_valores.pdf
- Álvarez Aguirre, A., Alonso Castillo, M. M., & Guidorizzi Zanetti, A. C. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 635-640. doi:10.1590/S0104-11692010000700021
- Álvarez Aguirre, A., Alonso Castillo, M. M., & Guidorizzi Zanetti, A. C. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 634-640. Recuperado el 23 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421939021.pdf>
- Álvarez, A. (2017). *La Muerte Asistida en México, Una Opción más para morir con dignidad* (1ª Edición ed.). Ciudad de México, México: Por el derecho a Morir con Dignidad, A.C.
- Angelo, D. (1996). *Provida. Autorealizacion de la personalidad*. La habana: Academia .
- Anguiano Molina, A. M., López Terríquez, S., Gómez Castañeda, L., & Jiménez Anguiano, S. E. (2017). *Diagnóstico y proyecto. La óptica de un Trabajador Social*. Guadalajara, Jalisco: Amateditorial.
- Armendáriz García, N. A., Alonso Castillo, M. M., Alonso Castillo, B. A., López Cisneros, M. A., Rodríguez Puente, L. A., & Méndez Ruiz, M. D. (2014). La familia y el consumo de alcohol en

- estudiantes universitarios. *Ciencia y enfermería*, 3(20), 109-118. doi:10.4067/S0717-95532014000300010
- Armendáriz-García, N. A., Almanza-López, J. B., Alonso Castillo, M. T., Oliva Rodríguez, N. N., Alonso Castillo, M. M., & López Cisneros, M. A. (2015). La historia familiar y la conducta de consumo de alcohol como factor sociocultural en el adolescente. *Perspectiva de enfermería. Aquichan.*, 15(2), 219-227. doi:10.5294/aqui.2015.15.2.6
- Bandura. (1945). Obtenido de <http://teoriadelaprendizaje.adatum>
- Barg, L. (2004). En *La intervencion con familia. Una perspectiva desde el trabajo social* (pág. 38). Buenos Aires: Espacio .
- Betancourth Zambrano, S., Tacán Bastidas, L., & Cordoba Paz, E. G. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud*, 1(19), 37-50. doi:10.22267/rus.171901.67
- Blogspot. (2012). Cartografía social. *Mente y psicología*, 02.
- Borrás Santiesteban, T. (2016). Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia temprana y su atención médica. *Arch Argent Pediatr*, 5(114), 412-418. doi:10.5546/aap.2016.412
- Cabello Tijerina, P. (2012). *La mediación como política social aplicada al fortalecimiento de la cultura de paz en México y España*. Recuperado el 27 de abril de 2016, de DIGITUM Biblioteca Universitaria: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/28093>
- CAMACOL. (2013). Viviendas para disminuir el deficit del sector rural. *cCamara Colombiana de la Construcción*.
- Cárdenas Castro, M., & Yáñez Yéñez, S. (17 de diciembre de 2010). *Nuevas formas de muestreo para minorías y poblaciones ocultas: muestra por encuestado conducido en una población de inmigrantes sudamericanos*. Recuperado el 15 de noviembre de 2016, de Universidad Católica del Norte de Chile.: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/577>
- Carrasco Ortiz, M. Á. (junio de 2006). Aspectos Conceptuales de la Agresión: Definición y Modelos Explicativos. *Acción Psicológica*, 4(2), 7-38. Recuperado el 21 de 05 de 2018
- Casseres Sánchez, M. S. (2014). Factores que influyen en la permanencia de la mujer en una relación de pareja violenta. 2-40.
- Castaño Pérez, G. A., García del Castillo, J. A., & Marzo Campos, J. C. (2014). Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), s/f.
- Cobo, P., & Tello, R. (2013). *Bullying El asecho cotidiano en las escuelas*. México, D.F.: Limusa.
- Coca Villar, C. E., García Vallinas, E., Martín Solbes, V. M., & Ramírez Hurtado, C. (2015). *Estudios en cultura de paz, conflictos, educación y derechos humanos*. Madrid: Síntesis.

- Cruz Hernández, P. (2014). *Muestreo No Probabilístico*. Obtenido de Universidad Autónoma Chapingo: <http://chapingo-uruza.info/archivos/49-P.pdf>
- Cruz Zuluaga, M. (20 de abril de 2013). *La programación neurolingüística en el proceso de enseñanza-aprendizaje*. Obtenido de Escenarios: Empresa y Territorio: <http://investigaciones.esumer.edu.co/revista/index.php/revista/article/view/47/37>
- DANE. (2017). DEFICIT DE VIVIENDA EN COLOMBIA. *DANE 55 AÑOS*.
- Díaz Heredia, L. P., & Muñoz Sanchez, A. I. (2016). Vulnerabilidad al consumo de alcohol, trascendencia espiritual y bienestar psicosocial: comprobación de teoría. *Latino-Americana Enfermagem*, 24, 1-8. doi:10.1590/1518-8345.0688.2702
- El espectador. (2017). Desplazamiento forzoso. *El espectador*.
- El tiempo. (2013). El Despertar de la vivienda rural. *El tiempo*.
- Encuestas Nacionales sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. (2011). *Violencia de Género. Violencia contra mujeres*. Obtenido de Sistema de Indicadores de Género: http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Violencia_2011.pdf
- Espada Sánchez, J. P., Pereira, J. R., & García Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537. Recuperado el 23 de mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72720404.pdf>
- Espina Eizaguirre, A. (2002). *Alexitimia y relaciones de pareja*. Recuperado el 13 de abril de 2014, de Psicothema: www.psychothema.com/pdf/795.pdf
- Espinosa Tamez, P., Hernández Sinencio, H., López Guzmán, R., & Lozano Esparza, S. (2018). *Muestreo de Bola de nieve*. Obtenido de Departamento de probabilidad y estadística UNAM: http://www.dpye.iimas.unam.mx/patricia/muestreo/datos/trabajos%20alumnos/Proyectofinal_Bola%20de%20Nieve.pdf
- Frías-Navarro, D. (2014). *Apuntes de SPSS*. Recuperado el 27 de mayo de 2015, de Universidad de Valencia: <http://www.uv.es/~friasnav/ApuntesSPSS.pdf>
- Gaeta González, L., & Galvanovskis Kasparane, A. (julio-diciembre de 2009). *Asertividad: Un análisis teórico-empírico*. Recuperado el 17 de noviembre de 2014, de Enseñanza e Investigación en Psicología: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29211992013.pdf>
- Gallego Moya, S., & Ibañez Ribes, M. I. (2016). El papel de los padres y los amigos en el consumo temprano de alcohol. *De salut*, 3(15), 137-145.
- García Domingo, B., & Quintanal Díaz, J. (2010). *La Encuesta*. Obtenido de Métodos de Investigación y Diagnóstico en la Educación: <http://brayeban.aprenderapensar.net/files/2010/10/TECNICAS-DE-INVEST.pdf>
- Geografía, I. N. (2011). Panorama de violencia contra las mujeres en México. *ENDIREH*, 3-101.

- Gonzalez Carrillo, M. d. (2007). *Violencia en el noviazgo un estudio exploratorio entre estudiantes universitarias*. Monterrey, Nuevo Leon: Universidad Autonoma de Nuevo Leon .
- Grajales, I. (28 de septiembre de 2013). *Un México de machos y mujeres sumisas: GB*. Recuperado el 2015, de Noticiasnet:
<http://www.noticiasnet.mx/portal/general/salud/172672-un-m%C3%A9xico-de-machos-y-mujeres-sumisas-gb>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Historia de la vida a través del tiempo. (s.f.). *OVACEN*.
- INEGI. (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. Obtenido de INEGI:
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endre/endre2017_08.pdf
- INEGI. (2017). DÍA INTERNACIONAL DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER . *Instituto Nacional de estadística y geografía*, 1-23.
- Iraurgi , I., Sanz, M., & Martínez Pampliega, A. (20 de diciembre de 2009). *Adaptación y Estudio Psicométrico de dos Instrumentos de pareja: Índice de satisfacción matrimonial y escala de inestabilidad matrimonial*. Recuperado el 4 de mayo de 2015, de Revista IIPSI:
sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion.../v12.../a12v12n2.pdf
- Izquierdo. (2003). *Valores de cada día* . Venezuela: San Pablo.
- Jean, C., Rivera, S., Amorin, E., & Rivera, L. (2015). Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta de Investigacion Psicologica*, 2224'2239.
- Jiménez Bautista, F. (2009). *Saber pacífico: la paz neutra*. Ecuador: UTPL.
- Keijzer., B. d. (Enero de 2006). *Hasta donde el cuerpo aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina*. Obtenido de http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est_masc_01.pdf
- la vivienda como expresión sociocultural. (2011). En b-digital.UNAL.edu, *Cumbre mucial del habitat*. (pág. 3). Bogotá.
- Los estereotipos masculinos en publicidad: ¿por qué las marcas no consiguen enganchar a los hombres? (24 de Julio de 2017). *ABC* .
- Mañón, G. J. (noviembre de 2016). La eutanacia: derecho a la muerte digna. *Hechos y Derechos*(36), 2.
- Marin. (1990). *Valores y fines, filosofía de la educacion de hoy*. Madrid: Dykinson.
- Martínez Hernández, Á., Marí Klose, M., Julià, A., Escapa, S., & Marí Klose, P. (2012). Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes: su asociación con los estados de ánimo negativos y los factores familiares. *Revista Española de Salud Pública*, 86(1), 101-114.

- Recuperado el 20 de mayo de 2018, de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000100009
- Martínez, C. (2 de Mayo de 2018). Personas con trastornos mentales y tendencias suicidas tardan de 15 a 25 años en pedir ayuda profesional. *Vanguardia*.
- Maslow. (s.f.). Obtenido de
<http://www.webdelprofesor.ula.ve/economia/mcesar/tema1/maslow.pdf>
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (2009). *Introducción a la Cultura de Paz*. Perú: Trama.
- Molano Tobar, N. J., & Molano Tobar, D. X. (2016). Concepción frente al consumo de alcohol en jóvenes de la Universidad del Cauca. *Universidad y Salud*, 3(18), 532-540.
doi:10.22267/rus.161803.58
- Montesinos, C. R. (2002). La masculinidad ante una nueva Era. *El cotidiano*, 37-46.
- Murdock, G. P. (1949). *Social structure*. New York.: The MacMillan Company.
- Musitu, G., Jiménez, T. I., & Murgui, S. (2006). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública de México*, 49(1), 1-10. Recuperado el 19 de mayo de 2018, de
<https://www.scielosp.org/article/spm/2007.v49n1/3-10/>
- Naranjo Pereira, M. (enero-abril de 2008). *Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas*. Recuperado el 17 de noviembre de 2014, de Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44780111>
- Oliva Delgado, A., Antolín Suárez, L., Pertegal Vega, M. Á., Ríos Bermúdez, M., Parra Jiménez, Á., & Hernando Gómez, Á. (2011). *Instrumentos para evaluar el desarrollo positivo adolescente y los activos familiares, escolares y comunitarios que lo promueven*. Recuperado el 14 de marzo de 2015, de Andalucía Consejería de Salud:
http://personal.us.es/oliva/INSTRUMENTOS_DESARROLLO%20POSITIVO.pdf
- Olweus, D. (1994). *Bullying at School, Long-Term Outcomes for the Victims and an Effective School-Based Intervention Program*. New York, New York, Estados Unidos: L. Rowell Huesmann.
- OMS, O. M. (Septiembre de 2014). Recuperado el 2018, de Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de Septiembre de 2004). Recuperado el Mayo de 2018, de El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Familias Fuertes:

<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Manual%20Familias%20Fuertes%20Guia%20para%20el%20Facilitador.pdf>

Otero, L. (1965). *Desintegración Familiar*. Culbimex.

Pavajeau, J. F. (1999). LAS MIGRACIONES FORZADAS DE POBLACIÓN, POR LA VIOLENCIA, EN COLOMBIA: UNA HISTORIA DE ÉXODOS, MIEDO, TERROR, Y POBREZA. *IBEROAMÉRICA ANTE LOS RETOS DEL SIGLO XXI*, 2.

Pérez de las Heras, M. (2010). *¿Estás Comunicando?* España: LID.

Pilatti, A., Brussino, S. A., & Godoy, J. C. (2013). Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. *Revista de Psicología*, 22(1), 22-36.

Planeta huerto. (2016). casas de paja un modelo de bioconstrucción. *ovacen*.

Ramírez Ruiz, M., & Andrade, D. (2005). Family and risk factors related to alcohol consumption and smoking among children and adolescents (Guayaquil-Ecuador). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 13(Especial), 813-818. doi:10.1590/S0104-11692005000700008

Ramírez Ruiz, M., & de Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. *Latino americana Enfermagem*(13), 813-818. doi:10.1590/S0104-11692005000700008

Ribeiro, F. (2009). *Familia y política social*. Buenos Aires: Lumen 2da edición.

Riso, W. (2002). *Cuestión de Dignidad. Aprenda a decir NO y gane autoestima siendo asertivo*. . Recuperado el 2015, de Books Google:

<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=iREkA-HTuzoC&oi=fnd&pg=PR15&dq=decir+no&ots=06aseXRM-V&sig=14i6ccGlqEIQnLVPIESX0ole55E#v=onepage&q=decir%20no&f=false>

Rivas, J. F. (2012). *Intervención Individualizada*. México: Yecolti.

Roca Villanueva, E. (2005). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Obtenido de Colegio Oficial de Psicólogos:

http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/F_Educacion_emocional/f_7_autoestima/f_7.3.Programas/1.3.Programa%20autoestima%20hhss.pdf

Rodríguez, C. M., Juárez, A. L., Juárez, R. Y., & López, P. M. (2016). La masculinidad y la violencia en jóvenes universitarios. El caso de la FTS de la Universidad Autónoma de Coahuil. *Ecorfan*, 64-73 pp.

Ruiz, Y. (2006). *análisis y resolución de conflictos desde una dimensión psicosocial*. Obtenido de Universitat Jaume I: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi12/19.pdf>

SALANOVA, M. y. (2000). *Exposure to Information*. Castellon: WONT.

Sampieri, R. F. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

- Schaffer. (1990). solei gallart.
- Schongut, G. N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia . *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, vol. 2, , 27-65.
- Scrib.com. (2002). conceptos de Vivienda. *INVI*, 34.
- Sousa, V., Driessnack, M., & Costa Mendes, I. (mayo-junio de 2007). *Revisión de los Diseños de Investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa*. Recuperado el 14 de 5 de 2015, de Rev Latino-am Enfermagem: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf
- Taboada, P. (Junio de 2000). El Derecho a Morir con Dignidad. *Acta Biohetica*. Recuperado el 15 de febrero de 2018
- Tegoma Ruiz, V. M., & Cortaza Ramírez, L. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería Universitaria*, 4(13), 239---245. doi:10.1016/j.reu.2016.10.001
- Transformaciones recientes de las familias Colombianas. (2013). *El tiempo. Revista Trabajo Social*, 58.
- Trujillo Guerrero, T. J., Vázquez Cruz, E., & Córdova Soriano, J. A. (2016). Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. *Elsevier atención familiar*(3), 23-100. doi:10.1016/j.af.2016.07.003
- UNESCO. (2015). *Educación 2030 Declaración de Incheon Hacia una educación inclusiva y equitativa de calidad y un aprendizaje a lo largo de la vida para todos*. Declaración , UNESCO.
- UNESCO. (s.f.). *Entornos de aprendizaje seguro y no violento para todos: tendencias y logros*. Recuperado el 21 de mayo de 2018, de <https://es.unesco.org/themes/acoso-violencia-escolar/progress-meta4a>
- Universidad de Barceloan. (1999). Sostenibilidad del medio rural. *scripta Nova*, 33.
- Vanguardia. (Marzo de 2018). Supera Coahuila a la CDMX y Nuevo León en tasa de suicidios.
- Vargas , I. (15 de junio de 2015). *Claves para saber decir 'no' en el trabajo*. Obtenido de CNN en expansión.: <http://www.cnnexpansion.com/mi-carrera/2015/06/12/claves-para-aprender-a-decir-no-en-el-trabajo>
- Vazquez. (1999). *Educacion para los derechos humanos* . Obtenido de <http://www.defensoria.gob.bo/archivos/modulo5.PDF>
- Villarreal-González, M. E., Sánchez-Sosa, J. C., Musitu, G., & Varela, R. (2010). El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 253-264. doi: 10.5093/in2010v19n3a6

Estado nutricional en una población indígena migrante, Estudio Comunitario.

Brenda Berenice Tovar Jasso¹⁴⁴

María Natividad Ávila Ortiz

Georgina Mayela Nuñez Rocha

Ana Elisa Castro Sánchez

Resumen

INTRODUCCIÓN. *En los últimos años, la población indígena se ha incorporado a los flujos migratorios nacionales e internacionales. Este proceso ha generado cambios en la configuración de las poblaciones de origen y complejos fenómenos de transculturización, provocando un aumento en las tasas de sobrepeso y obesidad en estas poblaciones, debido a los cambios drásticos en el estilo de vida, como resultado de los fenómenos de migración. El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población indígena migrante en una zona urbana de Nuevo León.*

MATERIAL Y MÉTODOS. *Estudio transversal, en mujeres indígena >18 años de una comunidad de alta marginación del municipio de Juárez, Nuevo León, que respondieron al Test Fantastic con 10 dimensiones el cual midió los estilos de vida y la evaluación del estado nutricional se realizó mediante la obtención de IMC.*

RESULTADOS. *En la prueba piloto, participaron 17 mujeres indígenas con una edad media de 38.1 ± 13.1 ; el 94.2% migrantes; 82.4% procedente de Veracruz; 100% Hablantes de Lengua Indígena Náhuatl. La media del IMC fue de 30.6 ± 3.9 , la prevalencia de combinada de sobrepeso y obesidad fue de 88.2% (17.6% y 70.6% respectivamente). La evaluación de los estilos de vida fue considerada “regular” (58.8%).*

¹⁴⁴ Estudiante de Maestría en Ciencias en Salud Pública. brendajasso@gmail.com

² Facultad de Salud Pública y Nutrición. natividad.avilao@uanl.mx

³ Facultad de Salud Pública y Nutrición. georgina.nunezr@uanl.mx

⁴ Facultad de Salud Pública y Nutrición. ana.castrosh@uanl.edu.mx

CONCLUSIONES. *Las mujeres indígenas encuestadas se encuentran por encima de la media nacional en casos de sobrepeso y obesidad. Las formas de respuesta del sistema de salud ante esta problemática están sustentadas en un modelo biomédico basado en estrategias de diagnóstico de riesgos, prevención, control y tratamiento, sin tomar en cuenta las percepciones de la comunidad. Por lo tanto, se recomienda abordar el problema desde un enfoque cualitativo, para la comprensión de la problemática y generación de estrategias que den respuesta a estos problemas de salud.*

Palabras claves: *mujeres indígenas, migrantes, obesidad, sobrepeso.*

Introducción.

Los estilos de vida poco saludables son altamente prevalentes en adultos mexicanos, propiciando un aumento importante de sobrepeso y obesidad (Hernández, Gutiérrez, & Reynoso, 2013). Por su parte, la OMS (2017), los define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). En el caso de los adultos se considera con sobrepeso si su IMC igual o superior a 25 y la obesidad aquellas personas que tengan su IMC igual o superior a 30.

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) es reconocido actualmente como uno de los problemas más importantes de salud pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que lo padece. El sobrepeso y la obesidad incrementan significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), mortalidad prematura y el costo social de la salud, además de que reducen la calidad de vida. Se estima que 90 % de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (Barrera, Rodríguez & Molina, 2013; OMENT, 2016).

Hoy en día, uno de cada cinco adultos tiene sobrepeso u obesidad en los países que integran

la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico OCDE, esta epidemia se ha extendido aún más en los últimos cinco años, aunque a un ritmo más lento que antes. A pesar de ello, las nuevas proyecciones muestran un continuo aumento de la obesidad, siendo Estados Unidos, México, Nueva Zelanda y Hungría donde las tasas de obesidad en adultos son más altas, aún sin ningún signo claro de reducción de la epidemia en ningún país (OCDE, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (2017) informa que en 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones presentaban obesidad. En general, en 2014 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos. En 2014, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. Entre 1980 y 2014, la prevalencia mundial de la obesidad se ha más que doblado.

En México, aproximadamente siete de cada diez adultos padecen de sobrepeso. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.28% (que representan a 48.6 millones de personas) y la prevalencia de obesidad fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.8%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.5% y el femenino de 35.5%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es solamente 3.6 puntos porcentuales mayor en las mujeres con 73.0% que en los hombres con 69.4% (Gutiérrez et al., 2012).

La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas estima que en la actualidad de los 803 municipios indígenas que existen en el país, 43% registran una intensa actividad migratoria y sólo el 13% son considerados como de fuerte atracción. Todo esto también produciendo desintegración en las familias, enfermedades de diversos tipos e impactos sociales en las comunidades de origen, por la irrupción de patrones culturales diversos en los usos y costumbres de las comunidades indígenas (CDI, 2015).

El estado de Nuevo León y en particular los municipios que conforman el área metropolitana se han convertido en nuevas zonas de destino por parte de indígenas provenientes de distintos puntos del país como San Luis Potosí (tenek, nahuas), Querétaro (otomíes), Oaxaca (mixtecos, triquis), Veracruz (nahuas), entre otros. Según el último censo, residen en el estado 40,137 Hablantes de Lengua Indígena mayores de cinco años, esto habla de un aumento continuo de la población indígena, del nacimiento de segundas generaciones y, sobre todo, de que han hecho de la ciudad su residencia fija (García, 2013).

Las poblaciones indígenas en todo el mundo están cambiando a un estilo de vida occidentalizado. Como resultado, las tasas de obesidad y diabetes tipo 2 están aumentando entre las poblaciones indígenas (Valencia et al., 1999; Chaudhari, Begay & Schütz, 2013).

La emergente epidemia de obesidad en México ha impulsado recientemente a la nación hacia el centro de atención de la salud pública. En el estado de Yucatán, la experiencia de la diabetes está fuertemente impactada por dos construcciones culturales de la enfermedad. En este contexto, los elementos de las prácticas de salud mayas yucatecas, así como el modelo biomédico, afectan el enfoque de la diabetes tipo II. La tensión entre los miembros de la comunidad indígena y sus proveedores biomédicos de salud, el entorno alimentario cambiante de esta comunidad y la persistencia de construcciones tradicionales de género afectan el manejo de la diabetes tipo II y sus síntomas asociados (Frank & Durden, 2017).

Estudios proporcionan pruebas convincentes de que los cambios en el estilo de vida asociados con la modernización juegan un papel importante en la epidemia mundial de estos trastornos. Estos cambios han ocurrido concomitantemente con una transición ambiental de un estilo de vida tradicional a un estilo de vida más modernizado, como en el caso de los Indios Pima en Sonora y Arizona (Esparza et al., 2015).

La situación de salud de los pueblos indígenas en estudios documenta su alta vulnerabilidad, así como su permanente exposición a diversos riesgos en condiciones de

inequidad social que reducen su capacidad de respuesta para movilizar recursos sociales ante los problemas de salud (Leyva, Infante, Gutiérrez & Quintino, 2013). La serie de desventajas sociales que las y los indígenas acumulan como resultado de procesos sistemáticos de exclusión y discriminación limitan sus oportunidades de participación en espacios críticos del desarrollo, como en el de la salud (CONEVAL, 2014).

Diversos estudios señalan la situación de obesidad en grupos indígenas, al respecto, Herrera, García, Méndez, López & Valenzuela (2012), realizaron un estudio llamado “*Sobrepeso y obesidad en Indígenas Nahuas de Ixtacoquitlán, Veracruz, México*” El estudio determinó la frecuencia de sobrepeso y obesidad en indígenas nahuas de Ixtacoquitlán, Veracruz, México. Donde se incluyó 227 nahuas (77,5% mujeres). Según los lineamientos de la OMS, la proporción de nahuas con sobrepeso fue de 41%, y de obesidad 36,5%; y según la NOM fue de 11,4 y 69,2% respectivamente. Se encontró que la frecuencia de sobrepeso y obesidad en indígenas nahuas es alta. Los autores concluyen que deben realizarse estudios enfocados a determinar la prevalencia y factores de riesgo y, con ello, desarrollar estrategias de prevención que mejoren la calidad de salud de estas poblaciones.

Por su parte, Esparza et al. (2015), realizaron un estudio donde se compararon las prevalencias de diabetes tipo 2 y obesidad en indios Pima mexicanos, presuntamente de alta predisposición genética a estas enfermedades, a las de sus vecinos no Pima, quienes durante un período de 15 años experimentaron una transición de un tradicional a un estilo de vida más moderno. Los resultados durante este período de 15 años, la prevalencia de diabetes ajustada por edad se mantuvo sin cambios en los hombres Pima (5,8% en 1995 vs. 6,1% en 2010), pero aumentó en hombres no Pima de 0,0 a 8,6% ($p < 0,05$). La prevalencia de diabetes tiende a aumentar tanto en mujeres Pima (9,4 vs 13,4%) como en mujeres no Pima (4,8 frente a 9,5%). La prevalencia ajustada por edad de la obesidad aumentó significativamente en todos los grupos (6,6 vs. 15,7% en hombres Pima, 8,5 vs. 20,5% en hombres no Pima, 18,9 vs 36,3% en mujeres Pima, 29,5 vs 42,9% en no Pima mujer). Los autores concluyeron que la prevalencia de diabetes tipo 2 aumentó entre 1995 y 2010 en hombres no Pima, y en menor grado en mujeres de ambos grupos, pero no aumentó en

hombres Pima. La prevalencia de obesidad aumentó entre Pimas y no Pimas de ambos sexos. Estos cambios ocurrieron concomitantemente con una transición ambiental de un estilo de vida tradicional a un estilo de vida más modernizado.

Stoddard, Handley, Bustamante, & Schillinger (2011), realizaron un estudio titulado “*La influencia del estatus indígena y la composición indígena de la comunidad sobre la obesidad y la diabetes entre adultos mexicanos*”, Se evaluó la hipótesis de que la obesidad y la diabetes eran menos prevalentes entre los adultos indígenas que los no indígenas en México. Los resultados sugieren que los adultos indígenas tenían probabilidades significativamente más bajas de obesidad y diabetes que los adultos no indígenas. Esta ventaja no se explicó por el bajo nivel socioeconómico de los individuos indígenas. Un mayor porcentaje de individuos indígenas en las comunidades proporcionó protección contra la obesidad, aunque no para la diabetes. Las diferencias para la obesidad no fueron explicadas por el desarrollo de la comunidad. Los hallazgos sugieren que puede existir una oportunidad para evitar que las disparidades en la obesidad y la diabetes se desarrollen por características indígenas en México. La identificación de las fuentes de efectos protectores de las características indígenas individuales y comunitarias en relación con estas condiciones de salud debería ser una prioridad, dadas las implicaciones globales para la prevención.

Es un hecho que, a nivel mundial, la carga de enfermedades no transmisibles continúa en aumento. Algunas de las enfermedades como es el caso sobrepeso y obesidad, los cuales representan para el país problemas de salud y una carga económica importante, por ello en este estudio se pretende determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población indígena migrante en una zona urbana de Nuevo León.

Material y método.

Estudio transversal, en mujeres indígena >18años de una comunidad de alta marginación del municipio de Juárez, Nuevo León, que respondieron al Test *Fantastic con 10 dimensiones* el cual midió los estilos de vida y la evaluación del estado nutricional se

realizó mediante la obtención de IMC. En esta parte del estudio se mostrarán los resultados obtenidos en la prueba piloto.

Como criterios de inclusión se consideraron que: a) las mujeres participantes fueran jefas del hogar mayores de 18 años e indígenas, b) como criterio de exclusión fueron las mujeres embarazadas, puesto que su índice de masa corporal cambia debido a su situación, c) los criterios de eliminación fueron los cuestionarios incompletos.

En la siguiente figura 1 se describen las variables del estudio, así como su tipo, definición conceptual, operacional, escala de información y fuente de información.

Figura 1. Descripción de variables del estudio

Nombre de la Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de la Información	Fuente de Información
Estilos de vida	Independiente	Definida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos.	1. Excelente: 85-100 2. Bueno: 70-84 3. Regular: 60-69 4. Malo: 40-59 5. En Riesgo: 0-39	Ordinal	Cuestionario FANTASTIC
Obesidad	Dependiente	Índice de Masa Corporal ≥ 30.0 (kg/m ²). (OMS, 2017)	Clasificación de acuerdo a la OMS: 1. Desnutrición: <18.5 2. Normal: 18.5-24.9 3. Sobrepeso: 35.0-29.9 4. Obesidad: ≥ 30.0	Razón	Báscula
Indígena	Independiente	Se considera población indígena (PI) a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, donde el jefe(a) del hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), suegro(a)) declaro ser hablante de lengua indígena. Además, también incluye a personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares (CDI, 2015)	¿Se considera indígena? 1. Si 2. No ¿Habla alguna lengua indígena o alguien de la familia habla alguna lengua indígena? 1. Si 2. No	Nominal	Encuesta
Ingreso	Control	Percepción monetaria que la población ocupada obtiene o recibe del (los) trabajo(s) que desempeñó en la semana de referencia. Los ingresos están calculados de forma mensual.	En total, de todos los que viven en este hogar, ¿cuánto dinero se juntó en el último mes?	Razón	Encuesta
Edad	Control	Años cumplidos que tiene la persona des de la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	¿Cuántos años cumplidos tiene actualmente?	Numérica	Encuesta

Escolaridad	Control	El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada.	¿cuáles el ultimo año y grado que aprobó en la escuela? 1. Ninguno 2. Prescolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Preparatoria 6. Licenciatura	Ordinal	Encuesta
Ocupación	Control	Tarea o actividad que desempeñó la población ocupada en su trabajo durante la semana de referencia.	Actualmente, ¿Trabaja? 1.Si 2.No ¿A que se dedica? 1. Hogar 2. Profesionista 3. Comerciante 4. Empleado 5. Empleada domestica 6. Obrero 7. Desempleado 8. Estudiante 9. Otro	Nominal	Encuesta
Estado civil	Control	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	1. Unión Libre 2. Casada 3. Separada 4. Divorciada 5. Viuda 6. Soltera	Nominal	Encuesta

Fuente: Elaboración propia, 2017.

El instrumento utilizado fue el el cuestionario FANTASTIC, es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Hamilton, Ontario (Canadá), considerado una herramienta de apoyo a los profesionales en el contexto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; permite identificar y medir los estilos de vida de una población en particular (López, Munguía, Hernández & De La Torre, 2000).

Este cuestionario presenta cinco opciones de respuesta con valor numérico de 1 al 5 para cada categoría, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos. Tomando como punto de corte la media de las calificaciones propuestas por los autores del instrumento, cinco niveles de calificación estratifican el comportamiento: (<39 puntos= existe peligro, 40 a 59 puntos = malo, 60 a 69 puntos = regular, 70 a 84 puntos = bueno, 85 a 100 puntos = excelente) estilo de vida. Cuanto menor sea la

puntuación, mayor es la necesidad de cambio. En términos generales, los resultados pueden ser interpretados de la siguiente manera: "Excelente" indica que el estilo de vida del individuo representa una influencia óptima para la salud; "Bueno" indica que el estilo de vida representa una influencia adecuada para la salud; "Regular" indica que el estilo de vida representa un beneficio para la salud, aunque también presenta riesgos, "malo y existe peligro" indica que el estilo de vida del individuo plantea muchos factores de riesgo.

En este cuestionario se ampliaron los ítems pasando de 25 a 31 ítems cerrados, para mayor comprensión de la población estudio (para el análisis nuevamente se unificarán a 25 ítems). Se explora nueve categorías o dominios; Familia y amigos, actividad física, nutrición, tabaco y otras drogas, alcohol, sueño, estrés y seguridad sexual, tipo de comportamiento, autopercepción y oficio.

El procedimiento para obtener los datos, como primer paso se acudió a la Colonia Arboledas de los Naranjos en el Municipio de Juárez Nuevo León, la información se recolectó mediante una encuesta personal con la autorización previa de la Asociación Zihuame Mochilla ¹⁴⁵ y el apoyo de esta para acudir a las casas a realizar las encuestas, cumpliendo con los criterios de inclusión para la obtención de la información que se requiere en esta investigación

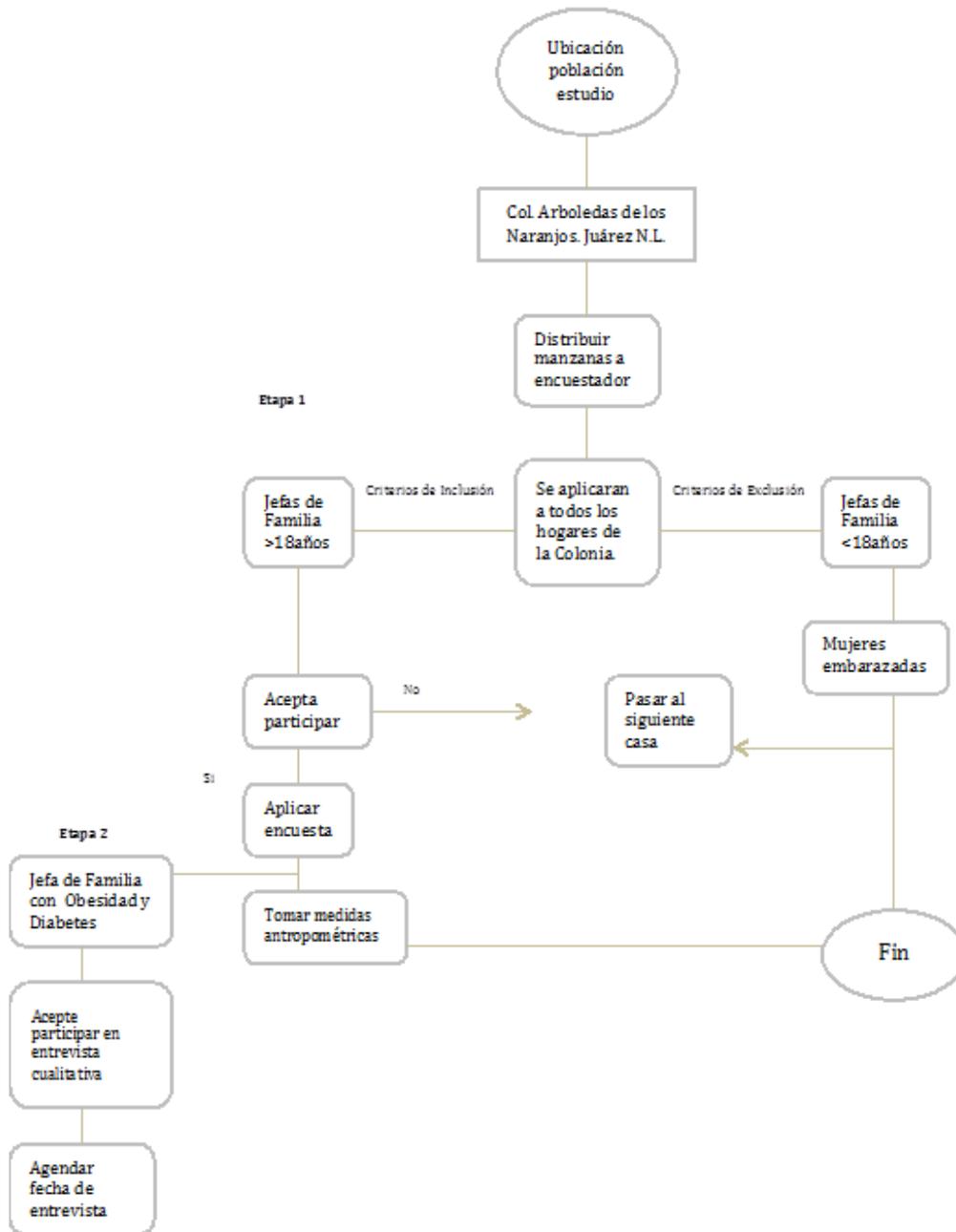
En el cuestionario se incluyeron datos socioeconómicos como edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, tiempo de residencia, habla alguna lengua indígena, nivel de estudios, ocupación, estado civil, ingreso mensual familiar. También, se tomaron medidas antropométricas de talla y peso corporal con lo que se obtuvo el índice de masa corporal (IMC) en kg/m^2 . Al completar la muestra de la prueba piloto se realizó una base de datos de los resultados y posteriormente se realizó el análisis estadístico en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0 para Windows y presentación de resultados. A partir de los datos que se obtengan de la prueba piloto, para

¹⁴⁵ Organización comprometida en mejorar las condiciones de vida en las comunidades de pueblos indígenas, a través de programas y proyectos sustentables y autogestivos, con el propósito de erradicar la violencia hacia las mujeres, la discriminación, la marginación, la pobreza y todas las formas de exclusión social. (<http://www.zihuame.org.mx>).

continuar con el estudio se realizarán dos fases una primera parte será cuantitativa y la segunda será cualitativa donde se espera participen mujeres con obesidad y diabetes.

En el siguiente flujograma se muestra cómo se realizará el trabajo de campo y como se llevarán a cabo las dos fases del estudio.

FLUJORAMA.



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Para llevar a cabo el estudio se contó con las Instalaciones del Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública (CINSP) de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL , para trabajar en la coordinación y capacitación del estudio de investigación con los involucrados, así como para el resguardo y control del instrumento, además se contó con el Centro Comunitario de la Asociación Zihuame Mochilla A.C. para realizar la prueba piloto del estudio.

En el proyecto se involucró a los estudiantes de la Maestría en Ciencias en Salud Pública, Profesores, tutores del proyecto de investigación y estudiantes de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL. También se contó con equipo de cómputo personal y para realizar las medidas antropométricas se utilizó báscula y estadímetro proporcionados por la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL.

Cabe resaltar que el estudio se realizó con apego al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. En donde se establece que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad de las personas sujetas a investigación, de acuerdo al artículo 14, fracción VII, el estudio será sometido a aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud Pública y Nutrición (FASPYN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

Como lo marca el artículo 16, se respetará la confidencialidad de los datos y se acuerdo al artículo 17, fracción II, éste estudio se considerará de riesgo mínimo, ya que se abordará variables sobre los estilos de vida, obesidad y diabetes y se realizarán mediciones, las cuales no afectarán la integridad física ni psicológica de los integrantes que participarán en el estudio.

Resultados

A continuación, se muestran los resultados que se obtuvieron de la prueba piloto en donde sólo se seleccionaron a las participantes indígenas las cuales fueron un total de 17 mujeres jefas de hogar donde el promedio de edad fue de 38 años, predominando el estado civil con pareja y la mayoría no cuenta con ningún tipo de estudios, el 47 por ciento trabaja. Son

mujeres migrantes de Veracruz y hablan lengua náhuatl (Tabla 1).

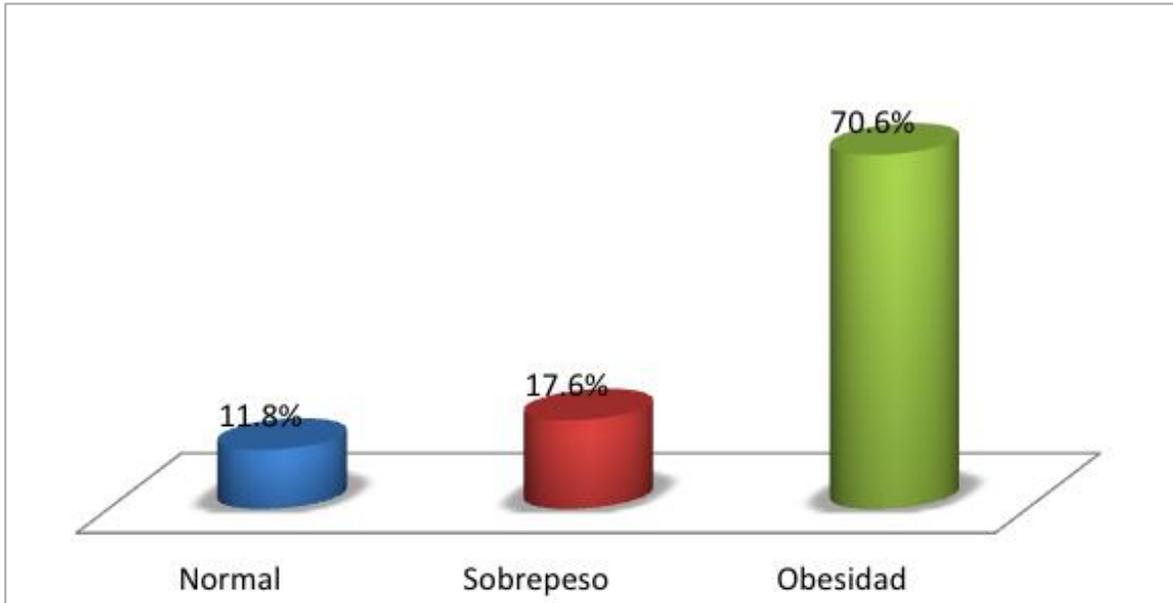
Tabla 1. Datos sociodemográficos (N= 17).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad	38.1± 13.1	
Estado civil		
Con pareja	16	94.1
Escolaridad		
Ninguno	9	52.9
Primaria	5	29.4
Secundaria	3	17.6
Ocupación		
Activo económicamente	8	47.1
Ingreso		
Menos de \$2598	7	41.2
Lugar de origen		
Nuevo León	1	5.9
Veracruz	14	82.4
Hidalgo	2	11.8
Lengua indígena		
Náhuatl	17	100%

Fuente: Encuesta directa.

En la figura 2 se presenta el estado nutricional de las participantes, donde se muestra que un poco más del 70% presentaron obesidad, seguido del sobrepeso con 17.6% y el 11.8% presentó peso normal y ninguna participante tenía bajo peso.

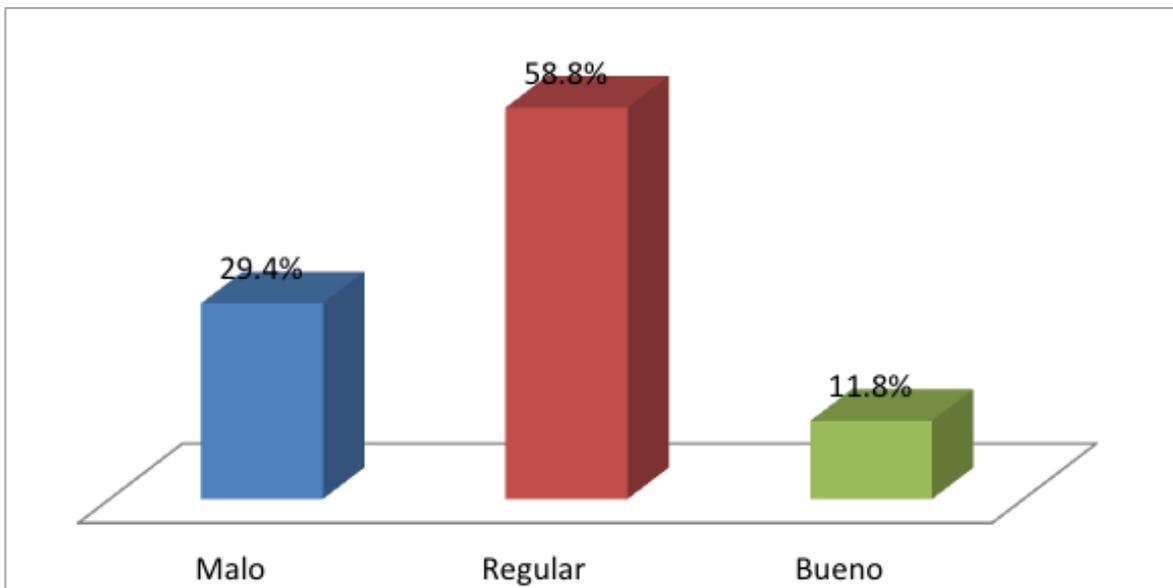
Figura 2. Estado nutricional en población indígena



Fuente: Encuesta directa.

En relación con los estilos de vida se encontró que el 58.8% de las mujeres participantes tenían estilo de vida regulares, el 29.4% presentaron malos estilos de vida y solo el 11.8% buenos estilos de vida (Figura 3).

Figura 3. Evaluación del estilo de vida en población indígena



Fuente: Cuestionario FANTASTIC.

Conclusiones

- La obesidad es reconocida actualmente como uno de los retos más importantes de Salud Pública en el mundo
- Las mujeres indígenas encuestadas se encuentran por encima de la media nacional en casos de sobrepeso y obesidad. La obesidad fue mayor en esta población de mujeres indígenas. Los estilos de vida que mantienen son regulares.
- Los resultados obtenidos confirman que la población indígena, producto de la migración, se ha integrado a un ambiente urbano adoptando estilos de vida occidentales.
- Las investigaciones en comunidades pueden proporcionar una base para monitorear los cambios en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en poblaciones con indígenas, que informen para focalizar los programas e intervenciones que contribuyan a mejorar la salud en estas poblaciones vulnerables del estado.

Referencias bibliográficas.

- Barrera, A., Rodríguez, A., & Molina, M. A. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social*, 51(3), 292-299.
- Chaudhari, L. S., Begay, R. C., & Schütz, L. O. (2013). Fifteen years of change in the food environment in a rural Mexican community: the Maycoba project. *Rural Remote Health*, 13, 2404.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas CDI (2015). Recuperado de http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/37020/consulta_migracion_poblacion_indigena.pdf.
- Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social. CONEVAL (2014). Recuperado de http://www.coneval.org.mx/Eventos/Paginas/presentacion_libro_pobreza_indigena_mexico_2012.aspx.
- Esparza, J., Valencia, M. E., Urquidez, R., Chaudhari, L. S., Hanson, R. L., Knowler, W. C., & Schulz, L. O. (2015). Environmentally driven increases in type 2 diabetes and obesity in Pima Indians and non-Pimas in Mexico over a 15-year period: the Maycoba Project. *Diabetes Care*, 38(11), 2075-2082.
- Frank, S. M., & Durden, T. E. (2017). Two approaches, one problem: Cultural constructions of type II diabetes in an indigenous community in Yucatán, Mexico. *Social Science & Medicine*, 172, 64-71.
- García, D. P. (2013). La espacialidad de los indígenas en el área metropolitana de Monterrey. *Relaciones (Zamora)*, 34(134), 57-92.
- Gutiérrez, JP., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M., Hernández, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernández, M., Gutiérrez, JP., & Reynoso, N. (2013). Diabetes mellitus in México: Status of the epidemic. *Salud Pública de México*, 55, 129-136.

- Herrera, EV., García, EA., Méndez, E., López, JG., & Valenzuela, OL. (2012). Sobrepeso y obesidad en indígenas nahuas de Ixtaczoquitlán. Veracruz, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 345-349.
- Leyva, R., Infante, C., Gutiérrez, JP., & Quintino, F. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Pública de México*, 55, 123-128.
- López, J. M., Rodríguez, R., Munguía, C., Hernández, J. L., & de La Torre, E. C. (2000). Validez y fiabilidad del instrumento «FANTASTIC» para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Atención primaria*, 26(8), 542-549.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2017). Tabaco. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- Stoddard, P., Handley, M. A., Bustamante, A. V., & Schillinger, D. (2011). The influence of indigenous status and community indigenous composition on obesity and diabetes among Mexican adults. *Social science & medicine*, 73(11), 1635-1643.
- Valencia, M. E., Bennett, P. H., Ravussin, E., Esparza, J., Fox, C., & Schulz, L. O. (1999). The Pima Indians in Sonora, Mexico. *Nutrition Reviews*, 57(5), 55-58

Buenas Prácticas en la Evaluación de Programas de Salud: El reto en Diabetes Mellitus.

Ma. Guadalupe Interrial Guzmán¹⁴⁶

María Guadalupe Moreno Monsiváis¹⁴⁷

Leticia Vázquez Arreola¹⁴⁸

Julia Teresa López España¹⁴⁹

Resumen

Se considera buena práctica en el sistema de salud a una intervención específica o una experiencia realizada que responde a las líneas estratégicas del Sistema Nacional de Salud, basada en el conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, que pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario.

A partir del año 2010, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) ha impulsado el reconocimiento de buenas prácticas en monitoreo y evaluación con la finalidad de mejorar el diseño y la implementación de los programas y políticas públicas del Gobierno Federal. Esta iniciativa pretende difundir las mejores prácticas de desarrollo social como parte de un modelo de aprendizaje institucional. En el año 2014 el CONEVAL realizó una evaluación integral de desempeño de los programas federales de prevención y promoción en salud, donde uno de los aspectos principales fue la evaluación de buenas prácticas. En la revisión de la literatura no se encontraron buenas prácticas para el caso del programa diabetes mellitus, por lo cual se pretende considerar los elementos de otros programas de salud como base para establecer las buenas prácticas en este programa.

¹⁴⁶ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. mginterrial@hotmail.com

¹⁴⁷ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. mgmoreno@hotmail.com

¹⁴⁸ Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. levazque23@hotmail.com

¹⁴⁹ Instituto Mexicano de Seguridad Social. july0521@hotmail.com

De acuerdo con el CONEVAL, la buena práctica debe cumplir con al menos tres criterios: relevancia, innovación y uso de resultados. Se reportan buenas prácticas en algunos programas de salud de diferentes países como Chile, Estados Unidos de América, Reino Unido, entre otros y México ha implementado buenas prácticas. El programa con mayor avance en buenas prácticas es prevención de sobrepeso y obesidad. El reto es incorporar las buenas prácticas al programa diabetes mellitus que implica un alto costo presupuestario y donde diversas variables pueden intervenir y afectar sus resultados y del que se espera obtener impacto en la población que acude a este programa.

Palabras clave: *Evaluación de programas, Salud, Diabetes mellitus*

Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por glucosa en sangre elevada (hiperglucemia). Se estima que 422 millones de personas en el mundo padecen diabetes mellitus, una cifra que aumenta anualmente y que produce 4.8 millones de muertes como resultado de complicaciones de éste padecimiento (World Health Organization, 2016). Es una enfermedad es angustiante y exigente que requiere una gran cantidad de esfuerzos por parte de la persona que la padece para llevar a cabo su tratamiento; además es indispensable el buen funcionamiento de un sistema de atención en salud integral, en el que participe un equipo de salud multidisciplinario que brinde el apoyo necesario a las personas que viven con esta enfermedad para evitar complicaciones que en el peor de los casos desencadenan discapacidad y muerte (Coronado & Escalante, 2014).

En México, la diabetes mellitus es un problema de salud que sigue sin resolver e impacta en la calidad de vida de las personas que la padecen, afectando directamente en la productividad laboral (Programa Sectorial de Salud 2013-2018). Como respuesta ante esta problemática México ha implementado programas específicos para atender esta necesidad de la población sin los resultados esperados (Interrial & Aguilar, 2012). Cabe señalar que únicamente se han considerado algunos indicadores como el nivel de glucosa en sangre y

los signos y síntomas de las personas que acuden a este programa de salud, sin considerar las causas por las cuales no se siguen las indicaciones para controlar este padecimiento.

La evaluación permite identificar si las estrategias y acciones ejecutadas logran los objetivos planeados, es decir, los resultados. Es necesario desarrollar diferentes indicadores que consideren tanto aspectos de las personas que acuden a este programa de salud como los relacionados con el sistema de atención. Es primordial desarrollar un sistema de evaluación que destaque las causas que impiden el logro de objetivos para de acuerdo a ello hacer los ajustes correspondientes en este programa de salud.

La evaluación permanente de acciones y resultados alcanzados por los sistemas de salud es una prioridad en todos los países; es elemental evaluar cada programa o servicio que otorgan a la población. México ha establecido un sistema de evaluación de los principales programas y servicios de salud (Garrido & López, 2011). Es fundamental incorporar las buenas prácticas en la evaluación de programas de salud. Puesto que las acciones emprendidas han dado los resultados esperados, o bien, en caso de situaciones que afecten en el logro de objetivos, las buenas prácticas reportan estos hallazgos y la forma como lo solucionaron.

La literatura reporta que cada vez son más los países que consideran las buenas prácticas para mejorar sus resultados en salud (Peña et al., 2013) y han incursionado en diferentes problemas; sin embargo, poco se ha encontrado para la diabetes mellitus. Sólo en España se reportan buenas prácticas en la estrategia en diabetes su Sistema Nacional de Salud.

Es importante destacar que en el programa de atención a la persona con diabetes mellitus destacan tres actores principales: el enfermo, el personal de salud y la familia. El personal de salud establece las prácticas de atención, indica el tratamiento y la forma de llevarlo a cabo, así como los cuidados que debe considerar, incluyendo la información de dieta, ejercicio y programa de seguimiento de exámenes de laboratorio y gabinete según corresponda; pero el enfermo y su familia deciden si van a llevar o no el tratamiento tal como está prescrito. Entonces se vuelve complejo la evaluación del programa diabetes mellitus. Porque el personal de salud pudo haber hecho lo correcto en su trabajo pero si la persona no lo cumple no se logra el control de su enfermedad. Por lo tanto, son muchas las causas por las cuales las personas no se siguen las indicaciones tal como están descritas.

Al respecto, Interrial y Aguilar (2012) afirman que la evaluación de programas de salud es un fenómeno muy complejo debido a que se deben considerar otros factores de los enfermos como los demográficos, educativos, económicos, sociales y culturales; los cuales deben ser investigados para explicar la respuesta ante este problema de salud. Por lo anterior, es un reto considerar estos factores para poder hacer una evaluación holística y en base a resultados implementar las estrategias pertinentes. El resultado principal en este problema de salud es la adherencia al tratamiento, debido a que si no se cumple lo prescrito favorece el desarrollo de complicaciones que resultan en incapacidad y muerte.

El tratamiento incluye medicamentos, dieta, y medidas específicas de cuidado. La adherencia involucra factores asociados a la persona que padece diabetes mellitus como son la cultura, las creencias, el nivel cognitivo; su sentir ante la enfermedad como aislamiento social, falta de apoyo de la familia y círculo social; los mitos que tiene de la salud, el costo del tratamiento, el estrato socioeconómico, el acceso a los servicios de salud, la duración de la consulta, la claridad en las instrucciones dadas, entre otros (Mejía, Gil, Quintero & Ávila, 2018). Al respecto, Orozco et al. (2016) estudiaron las causas por las cuales los pacientes no llevan adherencia a su tratamiento, reportan que por la falta de conocimiento de la enfermedad, del tratamiento o de las recomendaciones; por el carecer de apoyo familiar-social; por padecer otras enfermedades; por presentar efectos adversos de los medicamentos que les provocan diversas molestias; así como debido a los altos costos de los medicamentos y de la atención.

Como puede observarse, son muchos los factores que influyen en la adherencia, lo que repercute directamente en la práctica de atención en el programa diabetes mellitus. Por lo tanto, en el presente trabajo se pretende profundizar en el conocimiento de las buenas prácticas para destacar lo referente a la diabetes mellitus.

Antecedentes

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL) las buenas prácticas implican la generación de evidencia, que implican prácticas que reflejan un esfuerzo adicional por contar con instrumentos de monitoreo y evaluación que permiten su institucionalización, independientemente de la normativa estatal o federal aplicable en el estado donde se desarrollan (CONEVAL, 2018). Esto significa que las buenas prácticas muestran una forma de trabajo que refleja un cumplimiento de actividades, objetivos y metas establecidas, donde se mide el resultado y de acuerdo con ello se van aplicando las medidas necesarias para mejorarlo; una vez que alcanzan lo esperado se estandariza como proceso de trabajo.

Las buenas prácticas pretenden ser una herramienta que incluya experiencias concretas que pueden ser aplicables y transferibles a otras realidades; incluyen todo el proceso que se desarrolló para la implementación de dicha práctica. Es importante señalar que esta transferencia no significa una aplicación mecánica; implica una reflexión profunda sobre todos los procesos que señalan y del contexto donde se va a implementar para poder realizar los ajustes pertinentes.

Es relevante destacar que las buenas prácticas se han ido adoptando en muchos países y en los diferentes ámbitos. Consideran el cumplimiento de características específicas como: presentar un resultado valioso para la persona que recibe el servicio, ser sencilla y simple, ser pertinente y adecuada al contexto donde se implementa, poder mantenerse y producir efectos duraderos, fomentar la replicación de la experiencia en una situación distinta pero con condiciones similares, ser innovadora (considerar que innovar no implica una nueva acción, sino que puede ser un modo diferente y creativo de realizar prácticas tradicionales o reorganizarlas), considerar los elementos de evaluación de resultados, retroalimentación de las acciones y reorganización de ellas a partir de lo aprendido. Lo esencial es su difusión para permitir generar un conocimiento válido empíricamente, transferible y útil (Bujirovich, 2011).

Discusión Teórica

Borja (2014) define las buenas prácticas como las intervenciones o experiencias realizadas que respondan a las líneas estratégicas del Sistema Nacional de Salud, basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, que pueda ser transferible y que represente un elemento innovador para el sistema sanitario. Señala que existen 14 criterios de calidad para la valoración de las buenas prácticas y se enuncian en el siguiente cuadro:

Criterios de Calidad para la Valoración de las Buenas Prácticas	
Adecuación	
Pertinencia	
Evaluación	
Basada en el mejor conocimiento disponible	
Efectividad	Equidad
Transferencia	Enfoque de género
Innovación	Participación
Eficiencia	Coordinación intersectorial
Sostenibilidad	Aspectos éticos

Fuente: Borja (2014)

La adecuación implica que corresponda con las áreas y lo establecido en las estrategias del sistema nacional de salud. En cuanto a la pertinencia, sus objetivos deben corresponder con las necesidades y las características de la población a la que se dirige, o con una norma reguladora. La evaluación implica que debe evaluarse conforme a los objetivos planteados. En cuanto a ser basada en el mejor conocimiento científico disponible, se centra en sustentarse en estudios científicos de calidad o en la norma reguladora. Respecto a la efectividad, es importante obtener resultados positivos en condiciones reales. Con relación a la transferencia, debe existir la posibilidad de servir como modelo de aplicación en otros contextos.

Respecto a innovación, implica la creación o modificación de una práctica lo que hace más valioso este recurso. Con relación a la eficiencia, es imperativo conseguir los objetivos marcados optimizando los recursos existentes. En cuanto a sostenibilidad, es elemental mantener los recursos disponibles y adaptarlos a las exigencias sociales, económicas y medioambientales del contexto en el que se desarrolla la práctica.

La equidad hace referencia a incorporar los objetivos específicos de disminución de desigualdades en salud. En cuanto a enfoque de género, es elemental integrar el principio de igualdad de género en las diferentes fases de implementación de la práctica, observando el diferente impacto que la intervención pueda implicar entre hombres y mujeres. Respecto a la participación, se deben incluir mecanismos de participación ciudadana y/o involucrar a las personas implicadas. La intesectorialidad se enfoca en promover las relaciones con otros sectores diferentes al sanitario. Y los aspectos éticos, implican el respeto a los derechos de las personas; así como la consideración de los principios éticos.

Es importante señalar que para evaluar una buena práctica debe cumplirse con los primeros tres criterios, de lo contrario, no se seguirá valorando el resto de los criterios y la práctica queda automáticamente excluida como buena práctica.

Por su parte el CONEVAL (2016) considera tres criterios para el reconocimiento de buenas prácticas en monitoreo y evaluación: relevancia, innovación y uso de resultados.

Relevancia: se refiere a la importancia de la buena práctica para la toma de decisiones, desarrollo de capacidades u operación de la acción, proyecto o programa de desarrollo social evaluado y/o monitoreado.

Innovación: Considera lo referente a la originalidad en el diseño o implementación de la evaluación.

Uso de los Resultados: se centra en la implementación de la buena práctica como proceso normado en ámbitos de gestión (planeación, presupuesto, implementación, etcétera) de la acción, proyecto o programa de desarrollo social evaluado.

Como puede observarse, son muchos criterios los que se requieren para considerar una buena práctica. Si bien existen diferentes formatos para evaluar las buenas prácticas, la literatura reporta que al menos debe considerar los siguientes apartados:

La extensión máxima de esta memoria de la práctica a evaluar será de 15 a 20 páginas, incluidos los anexos necesarios (Debe destacar todo el proceso de forma clara y concisa).

El orden de los apartados de información y contenidos que tendrá esta memoria será:

- Datos de identificación de la experiencia
- Línea de Buenas Prácticas en la que se engloba
- Objetivo principal y específicos de la experiencia
- Metodología
- Evaluación y Resultados (se podrá acompañar de tablas y gráficos ilustrativos que permitan una mejor comprensión)

Estos criterios son para someterse a evaluación por organismos nacionales y gubernamentales, donde existen premios o reconocimientos de buenas prácticas (CONEVAL, 2016; Gobierno de España, 2018). Además, la presentación de la buena práctica ante estos organismos sirve como difusión de la práctica y son escenarios donde se puede contactar al personal de salud que han participado en el diseño de las buenas prácticas. En la presentación de resultados es relevante señalar las barreras a las que se han enfrentado y la forma con las han solucionado; así mismo, los cambios y adecuaciones que se han hecho para el logro de los objetivos planteados; es fundamental mencionar las áreas de oportunidad y destacar las fortalezas tanto del personal de salud que participa, como todo lo referente al proceso que se da en las diferentes instituciones del contexto público y privado.

Implementación y Evaluación de Buenas Prácticas

Piqué (2011) presenta un estudio donde evalúa la buena práctica de acuerdo a estructura, proceso y resultado. Este autor presenta una guía de buenas prácticas para contribuir desde la equidad de género a mejorar las condiciones de salud y procesos de atención de salud en atención primaria. Este documento solo enfatiza la forma de atención a los usuarios pero no reporta resultados.

En México se está incursionando en las buenas prácticas en el sobrepeso y obesidad. En diversos países como Chile existen leyes sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad y brinda el marco jurídico para prevenir la obesidad a nivel población. En

estas leyes se prevén acciones sobre el etiquetado y el rotulado de los alimentos, y se hace hincapié en aquellos con alto contenido de azúcares, grasas saturadas, sodio y energía. Asimismo, se estimula la incorporación de actividad física y deporte en los establecimientos educacionales con el objetivo de promover hábitos de vida saludable en los estudiantes. México ha implementado reglas para listar el contenido de las bebidas y los alimentos previamente envasados. Sin embargo, el diseño del etiquetado no es autoexplicativo, por lo que es difícil interpretar la información (Ponce, 2015).

Por otro lado, se han emprendido iniciativas para establecer incentivos y reglas que orienten las ventas al menudeo para estimular la compra de productos más saludables. La idea es que los comerciantes ejerzan prácticas para impulsar a los consumidores a elegir alimentos nutritivos a través de instrumentos como la oferta de productos y la ubicación de estos en la tienda, los precios y las estrategias promocionales, entre otros.

En México también se han hecho esfuerzos locales, como es el caso del gobierno de la ciudad de México, que lanzó una iniciativa voluntaria para que los restaurantes locales retiraran los saleros de las mesas, a reserva de que los comensales los pidieran. Además, por ley, todos los restaurantes de la ciudad de México deberán ofrecer agua potable de manera gratuita (Ponce, 2015).

Como puede observarse se han hecho esfuerzos por prevenir el sobrepeso y la obesidad; sin embargo, el problema persiste porque en el intervienen muchas variables. Para difundir las buenas prácticas, el CONEVAL en el año 2017 reconoce las buenas prácticas en diferentes áreas. En Salud, reconoce a la Secretaría de Salud por la buena práctica Evaluación del Desempeño Hospitalario, la que permite disponer de indicadores estandarizados y periódicos, para llevar a cabo el monitoreo anual del desempeño de los servicios hospitalarios a nivel nacional, de entidades federativas, grupos de hospitales y de unidades hospitalarias.

Por su parte, el Gobierno de España, específicamente el Ministerio de Salud ha evaluado buenas prácticas en diferentes ámbitos de la salud. En diabetes, tiene evaluaciones del 2014, 2016 y 2017. Cabe resaltar que en el año 2014 evaluaron 14 programas como buenas prácticas en Andalucía, Aragón, Madrid, Murcia, Navarra y Vasco. En el año 2015 se

centraron en seis programas en Cataluña, Galicia, Murcia y Vasco y en el año 2017 solo reportan tres programas en Andalucía, Canarias y Madrid.

El programa Estrategia en diabetes, es considerado una buena práctica en la atención a la salud. Tiene una persona responsable y fue aplicado en el país Vasco. Corresponde al área estratégica de formación, investigación e innovación. Se trata de un estudio piloto de intervención cuasiexperimental¹⁵⁰ en el que comparan resultados de un grupo de pacientes que son manejados con un modelo de gestión de patología crónica (grupo de intervención) y otro grupo de pacientes que son manejados de manera convencional (grupo comparación).

Este programa tenía como objetivos principales hacer una revisión exhaustiva de la literatura y revisar los diferentes modelos de atención a este grupo de pacientes y de acuerdo a ello plantear un nuevo modelo para aplicarlo y evaluarlo. Las principales intervenciones fueron: Establecer acuerdos con los ayuntamientos de la población intervenida, servicios sociales, farmacias y asociaciones locales de diabéticos; establecimiento de medidas para permitir la colaboración entre la atención primaria y atención especializada; así como la promoción de las intervenciones de esta estrategia; diseño y ejecución de un plan estructurado de formación de pacientes y profesionales, incluyendo una formación grupal; así como la elaboración del Plan de Cuidados Compartido. Provisión de un servicio sanitario que incluye la potenciación del rol de Enfermería, simplificación del protocolo de visita, sesiones de valoración conjunta de los pacientes con mayor complejidad en su estado de salud y la estratificación por riesgo. La adopción de una nueva Guía de Práctica Clínica y la Nueva Oferta Preferente; así mismo, se estableció una mejora en los sistemas de información, al contarse con una historia clínica compartida y un Call Center, que era un servicio de recordatorio y refuerzo del tratamiento. Para la evaluación de esta estrategia consideraron variables clínicas (hemoglobina glicosilada, tensión arterial, colesterol total, colesterol LDL y peso), variables de gestión (número de consultas en atención primaria, número de urgencias, hospitalizaciones y

¹⁵⁰ Diseño cuasiexperimental: Este tipo de diseño se desarrolló para controlar todas las amenazas posibles de la validez en una situación en la que alguna de los componentes del diseño experimental verdadero no están presentes (Burns & Grove, 2012).

consultas externas) y variables referidas por los pacientes (calidad de vida, satisfacción, impacto y conocimientos). En los resultados clínicos, no se reportan grandes cambios.

Respecto a la hemoglobina glicosilada, se observan mejoras significativas en la población intervenida en el promedio y en el porcentaje de pacientes con buen control metabólico, pero las diferencias ajustadas por el control no son significativas. Esto se repite con la variable peso. No se han encontrado diferencias en las cifras de tensión arterial, colesterol total o colesterol-LDL.

En lo que respecta a recursos sanitarios, se encontraron mejoras estadísticamente significativas en la utilización de recursos de atención especializada: Reducción de visitas a consultas externas y urgencia hospitalaria en la población intervenida versus control que incluso aumentaron. No se encontraron diferencias en los ingresos hospitalarios y consultas realizadas en atención primaria.

Se observó una ligera mejora en las puntuaciones de los cuestionarios de calidad de vida, pero no en el impacto de la diabetes mellitus ni en el grado de satisfacción respecto a la diabetes mellitus. El test de conocimientos sobre diabetes mellitus, revela que a pesar de la alta nota de la que partían ambas poblaciones, el conocimiento ha mejorado en ambos casos, pero es mayor en la población intervenida con una intervención educativa más intensiva. En el subgrupo de la población intervenida con la formación grupal se han encontrado mejoría en todas las variables referidas por el paciente que el grupo intervenido en su conjunto. Las diferencias también se detectan en las variables clínicas: mejores tanto en hemoglobina glicosilada como en la tensión arterial o el peso, pero empeoran en el colesterol o el colesterol-LDL.

Cabe señalar que las intervenciones implementadas son fácilmente replicables con los recursos disponibles en los lugares donde se implementó esta estrategia. De hecho, algunas de las intervenciones se han implementado en gran parte del país Vasco: el Plan de Autocuidado del Paciente, el Plan Compartido y las intervenciones orientadas a la integración asistencial: Altas de la consulta externa para seguimiento de la atención primaria, consultas no presenciales, sesiones conjuntas para discusión de los casos más complejos y comunicación fluida entre ambos niveles.

Reportan que lo que más ha contribuido a la integración asistencial ha sido la formación a médicos y enfermeras de atención primaria para formación de pacientes en su ámbito y con un mismo programa estructurado. El desarrollo de la historia electrónica que permite consultas no presenciales y las sesiones conjuntas formativas y de casos clínicos que permiten la formación continuada.

Buenas Prácticas en la Evaluación: Reto en el Programa Diabetes Mellitus

Como puede observarse hasta el momento, no se cuenta con una buena práctica de atención a personas con diabetes mellitus en México. Esto verdaderamente es un reto, pues el sistema de salud de este país está segmentado y comprende dos sectores: el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS)]. Por su parte, el sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola & Frenk, 2011). Este hecho repercute directamente en la atención a las personas, pues básicamente las que tienen un trabajo formal cuentan con seguridad social y cada una de las diferentes instituciones correspondientes tiene sus recursos y formas de trabajo establecidos; por lo tanto, se otorga diferente atención a la persona que padece diabetes mellitus; es el mismo diagnóstico pero la atención se brinda de acuerdo a los servicios y recursos con los que cuenta la institución asignada.

De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy

diferentes dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

- a) Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias, que son los beneficiarios de las diferentes instituciones de seguridad social.
- b) Los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias. Se trata de la población no asalariada.
- c) La población con capacidad de pago. Es la población que hace uso de los servicios del sector privado, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo.

Cabe destacar que tanto las personas con seguridad social como los pobres del campo y la ciudad que regularmente hacen uso de los servicios de la SSA, los SESA o IMSS-O, utilizan también los servicios de salud del sector privado, en particular los servicios ambulatorios.

Respecto al financiamiento, las instituciones de seguridad social son las que cuentan con mayores recursos. Cabe señalar que cada institución tiene un sistema específico de atención de acuerdo con sus recursos. En este contexto se brinda atención a las personas que padecen diabetes mellitus, como puede observarse la atención es diferente en las distintas instituciones de salud acorde a los recursos con los que cuenta cada una de ellas. Por lo tanto, es difícil para las personas que padecen este padecimiento llevar su control. Además, el sistema de atención a pesar de ser similar difiere en muchos aspectos.

Para empezar, las instituciones de seguridad social son las únicas que abastecen del medicamento necesario y de los estudios de laboratorio y gabinete requeridos. En los servicios públicos es difícil darles los medicamentos, y llevarles un expediente. En el sector privado el usuario compra los medicamentos y paga los estudios requeridos; la desventaja es que la mayoría de las veces cambia con frecuencia de médico por lo que se dificulta en mayor medida llevar su control. El reto es plantear una estrategia de salud centrada en la atención a personas con diabetes que permita otorgar una atención oportuna.

Conclusiones

La diabetes mellitus es un problema de salud que sigue sin resolver y la cantidad de personas que la padecen es alarmante. Debido a las complicaciones y al impacto directo en la calidad de vida de las personas que la padecen es urgente implementar buenas prácticas que permitan identificar lo más tempranamente posible este padecimiento, otorgar una atención oportuna, prevenir complicaciones y favorecer un buen control.

Las buenas prácticas en la evaluación del Programa Diabetes Mellitus es un reto. En la revisión de la literatura se encontraron buenas prácticas que se han implementado en España donde han identificado la mejor evidencia disponible y se han centrado en diseñar un sistema de atención que favorece el conocimiento de la persona que padece diabetes mellitus y del personal que atiende a este grupo poblacional. Además, han buscado un modelo de atención que permita coordinación entre los diferentes niveles de atención como es la primaria, la hospitalaria y la de urgencias. Asimismo, han diseñado guías de práctica clínica que permiten estandarizar la atención en todos los usuarios. Una estrategia que les ha funcionado bastante bien es el Call Center que corresponde a un servicio de recordatorio y refuerzo del tratamiento. Este sería un avance muy grande, si se pudiera implementar en el sistema de salud de México, pues se incrementaría el número de personas que al menos atienden más sus citas médicas tanto con su Médico como en la realización de los exámenes requeridos.

Como puede observarse, existen diferentes estrategias que permiten otorgar una mejor atención a los usuarios que padecen diabetes mellitus. Es fundamental diseñar un modelo de atención que pueda ser aplicado tanto en el sector público como en el privado para que de esta manera todos los usuarios aprendan a controlar su diabetes mellitus.

Es fundamental considerar que el reto también implica abarcar todas las variables implicadas. Se sabe que los factores demográficos como la edad de la persona que padece diabetes mellitus, su nivel de escolaridad, su servicio de salud, su ingreso, el apoyo de su familia, entre otros aspectos también impactan en la forma como el usuario participa en su tratamiento de diabetes mellitus.

Se recomienda avanzar en el término corresponsabilidad, donde el usuario tenga un papel más protagónico y acepte que él es el principal responsable de la evolución de la diabetes

mellitus. El medicamento no es suficiente si el usuario no lo complementa con la dieta y el ejercicio.

Otro aspecto relevante, es buscar estrategias que permitan atender a las personas con diabetes mellitus en los diferentes contextos. Se recomienda que tanto las instituciones educativas como las empresas identifiquen a las personas que padecen diabetes mellitus. Se pueden establecer programas de salud que permitan fomentar el autocuidado, es decir, que la persona sea más responsable y se verifique que está asistiendo a su control en el programa diabetes mellitus.

El principal reto es incorporar las buenas prácticas al programa diabetes mellitus que implica un alto costo, tanto para la persona que padece este problema de salud como para las instituciones. Se sabe que diversas variables pueden intervenir y afectar los resultados, por lo cual se deben identificar y abordar adecuadamente; se espera que la implementación de buenas prácticas impacte en la población que acude a este programa de salud.

Referencias Bibliográficas

- Borja, M. (2014). Buenas prácticas en el sistema nacional de salud. Recuperado de https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Sesiones%20de%20Salud%20Pública/Sesiones%202014/20140304%20Buenas%20prácticas%20en%20el%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud.pdf
- Bujirovich, J. (2011). El concepto de buenas prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo. Libro: Coloquios de investigación cualitativa: subjetividades y procesos sociales. 1ª. Edición. Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba.
- Burns, N. & Grove, S. (2012). Investigación en Enfermería Desarrollo de la Práctica Basada en la Evidencia. 5ª. Edición. Elsevier. España.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL). Evaluación integral del desempeño de los programas federales de promoción y prevención en salud 2014-2015. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IET/Documents/2014/PromocionyPrevencion_Salud.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL). El CONEVAL reconoce las “buenas prácticas de monitoreo y evaluación en las entidades federativas”. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Paginas/BuenasPracticasEF.aspx>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL). Reconoce CONEVAL buenas prácticas de materia de monitoreo y evaluación 2016. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/BPME/GF/Paginas/Buenas-Practicas-2016.aspx>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL). Reconoce CONEVAL buenas prácticas de materia de monitoreo y evaluación 2017. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/BPME/GF/Paginas/Buenas-Practicas-2017.aspx>

- Coronado, I.A. & Escalante-Pulido, J.M. (2014). Actitudes, deseos y necesidades del paciente con diabetes; un enfoque holístico. *Med Int México*; 30, 435-441.
- Garrido, F. & López, S. (2011). Evaluación de los programas y servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 53(suplemento 4), 399-401.
- Gobierno de España (2018). Buenas prácticas (BBPP) en el sistema nacional de salud. Recogida sistematizada de buenas prácticas en el sistema nacional de salud. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>
- Gómez, O., Sesma S., Becerril V.M., Knaul F.M., Arreola H., & Frenk J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex*; 53 supl 2:S220-S232.
- Interial, M.G. & Aguilar, I. (2012). Factores que afectan la percepción del usuario en la evaluación del programa diabetes mellitus en México. *Revista Cuidarte*, 3(3), 300-307.
- Mejía, M., Gil, Y., Quintero, O. & Ávila, M. (2018). Intervención educativa en el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Trujillo, Venezuela. *Revista Venezolana de Endocrinología Metabolismo*, 16(1), 34-36.
- Orozco, D., Mata, M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J. & Miranda, C. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuestas de posibles soluciones. *Atención Primaria*, 48(6), 406-420.
- Peña, M., Rodríguez, J., Álvarez, S., Ballagas, C., Pascual, M., Fors, M., et al. (2013). Estrategia para la preparación de unidades de salud en buenas prácticas clínicas. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 32(2), 196-212.
- Piqué, E. (2011). Guía de buenas prácticas en atención con perspectiva de género. *Index Enferm*, 20(4), 267-271. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300012
- Ponce, A. (2015). Aprueban retirar saleros de restaurantes. Recuperado de <http://www.milenio.com/estados/aprueban-retirar-saleros-de-restaurantes>
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (2014). *Diario Oficial de la Federación*. 1ª. Edición. México, D.F. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- World Health Organization, (2016). *Global Report on Diabetes*. Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>

Efecto persuasivo de la publicidad como influencia en el consumo de alcohol en los adolescentes

Janet García González¹⁵¹.

Félix A. Montero Domínguez¹⁵²

María Delia Téllez Castilla¹⁵³.

María Eugenia Reyes Pedraza¹⁵⁴

Resumen

*El consumo de bebidas alcohólicas es una realidad que cada vez va más ligada a la población más joven. Los adolescentes son el principal objetivo de la industria del alcohol. La publicidad de este explota sus mayores deseos, ofrece distracción, diversión una vida ideal en la que los adolescentes son el centro de todo. El **objetivo** de la presente investigación es determinar el efecto persuasivo de la publicidad como influencia en el consumo de alcohol en los adolescentes a partir de su conocimiento en el efecto que causa las intervenciones de prevención del alcohol en los adolescentes y su percepción como problema de salud pública. **Metodología:** estudio descriptivo cuantitativo, con una muestra aleatoria de 116 adolescentes a quien se les aplicó una encuesta, y análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** 62% de los padres saben que sus hijos consumen alcohol, 65% aseguro tener algún familiar alcohólico; otro 65% aseguró beber alcohol junto con sus amigos, 66% dijo tener un pensamiento de aburrimiento al no haber algún tipo de bebida alcohólica en reuniones. **Conclusiones:** La manipulación de la publicidad se basa en crear hábitos de consumo creando huella a base de repetición. La ideología que se maneja en esta publicidad es de sociabilización. Para reducir el daño relacionado con el consumo excesivo de alcohol se han realizado varias acciones como: aumento de precios e impuestos, reglamentación, medidas para contrarrestar la conducción de automóviles bajo*

¹⁵¹ Universidad Autónoma de Nuevo León. Janetgarcia71@yahoo.com.mx

¹⁵² Universidad Veracruzana, fxkewl@gmail.com

¹⁵³ Universidad Autónoma de Nuevo León tellezdelia@yahoo.com.mx

¹⁵⁴ Universidad Autónoma de Nuevo León kenna.reyes@hotmail.com

los efectos del alcohol, regulación de la promoción del consumo, estrategias de educación; pero estas han sido aisladas y sin estrategias focalizadas.

Palabras clave: *Publicidad, persuasión, alcoholismo, adolescentes*

Introducción

El consumo de alcohol constituye un problema de salud pública global. Se estimó que 3.3 millones de personas murieron en 2012 en todo el mundo debido al uso nocivo de alcohol (World Health Organization, 2014).

Datos de la Encuesta Nacional de estas sustancias 2016-2017, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), revelan que el consumo de drogas inicia cada vez más en edades tempranas, es decir, entre 12 y 17 años. Las Encuestas Nacionales de Adicciones de México de 2011 y 2015 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2014), mostraron un aumento significativo en la prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes. En efecto, el consumo en el último mes se incrementó de 14.5 en 2011 a 26.3% en 2015. El abuso de alcohol (ingesta de 5 o más copas por ocasión) se mantuvo en 14.5%; sin embargo, el análisis de consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato a nivel nacional mostró que la proporción aumentó a 73.9% sin diferencias entre hombres y mujeres (Martínez, 2018). Y de acuerdo con la Encuesta General de Adicciones del 2017, la dependencia al alcohol en adolescentes se duplicó en 10 años, pasando de 2.1% en 2002 a 4.1% en 2011.

Su consumo no solo conduce a la dependencia, también aumenta el riesgo de desarrollar más de 200 enfermedades. Al igual que otras drogas, se considera que los niños y adolescentes son una de las poblaciones más vulnerables. Desde la perspectiva de la prevención integral del consumo de drogas, es necesario identificar los elementos del medio ambiente que puedan afectar negativamente a la población adolescente, y convertirse en un problema aun mayor de salud pública.

En México, al igual que en otras naciones en vías de desarrollo, los adolescentes son un segmento de la población, que es particularmente vulnerable a los factores de riesgo para consumo de drogas; las sustancias de mayor consumo entre este sector de la población son el alcohol, seguido por el tabaco, la mariguana, la cocaína y los inhalables (Ramírez, Cs, & Caballero, 2012; Velázquez et al., 2011).

El consumo de bebidas alcohólicas es una realidad que cada vez va más ligada a la población más joven. Los adolescentes son el principal objetivo de la industria del alcohol. La publicidad de este explota sus mayores deseos, ofrece distracción, diversión una vida ideal en la que los adolescentes son el centro de todo.

El objetivo de la presente investigación es determinar el efecto persuasivo de la publicidad como influencia en el consumo de alcohol en los adolescentes a partir de su conocimiento en el efecto que causa las intervenciones de prevención del alcohol en los adolescentes y su percepción como problema de salud pública.

El efecto de la publicidad de bebidas alcohólicas en las preferencias de consumo de la audiencia adolescente.

Uno de los aspectos centrales en el estudio de la influencia mediática para el consumo de sustancias como el alcohol, es el impacto de la publicidad en la intención de consumo de los adolescentes. En años recientes se ha comenzado a estudiar el impacto de la publicidad en línea en la cantidad de alcohol consumido en adolescentes.

Un meta análisis de las investigaciones en este campo, identificó que la publicidad puede modificar las expectativas acerca del consumo de alcohol, principalmente en adolescentes que no han experimentado los efectos de esta sustancia. Dado que los elementos publicitarios están cargados de mensajes de persuasión al consumo de alcohol, éstos generan expectación y una valoración afectiva positiva hacia el alcohol en los jóvenes, los cuales finalmente se traducen en un incremento en las cantidades de alcohol ingeridas (Anderson, de Bruijn, Angus, Gordon, & Hastings, 2009).

Los jóvenes que activamente buscan y acuden a eventos musicales o deportivos, organizados por compañías dedicadas a la producción y comercialización de alcohol, corren mayor riesgo a ser expuestos al material publicitario relacionado al consumo de alcohol, así mismo, estos jóvenes tienen un mayor conocimiento sobre el contenido de este tipo de publicidad, y reciben recompensas afectivas al observarlo, además de que reportan que "hacen lo correcto" al adquirir y consumir las bebidas que se anuncian en los medios (Anderson et al., 2009).

Un adolescente promedio en los Estados Unidos, dedica alrededor de 8.5 horas al día a consumir contenido mediático y posee la habilidad de utilizar distintos medios al mismo tiempo, es decir, los utilizan a manera de multitarea, al mismo tiempo que observa un programa televisivo puede leer una revista, escuchar música o jugar videojuegos. Por esta razón, representan una importante fracción del mercado del entretenimiento y son uno de los principales objetivos de las agencias de publicidad (Roberts, Foehr, & Rideout, 2005).

Utilizando como muestra a jóvenes de bachillerato en Pittsburg, se realizó un estudio de correlación para detectar si existía una relación entre la preferencia por un tipo específico de medio de comunicación, y el consumo de una sustancia en particular, se descubrió que el 27% de la muestra consume marihuana, mientras que el 60% consume alcohol, además, existe una asociación entre el consumo de alcohol y la preferencia por las películas, mientras que el consumo de marihuana se asocia a la práctica de escuchar música con la característica de que es una relación dosis respuesta, es decir, entre más música escucha el joven mayor es la probabilidad de consumir marihuana, finalmente, no se encontró una asociación entre el uso de videojuegos con ninguna sustancia (Primack, Kraemer, Fine, & Dalton, 2009).

Entre las interpretaciones que los investigadores utilizan para explicar sus resultados destacan que es posible que existan géneros musicales que predispongan al consumo de marihuana, ya sea por su letra o por su melodía, mientras que el uso de alcohol se explica a través de la publicidad al alcohol que existe en las películas, por otro lado, el uso de videojuegos ocupa el tiempo libre de los jóvenes en horas ajenas a la escuela, tiempo que

los jóvenes podrían utilizar en practicar conductas de riesgo para el consumo de sustancias.

A manera de síntesis, es posible observar que existen fenómenos que se mantienen constantes entre las diferentes investigaciones, estos hallazgos funcionan como supuestos sobre los que esta investigación se apoyó:

- El contenido mediático relacionado con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas que se publica en las redes sociales, está dirigido principalmente a poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes.
- Este contenido proviene de dos fuentes diferentes: contenido producido por los propios usuarios de las redes sociales y la publicidad patrocinada por las casas productoras de alcohol y tabaco.
- Las publicaciones relacionadas al consumo de alcohol en un contexto de fiesta, representan una forma de presión positiva de pares sociales que invitan a los contactos de los usuarios al consumo de esta sustancia.
- Este tipo de información contribuye a la normalización del consumo de alcohol en poblaciones vulnerables que utilizan redes sociales para comunicarse con sus pares.
- La publicidad de bebidas alcohólicas modifica las expectativas de los adolescentes que no han consumido esta sustancia.
- Se desconoce aún, el impacto del contenido mediático alusivo al consumo de drogas de consumo ilegal como la marihuana, la cocaína o las anfetaminas, entre otras en usuarios de países en vías de desarrollo.

Desde el análisis de las teorías de efectos de los medios masivos

En los medios de comunicación masiva, las instituciones se apegan a dos tipos de orden que manejan valores opuestos: el propio del estado, que considera el uso de los medios como un servicio público y el del mercado, que utiliza la libertad de expresión para producir contenidos y comercializarlos. La representación mediada del conflicto entre estos

dos tipos de orden, modifica la opinión pública para favorecer a los intereses de las instancias que controlan a los medios de comunicación (Martín, 2010).

Serrano (1993), distingue dos tipos principales de mediación: el primero de ellos es la mediación cognoscitiva, la cual explica el efecto de los cambios en el medio social, en la concepción de la realidad de las audiencias. Su acción consiste en la conciliación del conflicto entre los cambios en el acontecer público y la necesidad de continuar la reproducción de las normas sociales establecidas, este objetivo se alcanza con la propuesta de marcos de referencia, diseñados para que la población pueda interpretar los hechos que ocurren. El segundo tipo de mediación es la estructural, esta se encarga de encuadrar el acontecer dentro de las nuevas formas comunicativas, es decir, es la adaptación constante de los propios medios de comunicación, a la erosión que el cambio social permanente produce en los modelos de mediación. El propósito en común de ambos tipos de mediación es sugerir al público que los cambios en el acontecer público no afectaran el estatus quo de la sociedad (Serrano, 1993).

Al realizar un desglose de las funciones que tienen los medios de comunicación masiva en la sociedad, se pueden distinguir las siguientes (Toro, 2011):

- Transmitir los modelos de vida y valores que son tomados por los consumidores de los productos mediáticos, y que pasan a convertirse en normas sociales.
- Construir una nueva cotidianidad basada en un mundo idílico y romántico que enaltece unos aspectos de la relación entre las clases sociales, al mismo tiempo que suprime otros que no son deseados por los productores de contenido, aboliendo así, la representación fiel al mundo real.
- Formar tipos sociales a partir de los actores mediáticos, al proveer a la audiencia de referentes para la identificación de las diferentes clases sociales, grupos demográficos y grupos étnicos.
- Preservar el individualismo, enalteciendo la autonomía personal, el hedonismo y la búsqueda de la felicidad personal por encima de la felicidad colectiva.

La publicidad es la actividad que utiliza más la “Teoría de la Persuasión” se basa en que se intenta cambiar la conducta de las personas con la interacción simbólica de los mensajes persuasivos. Por ello estos mensajes tienden a tener un significado en el receptor (Moya, 1999).

En un mundo cambiante en el que la comunicación intenta constantemente persuadir las opiniones, gustos, inclinaciones políticas. Hablar de "cambio de actitud" se refiere implícitamente a su proceso de formación y a la consideración de las características de la relación que se establece entre la actitud y la conducta.

Los principios de esta teoría se orientan al estudio y comprensión de la "dinámica de los mensajes persuasivos" y su fundamento principal sostiene que "para que un mensaje persuasivo cambie la actitud y la conducta tiene que cambiar previamente los pensamientos o las creencias del receptor del mensaje".

Según Moya (1999), los elementos claves se refieren fundamentalmente a:

- a) La fuente: considerando en principio la credibilidad de la misma, y de la claridad o transparencia en la intención de persuadir. Las intenciones muy evidentes generan poco efecto en el cambio de actitudes.
- b) Otro aspecto importante, es el que se refiere al atractivo de la misma; este puede aumentar la atención y provocar mecanismos de identificación con ella, lo que mejora su credibilidad y la eficacia en la persuasión.
- c) El contenido del mensaje: especialmente la calidad de sus argumentos, la claridad y organización, así como también el énfasis del mensaje si se basa en aspectos racionales o emocionales.
- d) El canal comunicativo: el medio (visual, auditivo, directo, indirecto) y su calidad.
- e) El contexto: sus condiciones (relajado o serio, agradable o desagradable, tenso o distraído)

Se destaca la importancia de considerar el "peso de la fuente" en el proceso de la persuasión, el cual depende básicamente de dos cosas: por una parte, de la actitud del receptor con respecto a dicha fuente como la credibilidad, el atractivo y la competencia que el individuo le atribuye a la fuente.

Aun cuando no existen estudios determinantes en torno a la influencia de las características del receptor en el cambio de actitud, vale la pena tomar en cuenta el nivel en el que el receptor se deja persuadir y que según Hovland (1959) puede ser afectado por la edad, el nivel educativo, las creencias previas, así como también por factores más estructurados tales como:

- La autoestima: pues a mayor autoestima menos susceptibilidad a la persuasión.
- El autoritarismo: las personas autoritarias son altamente propensas a ser influenciadas por comunicadores de prestigio.
- El aislamiento social: que genera mayor necesidad de la aprobación de los demás.
- El nivel de fantasía: las personas propensas a la fantasía son más susceptibles de ser persuadidas.
- El tipo de orientación vital: las personas independientes que valoran sus objetivos y patrones personales son menos susceptibles que aquellas con altos niveles de adaptabilidad y conformismo.

Para que la persuasión cause el efecto deseado es necesario: primero, que el receptor pase por las distintas etapas del proceso persuasivo y segundo, tener en cuenta que el impacto de la comunicación en cada una de las etapas puede ser distinto; ciertas características del mensaje, de la fuente e incluso los procesos que ocurren en el receptor, pueden ocasionar efectos positivos en algunas etapas y negativos en otras.

Metodología

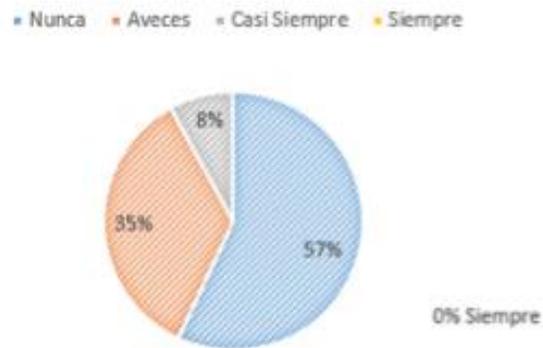
Estudio descriptivo cuantitativo, con una muestra aleatoria de 116 adolescentes de preparatoria en el Municipio de Monterrey, Nuevo León, México. El análisis estadístico descriptivo.

Se busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad y las cuantitativas consiste en más que un conjunto de técnicas para recoger datos. En la investigación se analizó ¿Cuáles son las circunstancias de los adolescentes consumidores?, ¿Qué tipo de publicidad ven más a menudo?, ¿Qué los lleva a consumir alcohol?, ¿Qué comportamientos tienen antes y después de consumir?, ¿De quienes se rodean?, ¿Cuántas veces a la semana consumen alcohol?, ¿Cuántas horas al día están en contacto con la publicidad?, entre otras.

Resultados

Se realizó una encuesta a los alumnos de la preparatoria del Instituto Regiomontano, entre las edades de 16 a 18 años, con 25 items.

La influencia de los comerciales de bebidas alcohólicas, el 57% negó pensar que la influencia de los comerciales alcohólicos es buena, el 35% menciono que a veces y el 8% dijo que casi siempre. En cambio, en la frecuencia con la que se ve la publicidad de bebidas alcohólicas, 67% de los adolescentes menciono que a veces se percata de la publicidad de bebidas alcohólicas, el 23% dijo que casi siempre, y el 10% menciono que nunca.



Gráfica No. 1 Influencia de los comerciales de bebidas alcohólicas

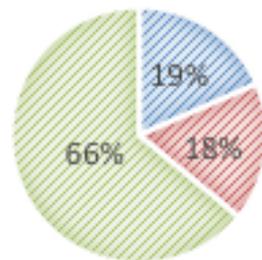


Gráfica No. 2 Publicidad de las bebidas alcohólicas

Se puede observar que los resultados marcan que más de la mitad de los adolescentes no se ven influenciados por la publicidad de las bebidas alcohólicas ya que piensan no es buena, pero también se puede identificar que son más aquellos que no tienen conocimiento del mismo.

En relación con el perfil de consumo se puede identificar que el 66% de los adolescentes menciono consumir alcohol desde los 18 años en adelante, el 19% dijo consumir bebidas alcohólicas antes de los 15 años de edad y el 15% aseguro iniciar su consumo entre los 15 y 18 años.

Antes de los 15 Entre los 15 y 18 18 años en adelante

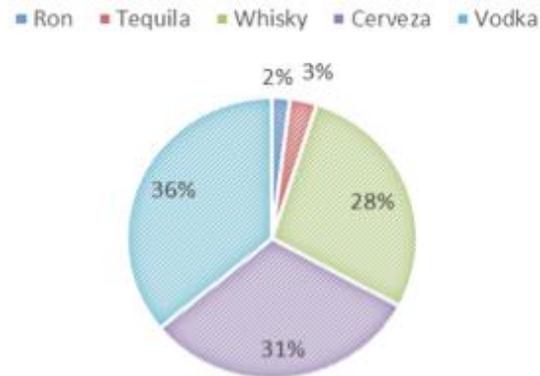


Grafica No. 3 Edad en que comienzan a consumir alcohol

En cuanto al conocimiento de que el alcohol genera adicción, el 89% adolescentes de encuestados aseguro tener conocimiento de que el alcohol genera adicción, el 11% negó tener algún tipo de conocimiento. Estos resultados arrojan que más de la mitad de los adolescentes encuestados comienzan a consumir alcohol al cumplir la mayoría de edad y que casi la totalidad de ellos saben que el alcohol genera adicción al paso del tiempo, lo que se puede decir que están conscientes del riesgo que genera el estar consumiendo alcohol regularmente. Es importante indicar, desde un marco legal en México, que el alcohol solamente se vende a mayores de edad según la ley, esto nos indica que los adolescentes encuestados que consumen alcohol a temprana edad lo consiguen ilegalmente.

En relación con la preferencia de bebidas y sus razones de consumo, las bebidas de mayor demanda por los adolescentes fueron: 36% menciono preferir el vodka, un 31% aseguro consumir cerveza, el 28% whisky, el 3% tequila y solamente el 2% ron. En cuanto al motivo de consumo y de selección hacia la bebida el 54% aseguro preferir la bebida por su sabor, el 46% de los adolescentes menciono preferir dicha bebida por su precio.

En relación con este rubro, la cantidad de dinero destinado para alcohol en un fin de semana, el 92% de los adolescentes está dispuesto a gastar \$150 para comprar alcohol, el 6% aseguro gastar \$250 en un fin de semana para comprar dicha bebida, solo el 2% menciono gastar \$350 o más para alcohol.



Grafica No. 4 Bebidas alcohólicas de preferencia por adolescentes



Grafica No. 5 Gastos en alcohol en un fin de semana

Si siguiendo con el perfil de los adolescentes consumidores, es importante determinar con quien se consumen las bebidas alcohólicas, el 65% menciono consumir alcohol en compañía de sus amigos, el 35% aseguro consumir algún tipo de alcohol con su familia y ninguno dijo consumir estando solo.

Y de las causas de consumo de alcohol el 66% dijo consumir alcohol por gusto, un 34% menciona consumir dicha bebida solo por socializar. Y la frecuencia del consumo de alcohol es que el 60% negó consumir alcohol entre semana, en 34% menciona que a veces consumen algún tipo de bebida alcohólica entre semana, el 5% aseguro que casi siempre lo consumen entre semana, y el 1% dijo que siempre.

El conocimiento de las consecuencias del alcohol a corto y largo plazo, el 90% de los adolescentes encuestado aseguro tener conocimiento de las consecuencias del alcohol a corto y largo plazo, el 10% menciona no tener conocimiento de las consecuencias del consumo de alcohol.

Los resultados de la encuesta demuestran que los adolescentes consumen alcohol siempre acompañados y en su mayoría los fines de semana, pocos son los que consumen entre semana, teniendo en mente los riesgos que el alcohol genera a futuro y en el mismo momento. Lo cual da del resultado que los jóvenes consumen alcohol por el hecho de que las personas que los rodean están consumiendo.

Siguiendo con el análisis de su perfil, es importante identificar la tendencia de que tengan familiares alcohólicos estos adolescentes, el 65% aseguro tener algún familiar alcohólico, el 35% negó tener conocimiento de familiares alcohólicos.

En este mismo tenor, se les pregunto si los padres saben que sus hijos consumen alcohol, el 62% aseguro que los padres tienen noción de que sus hijos consumen alcohol, el 38% aseguro que sus padres desconocen saber que sus hijos consumen algún tipo de alcohol. Y en relación con la influencia de los familiares para que los adolescentes consuman alcohol, el 84% negó tener alguna influencia familiar para consumir alcohol, el 15% dijo que a veces y el 1% menciona que casi siempre, ninguno dijo recibir influencia familiar para su consumo.



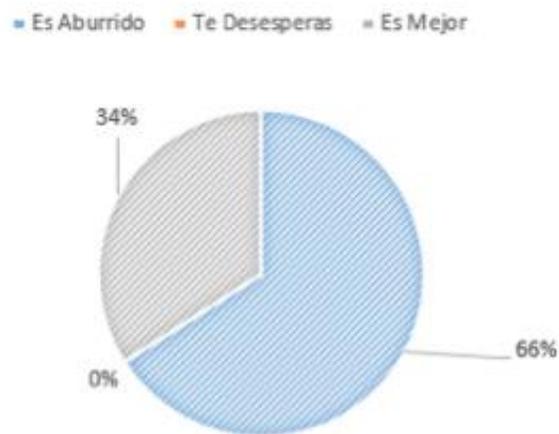
Gráfica No. 6 Influencia de familiares en el consumo de alcohol en adolescentes

Los resultados revelan que gran cantidad de alumnos tienen padres consumidores de alcohol, pero esto no significa que ellos los obliguen o los lleguen a influenciar conscientemente de que también consuman alcohol. También se puede observar que los padres de los adolescentes en gran porcentaje tienen conocimiento que sus hijos son consumidores de bebidas alcohólicas, sin embargo, si lo consumen los adolescentes no les causa problema alguno.

En cuanto a los mensajes de publicidad, esto es, si los adolescentes tienen influencia de las leyendas de prevención de la publicidad antes de consumir alcohol, de los encuestados el 66% negó algún tipo de influencia de las leyendas de prevención antes de consumir alcohol, el 34% afirmó tener influencia. Esto es, el 95% afirmó ver las leyendas de prevención de "si tomas no manejes", el 5% negó a ver visto alguna leyenda de este tipo. En su mayoría ven las leyendas de prevención alcohólica lo cual quiere decir que aparte de que todos están conscientes de los daños que causa el alcohol a corto y largo plazo, también al momento de comprar o consumir alcohol ven las leyendas de prevención e ignoran dichos datos.

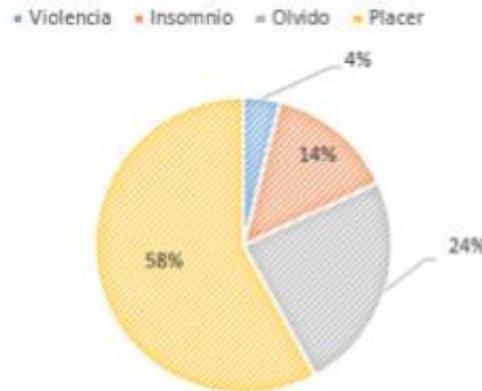
En relación al que piensan los adolescentes sobre el alcohol, se les cuestionó la frecuencia de salir a divertirse los adolescentes los fines de semana, el 55% aseguró salir a divertirse siempre los fines de semana, el 26% mencionó divertirse a veces, el 19% dijo que

casi siempre se divierten. En cuanto a que piensan sobre la falta de alcohol en reuniones, el 66% dijo tener un pensamiento de aburrimiento al no haber algún tipo de bebida alcohólica en reuniones, el 34% menciono que era mejor la falta de alcohol y el 0% que fuera desesperante el que no hubiera alcohol en las reuniones.



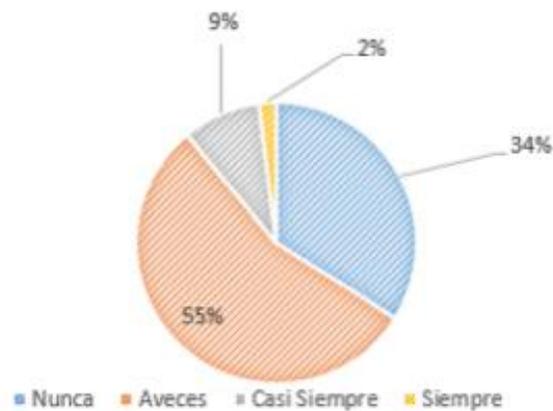
Gráfica No. 7 Estado de ánimo en reuniones sin alcohol

Prosiguiendo con la indagación de determinar la postura de los adolescentes hacia el alcohol, se les preguntó que les provocaba el consumo de este, el 58% mencionó encontrar placer al consumir alcohol, el 24% aseguró tener olvido al ingerir algún tipo de bebida alcohólica, el 14% dijo tener insomnio, y el 4% afirmó actuar con violencia. Y en este mismo punto, se les cuestionó sobre el arrepentimiento después de consumir alcohol, el



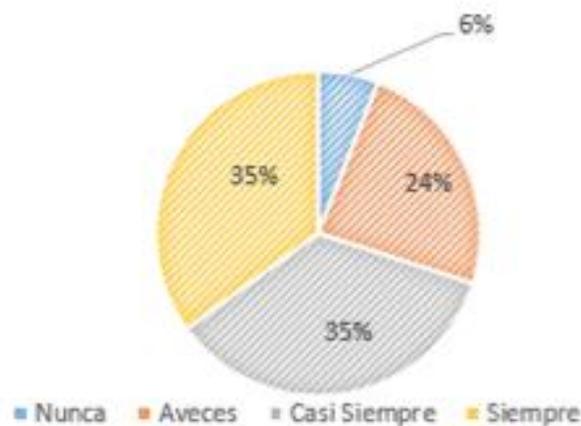
55% afirmó tener a veces algún tipo de arrepentimiento después de consumir alcohol, el 34% negó tener arrepentimiento alguno, el 9% dijo que casi siempre y el 2% aseguró que siempre existe arrepentimiento después del consumo.

Gráfica No. 8 Reacción ante el consumo del alcohol

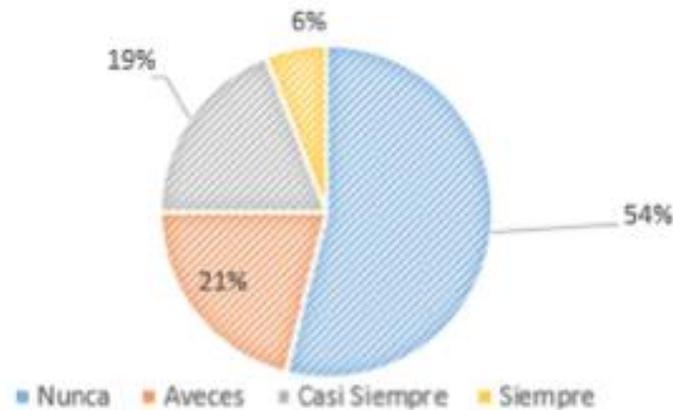


Gráfica No. 9 Existencia de arrepentimiento después de consumir alcohol.

Otra variable de análisis es influencia de la interacción, en esta parte se les pregunto si entre amigos se insistan a tomar unos a otros, el 35% menciono tener algún amigo que siempre consume alcohol, el otro 35% afirmo tener una amistad que casi siempre consume alcohol, 24% dijo que a veces y el 6% menciono que nunca. Y de al estar con los amigos se incitan a consumir alcohol, el 54% dijo que nunca se incitan a consumir alcohol entre amigos, 21% menciono que a veces se incitan a consumir dicha bebida, 19% afirmo que casi siempre, y solo el 6% dijo que siempre.



Gráfica No. 10 Los amigos consumen alcohol



Gráfica No. 11 Influencia de los amigos hacia el consumo del alcohol

Los resultados muestran como la totalidad de los adolescentes se rodean de amistades consumidoras de alcohol, sin embargo, esto no significa que estas amistades influyan en las decisiones de cada adolescente para consumir alcohol ya que según los resultados más de la mitad de estos encuestados señalaron que los amigos no obligan a los demás a consumir alcohol, esto quiere decir que cada adolescente consume lo que desea por decisión propia.

Conclusiones

En la investigación quedan a la vista los factores de riesgo y no solo vinculadas a los efectos de la publicidad, las investigaciones realizadas por Orcacita (2018); y Barragán et al (2016), señalan que la influencia familiar puede un factor de riesgo para iniciar y mantener la conducta de consumo de alcohol en el adolescente. Junto con la presente investigaciones se ha demostrado que hay una relación entre la aceptación del consumo de alcohol y la permisividad (Mariño, 2016; Observatorio de Drogas de Colombia, 2017). De igual manera, se ha encontrado una relación entre la estructura familiar y el consumo de alcohol, siendo mayor en familias consumidoras de alcohol la cusa persistente a la incidencia de este. Asimismo, se ha encontrado conexión entre la tolerancia de los padres hacia el consumo y su naturalización, en otras palabras, la incitación de estos por impulsarlos al consumo. En la investigación se demuestra que los adolescentes encuestados en el estudio iniciaron el consumo en sus propias casas.

El efecto de la persuasión de la publicidad del alcohol en adolescentes

La hipótesis que se generó fue que los adolescentes son consumidores de alcohol a causa de la publicidad de las bebidas alcohólicas. Dicha hipótesis fue rechazada ya que la publicidad no es la principal causa del consumo del alcohol en estos. Se encontró que la principal causa es la influencia de las personas con las que se rodea. Se llega a la conclusión que el adolescente se deja influenciar inconscientemente por los actos que se generan en su familia y los que hacen los amigos. La influencia es inconscientemente,

consume alcohol por seguir actos que ve a su alrededor, no precisamente porque lo obliguen a consumir alcohol. El adolescente está en una etapa donde sigue los patrones de conducta de las personas que lo rodean, es totalmente influenciado. No se deja manipular por la mercadotecnia ni por la publicidad, sino se deja influencias por el que dirán los demás, y los actos que realizan los demás.

La publicidad alcohólica no es de atracción y no influye en las decisiones a la hora de la elección de lo que se va a consumir, esto se debe a que gran parte de los adolescentes no ven la publicidad alcohólica y lo poco que llegan a ver no afecta en las decisiones de los mismos. Es aquí donde se llega a la conclusión que las campañas publicitarias de alcohol no logran persuadir como se desea a los jóvenes, ya que la teoría de la persuasión señala que "para que un mensaje persuasivo cambie la actitud y la conducta tiene que cambiar previamente los pensamientos o las creencias del receptor del mensaje" es aquí donde se llega a la conclusión que los jóvenes no son persuadidos como las campañas de publicidad esperan ya que no se logra cambiar la forma de pensar ni las acciones en ellos.

Efecto que causa las intervenciones de prevención del alcohol en los adolescentes. Ellos si ven y conocen las leyendas de prevención alcohólica, pero se concluye que hacen caso omiso a dichas, ya que a pesar de que las ven estas no logran modificar ni su forma de pensar ni su conducta. Por lo tanto, se piensa que hace falta difundir más la intervención de prevención alcohólica pero no solamente advirtiendo de que no es bueno que se consuma alcohol en exceso sino mostrando ejemplos de tragedias a causa de esto para que los adolescentes puedan quizá reaccionar mejor y tomen otra postura ante esta situación.

Los resultados señalan que los adolescentes si tienen conocimiento de las leyendas de prevención sobre no manejar en estado de ebriedad, se concluye que están bien informados sobre los riesgos que tiene el alcohol y lo que esto puede generar, pero se concluye que es necesario tomar diferentes alternativas ya que a pesar de que los adolescentes tienen conocimiento de esto lo siguen haciendo.

Algo que se esperaba de la investigación y se encontró en los resultados es que los padres sepan que sus hijos son consumidores y a pesar de eso lo acepten o lo vean como algo normal en la sociedad, el problema comienza cuando el adolescente por estar en dicha etapa no sabe controlar el consumo y es cuando comienza la adicción. Los resultados indicaron que saben de las consecuencias que el alcohol genera tanto a largo como a corto plazo, y en su mayoría estos se arrepienten de ingerir alcohol, pero vuelven a caer en lo mismo cada fin de semana. Los adolescentes no ven necesario el alcohol para la diversión más sin embargo cada que salen lo consumen.

En la relación de interacción entre sus propios pares, se ha demostrado que existe una relación entre la presión grupal y el consumo de alcohol, dado que son más propensos y corren mayor riesgo de abusar del uso de bebidas alcohólicas (Rodríguez, Perozo y Matute, 2014).

Es necesario hablar de los factores de protección se han encontrado otros como: buena relación afectiva con los padres, mayor comunicación entre padres e hijos, vínculo afectivo entre padres e hijos, la cohesión familiar y la sensación de ser querido dentro del hogar (Muñoz y Graña, 2001; Olivares, Charro, Úrsua y Meneses, 2018). Asimismo, se encuentra la adaptabilidad familiar, que consiste en que la familia tenga flexibilidad para modificar las reglas y normas y el adolescente se sienta adaptado y participe ante estas. Otros factores que podrían prevenir el consumo de alcohol en los adolescentes son la satisfacción con respecto al sistema familiar, apoyo y estilos de crianza (Lema, Varela, Duarte y Bonilla, 2011); el apego familiar, la existencia de normas de conductas claras tanto en el entorno familiar como en la escuela y la implicación en actividades religiosas hacen parte del grupo de factores protectores para que los adolescentes no consuman alcohol.

Referencias bibliográficas

- Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., & Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 44(3), 229–43. <http://doi.org/10.1093/alcalc/agn115>
- Barragán, AB, Martos, Á, Simón, MDM, Pérez, MDC, Molero MDM, Gázquez, JJ. (2016) Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*
- Hovland, C. I. (1959). Reconciling conflicting results derived from experimental and survey studies of attitude change. *American psychologist*, 14(1), 8.
- Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, alcohol y tabaco 2016-2017, Ciudad de México: INPREFM; 2017
- Lema, L., Varela, M., Duarte, C. y Bonilla, M. (2011). Influencia familiar y social en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Revista Salud Pública*, 29(3), 264-271.
- Mariño, Y., Zamora, E., Santisteban, L., Pérez, L. E. y Oliva, S. (2016). Factores psicosociales que favorecen el inicio del consumo de alcohol en adolescentes. *Multimed. Revista Médica. Ganma*, 20(1), 64-74.
- Martín, J. (2010). From investigation to visual anthropology: an epistemological shudder. *Revista Karpa*, (3.1).
- Martínez, E. K. H., Olalde, M., Calixto, G., & Aguirre, A. Á. (2018). Intervenciones para disminuir el consumo de alcohol en adolescentes: una revisión sistemática. *Enfermería Global*, 17(49), 68-95.
- Muñoz, M. y Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2017). Reporte de Drogas de Colombia 2017. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf
- Olivares, J., Charro, B., Úrsua, M., y Meneses, C. (2018). Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes. *Health and Addictions*, 18(1), 107-118. doi: 10.21134/haaj.v18i1.364
- Orcasita, L. T. (2018). Factores Psicosociales Asociados A Los Patrones De Consumo De Alcohol En Adolescentes Escolarizados. *Psicología desde el Caribe*, 35(1).
- Primack, B., Colditz, J., Pang, K., & Jackson, K. (2015). Portrayal of Alcohol Intoxication on YouTube. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(3), 496–503. <http://doi.org/10.1111/acer.12640>
- Ramírez, G., Cs, D., & Caballero, R. (2012). The effects of social networks on tobacco use among high-school adolescents in Mexico. *Salud Publica de México*, 54(4), 433–442.

- Roberts, D., Foehr, U., & Rideout, V. (2005). Generation M: Media in the lives of 8-18 year-olds. United States of America. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Generation+M:+Media+in+the+lives+of+8-18+year-olds#0>
- Rodríguez, M. Perozo C. y Matute, J. (2014) Resistencia de la presión de grupo y consumo de alcohol en adolescentes. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 6(1), 25–40.
- Serrano, M. M. (1993). La mediación de los medios de comunicación. In *Sociología de la comunicación de masas* (First, pp. 141–162). México D.F.: Escuelas y Autores.
- Toro, B. (2011). Medios Masivos de Comunicación: una construcción de la realidad. *Revista Pequeño*, 1(1), 108–119.
- Velázquez, J. A. V., Flores, F. G., López, M. M., Lourdes, M. De, López, G., Robles, N. O., Ordoñez, C. B. (2011). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Mental*, 34(2), 81–94.
- World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Ginebra: 2014.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, & Secretaría de Salud. (2014). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol. Ciudad de México, México.
- Moya, M. (1999). Persuasión y cambio de actitudes. En Morales, Fco. J. (Coord.) *Psicología Social*. España: McGraw-Hill.

Evaluación del medio ambiente de trabajo del personal de enfermería de un hospital público

Leticia Vázquez Arreola¹⁵⁵
Valeria Nallely Rodríguez Amaya¹⁵⁶
Ma. Guadalupe Interrial Guzmán¹⁵⁷
María Guadalupe Moreno Monsiváis¹⁵⁸

Resumen

Introducción. La calidad y seguridad al paciente son prioridad para los administradores de enfermería y un medio ambiente de trabajo favorable, es factor de apoyo importante vinculado con cuidados de calidad y seguridad al paciente hospitalizado. **Objetivo.** Determinar la percepción del personal de enfermería del medio ambiente laboral de un hospital público. **Métodos y materiales.** Diseño descriptivo, participaron 205 enfermeras, instrumento PES-NWI. El estudio se apejó a las disposiciones de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud. **Resultados.** El factor participación de enfermería en asuntos de hospital, el que predominó fue la jefa de enfermería es accesible (74.6%) y el menor, fue oportunidades para que enfermería participe en políticas del hospital (54.6%). El factor fundamentos para calidad del cuidado, predominó existen programas de educación continua (85.4%) y el menor, fue los cuidados se basan en un modelo de enfermería en lugar de uno médico (31.7%). El factor aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora, predominó la supervisora apoya al personal (78.1%) y el menor, fue la supervisora reconoce el trabajo de enfermería (33.7%). El factor dotación de personal y recursos, predominó hay suficiente personal para el trabajo (56.6%) y el menor, fue existen servicios de apoyo, para tiempo con pacientes (48.8%). El factor relaciones entre enfermería y médico, predominó los médicos tienen a enfermería en gran estima (77.1%) y el menor, fue mucho trabajo en equipo, entre enfermería y médicos (38%). El factor que

¹⁵⁵ Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, levazque23@hotmail.com

¹⁵⁶ Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", val_nra@hotmail.com

¹⁵⁷ Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, mginterrial@hotmail.com

¹⁵⁸ Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, mgmoreno@hotmail.com

*predominó en el índice general fue fundamentos de enfermería, para la calidad del cuidado $M=67.60$ ($DE=17.01$). **Conclusiones.** Estos resultados permitirán establecer proyectos de mejora, para fortalecer los factores que menos aportan al medio ambiente de trabajo favorable y minimizar áreas de riesgo en la calidad y seguridad del paciente hospitalizado.*

Palabras clave: *medio ambiente, trabajo, enfermería, hospital.*

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) refieren que el personal de enfermería es un recurso humano importante para la salud y destaca que el personal de enfermería lo conforman más del 60% de la fuerza de trabajo en salud y cubre un 80% de las necesidades de atención, motivo por el cual se debe hacer más esfuerzo para formar a más profesionales, distribuirlos equitativamente según las necesidades de la población y crear un ambiente de trabajo favorable para retenerlos en sus puestos (OPS, OMS, 2015).

El personal de enfermería es un recurso esencial para lograr la eficacia, la eficiencia y la efectividad en las instituciones hospitalarias y comunitarias. Esta realidad hace que cada vez se dé más importancia al factor humano en la gestión sanitaria. El entorno laboral influye sobre los pensamientos, las emociones y las conductas de los individuos. En lo referente a la gestión del capital humano y sus capacidades se convierten en una importante área de oportunidad por lo que expertos recomiendan formar a los profesionales de la salud, en habilidades de relación para conseguir organizaciones saludables, teniendo en cuenta aspectos físicos y organizativos que favorezcan el medio ambiente de trabajo de enfermería (Merino-Plaza et al., 2017). El crear y mantener un ambiente laboral favorable, es clave para mejorar la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente (Ellis, Priest, MacPhee & Sánchez, 2006).

En relación con esto, los pacientes ingresados en instituciones de salud requieren una gran cantidad de recursos relacionados con los cuidados de enfermería, motivo por el cual las instituciones de salud están obligadas a cumplir con las plantillas adecuadas de personal. Sin embargo, en la actualidad, no todas las instituciones de salud cuentan con una

plantilla de personal completa ocasionando una sobrecarga laboral, cansancio y rotación frecuente del personal de enfermería (Fuentelsaz, Moreno, Gómez & González, 2013).

Para identificar el medio ambiente de trabajo del personal de enfermería se debe comprender cómo se organizan y brindan los servicios a través de la opinión del personal de enfermería (Merino-Plaza et al., 2017). Al respecto, Lake (2002), define el entorno laboral de la práctica de enfermería, como las características organizacionales del ambiente laboral que facilitan u obstaculizan la práctica profesional de enfermería. Siendo un factor que realiza aportaciones y conocimientos que el personal de enfermería puede realizar dentro de las instituciones de salud, para el mejoramiento de la atención del cuidado de enfermería lo cual, se ha observado que está vinculado con los cuidados que enfermería realiza a los pacientes.

El medio ambiente de trabajo mide los factores que se encuentran en la “Participación del personal de enfermería en asuntos del hospital”, “Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado”, “Aptitud, liderazgo y apoyo a las supervisoras”, “Dotación de personal y recursos” y las “Relaciones entre el personal de enfermería y el personal médico” (Lake, 2002; De Pedro-Gómez et al. 2009).

Algunos autores han investigado el medio ambiente de trabajo de enfermería y señalan que existe una relación entre el entorno laboral con la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente y encontraron una relación estadísticamente significativa con la dotación y adecuación de recursos, los fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado y la participación de las enfermeras en asuntos del hospital (Ellis et al. 2006; Lake, 2002; Escobar, et al. 2013).

Papastavrou, Andreou, Tsangari y Merkouris (2014), refieren que existe evidencia de un vínculo entre el cuidado de enfermería y la percepción del profesional de enfermería con un medio ambiente favorable de trabajo. Si los cuidados no se brindan adecuadamente, estos se asocian con resultados negativos de los pacientes y la seguridad del paciente estará en situación de riesgo. Reportan que el cuidado de enfermería y el ambiente de trabajo, se relacionan con la satisfacción del paciente.

Mainz, Baernholdt, Ramlau-Hansen y Brink (2015), refieren que la calidad y la seguridad del paciente, son una prioridad para los gerentes y administradores, y que un

ambiente de trabajo favorable es un factor de apoyo importante para la calidad, y la seguridad del paciente hospitalizado. Encontraron, que, en los hospitales de Dinamarca, la participación de las enfermeras en asuntos del hospital, tuvo un nivel bajo. Y en conclusión, reportan que un ambiente de trabajo de enfermería, es un apoyo y una oportunidad de mejora, para los hospitales magnéticos. En estos hospitales, se promueve un buen clima de trabajo, para así conseguir una mayor satisfacción laboral, por parte del personal de enfermería.

En este mismo contexto, en un hospital público de tercer nivel de atención, ubicado en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México, se han establecido programas e indicadores para incrementar la calidad y seguridad del paciente en la atención del cuidado; sin embargo, no se ha establecido un diagnóstico para conocer los factores del medio ambiente de trabajo en el que el personal de enfermería se desempeña. Y de acuerdo con Lake (2002), el medio ambiente de trabajo es un aspecto para el análisis científico. Por lo anteriormente descrito, el propósito de este estudio fue evaluar el medio ambiente de trabajo del personal de enfermería de un hospital público de tercer nivel de atención. El tercer nivel de atención, se clasifican los hospitales que ofrecen atención médica, a pacientes que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de varias especialidades médicas o quirúrgicas.

El medio ambiente de trabajo o entorno laboral de enfermería, de acuerdo a Lake (2002), determinó que la calidad de los entornos de la práctica de enfermería, pudieran afectar la calidad y seguridad del paciente, durante su estancia hospitalaria y estableció cinco factores, los cuales influyen en el entorno laboral de enfermería, entre los que se encuentran: 1) la participación del personal de enfermería en asuntos del hospital; 2) fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado; 3) aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora; 4) dotación de personal y recursos y 5) relaciones entre el personal de enfermería y el personal médico.

La participación de las enfermeras en asuntos del hospital se refiere a la contribución de enfermería en el contexto hospitalario, entre los que se encuentra el valor que ocupa la enfermera en el hospital, percepción de enfermería en cuanto a su contribución y participación de enfermería en comités y posibilidad de promoción. Los

fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado se refieren a la filosofía aplicada a los cuidados e incluye el modelo de atención médico y de enfermería, planificación del cuidado y educación continua y orientación a personal de nuevo ingreso.

Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora, se refiere a la competencia que tiene la supervisora, para guiar al personal de enfermería en las tareas o actividades diarias, esto incluye, el rol que desarrolla con el personal de enfermería y el apoyo o reconocimiento que ésta recibe. La dotación de personal y recursos se refiere al cuidado de calidad, en relación a los recursos humanos disponibles, entre ellos: el número suficiente de la plantilla de enfermeras, tiempo necesario y comunicación entre las enfermeras, para el cuidado del paciente. Y las relaciones entre las enfermeras y médicos, se refiere a la percepción de enfermería, entre la relación médico – enfermera y enfermera – enfermera, entre ellos: la percepción que tiene el personal de enfermería, del trabajo en equipo y la colaboración que tiene enfermería, con los médicos.

El objetivo general de este estudio fue determinar el medio ambiente de trabajo del personal de enfermería de una institución pública de tercer nivel de atención. Y el objetivo específico fue identificar los factores que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería de acuerdo a 1) la participación del personal de enfermería en asuntos del hospital, 2) fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado, 3) aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora, 4) dotación de personal y recursos y 5) relaciones entre el personal de enfermería y el personal médico.

Material y Métodos

El diseño del estudio según (Burns & Grove, 2012) es considerado descriptivo. Este diseño permitió describir las variables de estudio y se buscó determinar los factores que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería. La población del estudio estuvo conformada por personal de enfermería, de ambos sexos, asignados a los servicios de Ginecología, Obstetricia, Tococirugía, Medicina Interna y Cirugía General, de una institución de salud pública de tercer nivel de atención del área metropolitana de Monterrey, N. L.

El tamaño de la muestra para el personal de enfermería se estimó por medio del paquete estadístico nQuery Advisor, Versión 4.0, (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000) para un análisis de correlación con un nivel de significancia .05, coeficiente de determinación de .20 (efecto de pequeño a mediano, según Cohen, 1988), con una potencia del 90%, resultando un tamaño de muestra de 205 enfermeras (os). De acuerdo con el tamaño de muestra estimado, se considera el censo del personal de enfermería en los servicios antes mencionados.

Se consideró como criterio de inclusión al personal de enfermería de base y eventual, con pacientes asignados y al menos dos meses de laborar en el servicio y que acepten la invitación de participar en este estudio. Además, se consideraron los turnos matutino, vespertino, nocturno y plan piloto; en las categorías de técnico en enfermería, enfermero general y licenciado en enfermería.

Para medir el entorno de la práctica de enfermería, se utilizó la Escala del medio ambiente de trabajo de enfermería (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index [PES-NWI]) de Lake (2002). Este instrumento mide los conocimientos y aportaciones que el personal de enfermería puede realizar dentro del hospital, para el mejoramiento de la atención del cuidado de enfermería. Para fines de este estudio se utilizó la versión española de Orts-Cortes et al. (2013).

La escala del medio ambiente de trabajo de enfermería, se divide en cinco factores. El primer factor corresponde a la participación del personal de enfermería en asuntos del hospital y está integrada por ocho reactivos (5, 6, 11, 16, 18, 23, 25 y 29). El segundo factor corresponde a fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado y está integrada por nueve reactivos (4, 15, 19, 20, 24, 27, 28, 31 y 32). El tercer factor corresponde a aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora incluye cuatro reactivos (3, 10, 14, 22). El cuarto factor corresponde a dotación de personal y recursos, incluye cuatro reactivos (1, 8, 9 y 12) y el quinto factor corresponde a relaciones entre el personal de enfermería y el personal médico está integrada por siete reactivos (2, 7, 13, 17, 21, 26 y 30).

El total de reactivos de la escala es de 32 y las opciones de respuestas son tipo Likert, con opciones de mayor a menor donde: 4=De acuerdo; 3=Algo de acuerdo; 2=Algo en desacuerdo y 1=En desacuerdo. Para el análisis de los datos se realizaron índices con valores de 0 a 100, donde las opciones de respuesta 4 y 3 se transforman a una escala dicotómica y se considera mayor contribución al medio ambiente de trabajo de enfermería, mientras que las opciones 2 y 1 se considera menor contribución. Este instrumento ha reportado un Alpha de Cronbach de 0.84 y para este estudio correspondió a .90, considerándose aceptable (Burns & Grove, 2012).

Para la realización del presente estudio se solicitó la autorización de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como la autorización de la institución de salud participante. Una vez que se autorizó realizar el estudio, el investigador principal se presentó ante la jefa de enseñanza de la institución de salud participante, para solicitar la plantilla del personal de enfermería de los turnos: matutino, vespertino, nocturno y plan piloto de las áreas de ginecología, obstetricia, tococirugía, medicina interna y cirugía general.

Posteriormente, se acudió con cada jefe de piso de las áreas y turnos mencionados y se les solicitó el censo del personal de enfermería a su cargo y se seleccionó al personal que cumplía los criterios de inclusión. Una vez que se tuvo la información requerida para la aplicación del instrumento, se acudió con el personal de enfermería para invitarlos a participar en este estudio. Al personal que aceptó participar, se les dio una explicación clara y completa de la investigación y se les solicitó que leyeran y firmaran la Carta de Consentimiento Informado del Personal de Enfermería.

Enseguida, se les aplicó la cédula de datos personales y laborales (CDPyL) del personal de enfermería y la Escala PES-NWI para medir el medio ambiente de trabajo de enfermería. Por otra parte, se consideró el momento más apropiado para obtener la información y no se interfirió en las actividades del personal de enfermería en las áreas y turnos mencionados.

Se asignó un área específica para la recolección de la información y los datos obtenidos se manejaron de manera confidencial y no influyeron en el estatus laboral del personal de enfermería. Al terminar de aplicar el instrumento, el autor agradeció al personal

de enfermería su participación en este estudio. Asimismo, agradeció al jefe de enseñanza, jefes de piso y a la institución de salud participante, por su colaboración.

El presente estudio se apejó a las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). En la cual se estableció que para el desarrollo de la investigación en salud se consideren aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los participantes en esta investigación.

Con base a lo anterior, se consideró lo estipulado en el Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13, concerniente a que en cualquier investigación en la que un ser humano participe, deberá prevalecer el criterio de respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar. Para cumplir el mencionado artículo se mantuvo el anonimato de la información proporcionada por los participantes, al no identificar su nombre en el instrumento, además se ofreció un trato respetuoso, con cortesía y profesionalismo en todo el proceso de recolección de la información. Se asignó un área específica y se le informó al participante que los datos obtenidos serán confidenciales y no afectarán su estatus laboral.

De acuerdo con el Artículo 14 en sus Fracciones I, V, VI, VII y VIII se contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y con la autorización de la institución de salud participante donde se realizó la investigación.

Referente al Artículo 16 establece la protección de la privacidad del participante, por lo que no se le llamó por su nombre para proteger su anonimato y confidencialidad. Así mismo, los instrumentos fueron anónimos y se respondieron de manera individual. Además, los datos obtenidos fueron confidenciales y los resultados sólo se presentarán de forma grupal, asegurando al participante que nunca se dará información personal. Las encuestas fueron resguardadas en un lugar seguro asignado por el autor principal del estudio durante un período de seis meses y al término del lapso de tiempo serán destruidas.

En base al Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo, debido a que, para la recolección de datos se utilizó una encuesta. Sin embargo, ésta pudiera producir emociones o sentimientos negativos capaces de provocar incomodidad temporal, de ser así se suspendería la recolección de datos temporalmente

hasta que el participante se sintiera cómodo y decidiera reiniciar la recolección de datos. De acuerdo a lo anterior, se acató lo estipulado en el Artículo 18, donde se declara que el investigador principal suspenderá temporalmente la investigación de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste. Cabe mencionar que, en este estudio, ningún participante suspendió su participación.

Para cumplir con el Artículo 20 solo participaron las personas que otorgaron su autorización, además se respetó lo estipulado en el artículo 21, Fracciones I, III, V, VI, VII y VIII; y el artículo 22, Fracciones I, II, III y VI, en el cual se les explicó a los participantes el objetivo del estudio, procedimiento, riesgos, beneficios, uso de la información obtenida, de manera clara y sencilla y el derecho que tuvo el participante a retractarse, además se les dio respuesta a cualquier pregunta o aclaración acerca del estudio.

Por último, se consideró de acuerdo con lo establecido el Capítulo V, Artículo 57 y 58 en su fracción I y II de la Investigación en Grupos Subordinados llámese personal de enfermería, donde se estipula que la participación fue voluntaria. El rechazo de los participantes a intervenir o el retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectó su situación laboral.

La información se procesó en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 20.0 para Windows. Para dar respuesta al objetivo general y objetivo específico uno y las características de la población, se utilizó estadística descriptiva tales como frecuencias, porcentajes, generándose índices con valores de 0 a 100 y se analizaron a través de media, mediana, desviación estándar y se construyó un intervalo de confianza al 95%.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del medio ambiente de trabajo de enfermería. En primer lugar, se incluyen las características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería y enseguida el medio ambiente de trabajo de enfermería de acuerdo con los factores contribuyentes.

Características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería

La media de edad del personal de enfermería correspondió a 27.4 años ($DE=7.9$). El sexo que predominó fue el femenino con un 77.6%. Respecto al turno que predominó fue el nocturno con un 39.5%, seguido del matutino con un 22.4%. Prevalció la categoría de técnico en enfermería con un 53.2%, seguido de la categoría de licenciado enfermería con un 34.1%. El servicio con mayor proporción de participantes fue tococirugía con un 30.7%, seguido de cirugía general con un 30.2%.

En la tabla 1 se muestran los resultados de las características laborales del personal de enfermería, y se puede observar que en antigüedad en la institución y experiencia laboral fueron similares los resultados con una media de 7.3 ($DE=7.0$) y 7.9 ($DE=7.1$) respectivamente. El número de pacientes asignados correspondió una media de 7.6 ($DE=4.6$) y el número de horas trabajadas por día fue una media de 10.9 ($DE=2.9$).

Tabla 1

Características laborales del personal de enfermería

Características laborales	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Antigüedad en la institución	7.3	5.0	7.0	0.2	40
Antigüedad en el servicio actual	6.9	5.0	6.3	0.2	38
Experiencia laboral	7.9	6.0	7.1	0.2	40
Años en educación formal	14.0	14.0	1.8	12.0	19
Número de horas trabajadas por día	10.9	12.0	2.9	7.0	16
Número de horas trabajadas por semana	36.0	36.0	2.1	32.0	40
Número de pacientes asignados	7.6	7.0	4.6	0.0	20
Ingresos de pacientes asignados	4.6	3.0	3.9	0.0	20
Egresos de pacientes por turno	3.2	1.0	4.0	0.0	19

Nota: CDPyL; DE =Desviación Estándar

$n=205$

Medio ambiente de trabajo de enfermería de acuerdo con los factores contribuyentes

En la tabla 2 se observa que el personal de enfermería refiere que el mayor factor

que contribuye al medio ambiente de trabajo fue la jefa de enfermería es muy visible y accesible al personal (74.6%). Y el factor que menos aporta al medio ambiente de trabajo fue hay oportunidades de que el personal de enfermería participe en decisiones sobre la política del hospital (54.6%).

Tabla 2

Factores de participación del personal de enfermería en asuntos del hospital que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería

Factores	De acuerdo (4)		Algo de acuerdo (3)		Algo en desacuerdo (2)		En desacuerdo (1)	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hay oportunidades de desarrollo clínico y profesional	38	18.5	77	37.6	80	39.0	10	4.9
Hay oportunidades que el personal de enfermería participe en decisiones del hospital	17	8.3	76	37.1	88	42.9	24	11.7
La jefa de enfermería es muy visible y accesible	41	20.0	112	54.6	40	19.5	12	5.9
La jefa de enfermería tiene el mismo poder y autoridad que otros directivos	28	13.7	116	56.6	45	22.0	16	7.8
Hay oportunidades para el ascenso	39	19.0	93	45.4	53	25.9	20	9.8
La jefa de enfermería escucha y responde a los empleados	41	20.0	110	53.7	46	22.4	8	3.9
El personal de enfermería se involucra en la gestión interna del hospital	38	18.5	105	51.2	48	23.4	14	6.8
El personal de enfermería tiene la oportunidad de formar parte de los comités	47	22.9	93	45.4	50	24.4	15	7.3

Nota: PES-NWI; *f*= frecuencia; %= porcentaje

n = 205

En la tabla 3 se presentan los factores de fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado. Encontrando que el factor que más contribuye al medio ambiente de trabajo de enfermería fue existen programas activos de desarrollo profesional o de educación continua para enfermería (85.4%). Sin embargo, tienden a estar en desacuerdo en que los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería en lugar de uno médico (31.7%).

Tabla 3

Factores de fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería

Factores	De acuerdo (4)		Algo de acuerdo (3)		Algo en desacuerdo (2)		En desacuerdo (1)	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Existe programas de educación continua para enfermería	99	48.3	76	37.1	24	11.7	6	2.9
La jefatura de enfermería espera cuidados de alta calidad	88	42.9	86	42.0	29	14.1	2	1.0
Existe una filosofía clara de enfermería, que domina el entorno del paciente	66	32.2	89	43.4	46	22.4	4	2.0
Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes	69	33.7	99	48.3	30	14.6	7	3.4
Existe un programa que garantice la calidad del cuidado	60	29.3	99	48.3	38	18.5	8	3.9
Existe un programa de capacitación, orientación y seguimiento para el personal de enfermería de nuevo ingreso	72	35.1	76	37.1	40	19.5	17	8.3
Los cuidados de enfermería se basan en un modelo de enfermería	53	25.9	87	42.4	57	27.8	8	3.9
Se realizan planes de cuidado, actualizados y por escrito de todos los pacientes	57	27.8	90	43.9	52	25.4	6	2.9

Se planifica el cuidado de los pacientes de forma que se fomente la continuidad de los cuidados	39	19.0	87	42.4	43	21.0	36	17.6
---	----	------	----	------	----	------	----	------

Nota: PES-NWI; *f*= frecuencia, %= porcentaje n = 205

En la tabla 4 se presentan los factores de aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería. Y se puede observar que el personal de enfermería está de acuerdo en que la supervisora de enfermería apoya al personal de enfermería (78.1%). Y refieren que el factor que menos se realiza fue la supervisora elogia y reconoce el trabajo bien hecho (33.7%)

Tabla 4
Factores de aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería

Factores	De acuerdo (4)		Algo de acuerdo (3)		Algo en desacuerdo (2)		En desacuerdo (1)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
La supervisora de enfermería apoya al personal	58	28.3	102	49.8	33	16.1	12	5.9
La supervisora de enfermería es una buena supervisora y líder	56	27.3	98	47.8	42	20.5	9	4.4
La supervisora de enfermería elogia y reconoce al trabajo bien hecho	52	25.4	84	41.0	49	23.9	20	9.8
La supervisora de enfermería respalda las decisiones del personal, incluso si el conflicto es con un médico	54	26.3	92	44.9	47	22.9	12	5.9

Nota: PES-NWI; *f*= frecuencia, %= porcentaje n = 205

En la tabla 5 se presentan los factores de dotación de personal y recursos que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería. El personal de enfermería refiere

que el factor con el que están más de acuerdo corresponde que hay suficiente personal de enfermería para llevar a cabo el trabajo (56.6%). Y el factor que menos contribuye fue existen servicios de apoyo adecuados que me permitan pasar tiempo con mis pacientes (48.8%).

Tabla 5

Factores de dotación de personal y recursos que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería

Factores	De acuerdo (4)		Algo de acuerdo (3)		Algo en desacuerdo (2)		En desacuerdo (1)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Existen servicios de apoyo que me permiten pasar tiempo con mis pacientes.	29	14.1	76	37.1	76	37.1	24	11.7
Hay tiempo y oportunidades para plantear problemas de cuidados de los pacientes con otras enfermeras	25	12.2	84	41.0	75	36.6	21	10.2
Hay suficiente personal de enfermería en plantilla	28	13.7	88	42.9	59	28.8	30	14.6
Hay suficiente personal de enfermería para llevar a cabo el trabajo	27	13.2	101	49.3	55	26.8	22	10.7

Nota: PES-NWI; *f*= frecuencia, %= porcentaje

n = 205

En la tabla 6 se presentan los factores de relaciones entre el personal de enfermería y el personal médico que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería. El personal de enfermería refiere que el mayor factor contribuyente fue los médicos tienen al personal de enfermería en gran estima (77.1%). Y suelen estar en desacuerdo en que hay mucho trabajo en equipo entre el personal de enfermería y los médicos (38%).

Tabla 6

Factores de relaciones entre el personal de enfermería y el personal médico que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería

Factores	De acuerdo (4)		Algo de acuerdo (3)		Algo en desacuerdo (2)		En desacuerdo (1)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Los médicos y el personal de enfermería tienen una buena relación laboral	37	18.0	110	53.7	49	23.9	9	4.4
Los médicos valoran las observaciones y juicios del personal de enfermería	43	21.0	92	44.9	55	26.8	15	7.3
Los médicos reconocen las contribuciones del personal de enfermería	62	30.2	82	40.0	47	22.9	14	6.8
Hay trabajo en equipo entre personal de enfermería y los médicos	25	12.2	102	49.8	65	31.7	13	6.3
Los médicos respetan al personal de enfermería como profesionales.	23	11.2	113	55.1	52	25.4	17	8.3
Existe práctica conjunta entre personal de enfermería y médicos	25	12.2	127	62.0	46	22.4	7	3.4
Los médicos tienen estima al personal de enfermería	64	31.2	94	45.9	31	15.1	16	7.8

Nota: PES-NWI; *f*= frecuencia, %= porcentaje

n = 205

Y en la tabla 7 se presentan los índices generales de los factores que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería. Se puede observar que el factor que más contribuye fue fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado, con una media de

67.6 ($DE=17.0$). Y el factor que menos contribuye al medio ambiente de trabajo fue dotación de personal y recursos con una media de 52.4 ($DE=22.4$).

Tabla 7

Índice general de acuerdo a los factores que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería

Índice general	Media	Mediana	DE	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Índice general de los factores del medio ambiente de trabajo	60.6	62.4	14.7	58.5	62.6
Participación del personal de enfermería en asuntos de hospital	58.5	58.3	17.3	56.1	60.9
Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado	67.6	66.6	17.0	65.3	70.0
Aptitud, liderazgo y apoyo de la supervisora	64.3	66.6	23.8	61.0	67.6
Dotación de personal y recursos	52.4	50.0	22.4	49.3	55.5
Relaciones entre el personal de enfermería y el personal médico	60.0	61.9	19.5	57.3	62.7

Nota: PES-NWI; DE = Desviación Estándar

$n = 205$

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron determinar los factores que contribuyen al medio ambiente de trabajo, de acuerdo con lo referido por el personal de enfermería. El factor más contribuyente, en la participación del personal de enfermería en asuntos del hospital, fue la jefa de enfermería es muy visible y accesible al personal. Estos resultados coinciden con los estudios en comparación de Ellis et al. (2006), quienes mencionan, que crear y mantener un ambiente laboral favorable, es clave para mejorar la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

Con relación al factor, que más contribuye en los fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado, fue existen programas activos, de desarrollo profesional o de educación continua, para el personal de enfermería. Estos resultados, coinciden con los estudios en comparación de Escobar et al. (2013), quienes refieren, que, respecto al entorno laboral, el personal de enfermería cuenta con más oportunidades de desarrollo profesional y progreso para adquirir mejores prácticas de enfermería.

Con respecto al factor que más contribuye en la actitud, liderazgo y apoyo de la supervisora, fue la supervisora de enfermería, apoya al personal de enfermería. Estos resultados, coinciden con los estudios en comparación de Escobar et al. (2013), quienes refieren, que las jefas de enfermería tienen habilidades, liderazgo y apoyan a su personal de enfermería.

El siguiente factor referido por el personal de enfermería como más contribuyente en la dotación del personal y recursos, fue hay suficiente personal de enfermería para llevar a cabo el trabajo. Estos resultados coinciden con los estudios en comparación de Escobar et al. (2013), quienes mencionan que a mayor dotación de personal de enfermería mayor seguridad de los pacientes durante su estancia hospitalaria. Al respecto Schubert et al. (2012), señalan, que, si hay una menor dotación del personal de enfermería, se asocia con mayor riesgo para la vulnerabilidad de resultados negativos, en pacientes hospitalizados.

Con respecto al factor que más contribuye en las relaciones entre el personal de enfermería y el personal médico fue los médicos tienen al personal de enfermería en gran estima. Estos resultados coinciden con los estudios en comparación de Escobar et al. (2013), quienes mencionan que entre mayores sean los acuerdos entre los médicos y las enfermeras, mayor será entre ambos el grado de satisfacción. Así también, existe una mejor seguridad de los pacientes, cuando el personal de enfermería y el médico, tienen un ambiente laboral favorable.

La evaluación del índice general en los factores que contribuyen al medio ambiente de trabajo de enfermería, en este estudio, el factor que más contribuye fue fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado. Estos resultados coinciden con los estudios en comparación de Escobar et al. (2013) y Ellis et al. (2006), quienes señalan que los resultados que reportaron en sus estudios, el personal de enfermería cuenta con mayor

desarrollo profesional y progreso, dando como resultado una mayor calidad en los cuidados.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio permitieron identificar el medio ambiente de trabajo del personal de enfermería, de un hospital público de tercer nivel de atención. Es importante destacar, que los factores que más contribuyen al medio ambiente de trabajo del personal de enfermería fueron fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado, de acuerdo a que existen programas activos de desarrollo profesional o de educación continua para enfermería. Además, otro factor que más contribuye fue aptitud, liderazgo y apoyo a la supervisora, en relación a la supervisora de enfermería, apoya al personal.

En cuanto a los factores que menos contribuyen al medio ambiente de trabajo fueron dotación del personal y recursos en relación con que hay suficiente personal de enfermería, para llevar a cabo el trabajo. Otro factor que menos contribuye fue participación del personal de enfermería en asuntos del hospital de acuerdo a la jefa de enfermería, es muy visible y accesible al personal.

La evaluación respecto al índice general, el factor que más contribuye al medio ambiente de trabajo de enfermería, fue el factor fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado y el factor que menos contribuye fue dotación de personal y recursos.

Estos resultados aportan información relevante de considerar por los administradores de enfermería, misma que servirá para identificar los factores que menos contribuyen al medio ambiente o entorno laboral de enfermería y permitan establecer proyectos de mejora, que minimicen áreas de riesgo en la calidad y seguridad al paciente durante su estancia hospitalaria.

Referencias bibliográficas

- Burns, N. & Grove, S. (2004). *Investigación en enfermería* (5a ed.). España, Elsevier.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2ª ed.) Hillsdale, Lawrence Erlbaum.
- De Pedro, J., Morales, J. M., Sese, A., Bennasar, M., Artigues, G & Pericas, J. (2009). Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursingwork index. *Metas de Enfermería*, 12 (7), 65-73.
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M. & Fotheringham, N. (2000). n' Query Advisor Program, versión 4.0.
- Ellis, J., Priest, A., MacPhee, M & Sánchez, A. (2006). Staffing for Safety: a synthesis of the evidence of nurse staffing and patient safety. *Canadian Health Services Research Foundation*. Recuperado de: <http://www.chsrf.ca>.
- Escobar, G., Gómez, T., Ignacio, E., Rodríguez, J., Moreno, T., Fuentelsaz, C... Contreras, M. (2013). Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Elsevier Enfermería Clínica*, 23 (3), 103-111. DOI: 10.1016/j.enfcli.2013.03.005.
- Fuentelsaz, C., Moreno, T., Gómez, T. & González, E. (2013). Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería Intensiva*, 24(3), 104-112.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188.
- Mainz H., Baernholdt M., Ramlau-Hansen C.H. & Brink O. (2015). Comparison of nurse practice environments in Denmark and the USA. *International Nursing Review*, 62(4), 479-488.
- Merino, MJ, Carrera, F, Roca, M, Morro, M, Martínez, A. & Fikri, N. (2017). Gaceta Sanitaria. Recuperado de <http://dc.dpi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.009>.
- Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2015). Destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe. Recuperado de:

https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=624:la-opsoms-destaca-la-necesidad-de-formar-mas-personal-de-enfermeria-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=1005.

- Orts, M. I., Moreno, T., Squires, A., Fuentelzas, C., Marciá, L & González, E. (2013). Content validity of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index.
- Papastavrou E., Andreou P., Tsangari H. & Merkouris A. (2014). Linking patient satisfaction with nursing care: the case of care rationing- a correlational study. *BioMed Central Nursing*, 13 (26). DOI: 10.1186/1472-6955-13-26.
- Schubert, M., Ausserhofer D., Desmedt M., Schwendimann R., Lesaffre E., Li, B. & De Geest, S. (2012). Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals. A cross sectional study. *International Journal of Nurses Studie*, 50 (2), 230-239. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016).
- Secretaría de Salud. (1987). Ley General de Salud y Códigos de México (16^a. ed.) Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (pp. 422-429). México: Porrúa

CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE LA MEDICACIÓN AL ALTA HOSPITALARIA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

María Guadalupe Moreno Monsiváis¹⁵⁹

Astrid de Anda Valdez¹⁶⁰

Julia Teresa López España¹⁶¹

Ma. Guadalupe Interrial Guzmán¹⁶²

Resumen

Introducción: El manejo de la medicación por pacientes o cuidadores es considerado un sistema crítico para la seguridad del paciente, sobre todo en periodos de transición del hospital al hogar. **Objetivo:** Identificar las discrepancias en la medicación al alta hospitalaria, así como determinar el conocimiento del manejo de la medicación en cuidadores de pacientes con enfermedad crónica al alta hospitalaria y en el hogar. Así mismo, su relación con la edad y escolaridad del cuidador y días de estancia y polifarmacia del paciente. **Material y Métodos:** Diseño descriptivo correlacional. Participaron 48 cuidadores de pacientes dependientes con enfermedad crónica dados de alta en un hospital público. Se dio seguimiento telefónico una semana posterior al alta a 25 cuidadores, al resto no fue posible contactarlos. Se utilizó la encuesta MedMaIDE con Alpha de Cronbach de .82. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: Predominó el cuidador del sexo femenino (83.3%), con media de edad de 47.6 años ($DE=10.2$) y escolaridad de 8.1 años ($DE=3.3$). La media de medicamentos prescritos al alta fue de 5.1 ($DE=1.4$). Las deficiencias globales en el conocimiento del manejo de la medicación al alta hospitalaria presentaron una media de 13.3 ($DE=16.5$) y en el hogar aumentaron a 19.1 ($DE=15.1$). Las deficiencias se relacionaron con la polifarmacia del paciente ($r_s=.33$, $p=.02$) y con la escolaridad del cuidador ($r_s=.38$, $p=.008$) y se atribuyeron principalmente a no conocer la dosis de medicamentos que debe

¹⁵⁹ Universidad Autónoma de Nuevo León

mgnoreno@hotmail.com

¹⁶⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social

astrid.deanda@hotmail.com

¹⁶¹ Universidad Autónoma de Nuevo León

july0521@hotmail.com

¹⁶² Universidad Autónoma de Nuevo León

mginterrial@hotmail.com

tomar el paciente durante el día (33.3%), qué medicamentos y horario (27.1%). El 20.8% refirió dificultad para el acceso a la medicación. Conclusiones: Los hallazgos demandan fortalecer el conocimiento del manejo de la medicación al alta hospitalaria y en el hogar, sobretodo en cuidadores con baja escolaridad y con pacientes que requieran polifarmacia, por ser aspectos que se relacionan con las deficiencias en el manejo de la medicación.

Palabras clave: *medicación, cuidadores, alta hospitalaria*

Introducción

El manejo y uso de los medicamentos es considerado uno de los sistemas críticos para la seguridad del paciente, así lo refieren organismos nacionales e internacionales, como el Consejo de Salubridad General (CSG, 2018) y la Joint Commission International (JCI, 2011). El riesgo de errores de medicación se incrementa durante las transiciones en la atención del paciente (CSG, 2018). El periodo de transición tras el alta hospitalaria constituye una etapa de riesgo para todos los pacientes, especialmente en aquellos con enfermedades crónicas ya que demandan mayor uso de medicación (Pérez et al., 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) estima que a nivel mundial el 50% de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de manera inapropiada y en igual porcentaje, los pacientes los toman de manera incorrecta. Una de las causas más comunes de su uso inadecuado es la polifarmacia (OMS, 2006), ésta se define como el consumo de tres o más medicamentos en forma simultánea (Romero et al., 2008).

Se estima que entre el 54% y el 67% de los pacientes que ingresan en los hospitales tienen al menos una discrepancia no justificada entre la medicación registrada en la historia clínica y la que realmente toman en el hogar (Roure, 2010). Los problemas relacionados con la medicación representan el motivo de ingreso entre el 1 y el 28.2% del total de ingresos hospitalarios, éstos son particularmente comunes después del alta hospitalaria, cuando múltiples cambios en el tratamiento del paciente pueden ir acompañados de una inadecuada información al mismo o a su cuidador principal, responsable del manejo de la medicación (Sánchez, et al., 2011).

Para evitar los errores de medicación, tales como omisiones, duplicaciones o errores de dosificación se utiliza la conciliación de medicamentos, que se define como un proceso en el cual se interroga al paciente o cuidador acerca de los medicamentos que tomaba previo a su ingreso hospitalario y se comparan con los medicamentos prescritos actuales, con la finalidad de detectar discrepancias (JCI, 2006). Ésta ha demostrado que es una estrategia útil y capaz de reducir los errores de la medicación de un 42 a 90% y los efectos adversos en un 15 a 18% (Alfaro et al., 2014).

Moreno, Garza e Interrial (2013) refieren que el alta hospitalaria se considera un momento crítico en el que el personal de salud debe proporcionar la educación para el manejo de la medicación en el hogar y avalar que el paciente a su egreso tenga conocimiento de los medicamentos indicados, cómo administrarlos y cómo proveerse de ellos. Al respecto Orwig, Brandt y Gruber (2006), refieren que el manejo de la medicación por parte del paciente o cuidador es un proceso complejo que está integrado por tres dominios que permiten asegurar su cumplimiento, el primero es el conocimiento de la medicación, el segundo, conocer cómo los debe tomar y el tercero, conocer cómo los puede obtener y el acceso a ellos. El paciente necesita conocer la indicación, cómo y cuándo se deben administrar, la duración del tratamiento y cómo obtener sus medicamentos para asegurar el cuidado integral y la continuidad del cuidado en el hogar.

De acuerdo con la revisión de literatura, existen diversos factores vinculados con el manejo de la medicación, los cuales pueden contribuir a un inadecuado manejo del mismo. Al respecto, Núñez et al. (2013) señalan que la polifarmacia y la falta de información al paciente disminuyen la adherencia al tratamiento.

Moreno et al. (2013) refieren que existen factores individuales que pueden predecir el riesgo del manejo inadecuado en la medicación entre ellos la edad y la escolaridad. Núñez et al. (2013) mencionan que el déficit en el manejo de la medicación se incrementa conforme avanza la edad del paciente y esto puede aplicar también al cuidador. La baja escolaridad también se considera un factor de riesgo, tanto para el paciente como para el cuidador, esto debido a la falta de comprensión en el tratamiento, lo que genera mayor presencia de errores.

Ziaieian, Araujo, Van y Horwitz (2012) señalan que la educación del paciente acerca del manejo de su medicación se ve disminuida a medida que los días de estancia se reducen; sin embargo, Bishop, Cohen, Billings y Tomas (2015) refieren que los pacientes con mayor número de discrepancias en la medicación cuentan con un mayor número de días de estancia. Los riesgos de discrepancias aumentan al momento del ingreso y alta hospitalaria del paciente, ocasionando significantes eventos adversos de la medicación. Otro factor que genera riesgo en el manejo de la medicación es la incorrecta conciliación en el momento del alta hospitalaria (Sánchez et al., 2011). Entre las causas de los errores de conciliación se encuentran las enfermedades concomitantes y la polifarmacia (Mármol & Rodríguez, 2015).

Es fundamental asegurar que al alta hospitalaria el paciente y/o el cuidador conocen el manejo de la medicación en el hogar, sobretodo porque el riesgo de errores se incrementa en el hogar, una vez que el paciente o cuidador se encargan directamente del manejo, sobre todo cuando el esquema farmacológico fue modificado en respuesta a la condición de salud. Coleman, Parry, Chalmers y Min (2006) refieren que es relevante la continuidad del apoyo en el manejo de la medicación mediante el seguimiento domiciliario y telefónico, esto ha demostrado ser efectivo porque permite identificar oportunamente dudas o dificultades en la medicación posteriores al egreso hospitalario, y así evitar la presencia de discrepancias, complicaciones y potenciales reingresos hospitalarios.

Objetivo del estudio

Identificar las discrepancias en la medicación al alta hospitalaria, así como determinar el conocimiento del manejo de la medicación en cuidadores de pacientes con enfermedad crónica al alta hospitalaria y en el hogar. Así mismo, su relación con la edad y escolaridad del cuidador y días de estancia y polifarmacia del paciente,

Material y métodos

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2012). La población estuvo conformada por cuidadores a cargo de pacientes con enfermedad crónica en alta hospitalaria en los servicios de hospitalización de una institución pública ubicada en Monterrey, Nuevo León. El tipo de muestreo para la selección de participantes fue por conveniencia. La muestra se estimó con el paquete nQuery Advisor versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000), se calculó a través de un parámetro de correlación bilateral con una potencia de 90%, un efecto mediano de .30 (Cohen, 1998) y un nivel de significancia de .05, dando un total de 48 participantes de los cuales se les dio seguimiento telefónico al hogar a 25, esto debido a que no se pudo contactar al resto. Se consideró como criterio de inclusión que los cuidadores fueran mayores de edad, brindaran apoyo total al paciente con enfermedad crónica, que el paciente al alta hospitalaria tuvieran prescrito tres o más medicamentos y que al menos uno de estos fuera para uso habitual y que contara con un número telefónico de contacto.

Se registraron las características del paciente en una cédula de datos de identificación que en su contenido tenía información relacionada con los días de estancia, diagnóstico médico y número de medicamentos prescritos al alta hospitalaria. En el caso de los cuidadores se registró la información relacionada a su sexo, edad y años de escolaridad. Se incluyó una pregunta para conocer si al ingreso del paciente se registró en el expediente clínico la conciliación de medicamentos (nombre del medicamento, dosis, frecuencia, vía de administración, y duración del tratamiento), así mismo, se interrogó al cuidador para conocer los medicamentos que tomaba el paciente previo a su ingreso hospitalario y se compararon con los registrados en el expediente clínico, esto con la finalidad de detectar discrepancias.

Se registraron los medicamentos prescritos al alta hospitalaria y se compararon con los medicamentos que tomaba el paciente en el hogar, con la finalidad de detectar discrepancias. Cuando se detectaron discrepancias en relación con los medicamentos previos al ingreso hospitalario con los registrados en el expediente clínico y los prescritos al

alta hospitalaria, se registraron y se clasificó el tipo de discrepancia según correspondió a omisión, duplicación, dosis, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento.

Para identificar el manejo de la medicación se utilizó el MedMaiDE de Orwing et al. (2006), que consta de 19 reactivos divididos en tres dominios, el primero busca identificar lo que una persona debe de conocer acerca de la medicación con un subtotal de siete preguntas, de las cuales, las primeras cinco tienen una puntuación sumatoria total para identificar las deficiencias en el manejo de la medicación. El segundo dominio busca identificar si conocen como se deben tomar los medicamentos y que demuestre las habilidades para administrarlos, cuenta con seis reactivos, de los cuales solo los primeros cinco tienen valor en la sumatorio total. El último dominio busca determinar si se conoce como obtener o resurtir los medicamentos, consta de seis reactivos de los cuales solo cuatro son los que tienen valor en la sumatorio total. El instrumento cuenta con algunas preguntas que no tienen valor, sin embargo, fueron de interés para complementar la información en el manejo adecuado de la medicación.

El instrumento tiene opciones de respuesta dicotómica (sí/no). La respuesta “sí” equivale a cero puntos, mientras que la respuesta “no” equivale a un punto. Al final se sumaron los tres subtotales, donde el total de puntaje para la deficiencia en el manejo de la medicación es desde cero puntos como puntaje mínimo, identificado como no deficiencia en el manejo de la medicación, hasta los 14 puntos, puntaje máximo de deficiencia en el manejo de la medicación. La fiabilidad de este instrumento se ha medido a través de pruebas de estabilidad, como lo es la prueba test-retest con un resultado de .93. La consistencia interna reportada a través del Coeficiente Alpha de Cronbach es de .71. La versión original del instrumento se encuentra en el idioma inglés. Para el estudio se utilizó la versión en español aplicada previamente en población mexicana por Moreno et al. (2013) la cual reportó un Alpha de Cronbach de .75, y en el presente estudio reportó un valor de .76.

Adicionalmente, a este mismo instrumento se le agregó una columna de observaciones con la finalidad de ser utilizado en el seguimiento telefónico, en éste se reportaron los inconvenientes que presentó el participante en relación al manejo de la medicación en el

hogar, así como para conocer si el paciente necesitó posterior al egreso hospitalario atención médica vinculada a su problema de salud.

Se obtuvo el dictamen de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como el permiso de la Dirección del Hospital. Se informó acerca del estudio al jefe de enfermería de los servicios de hospitalización participantes, así como a supervisoras y encargadas del turno. Se visitaron los servicios de hospitalización en el turno matutino y vespertino para verificar a los pacientes que se encontraban en alta hospitalaria; esta información se obtuvo a través de la enfermera y trabajadora social. Una vez identificados los pacientes se corroboró en el expediente clínico los datos del diagnóstico médico y los días de estancia; así mismo, se verificó que estuviera anexada la copia de la receta médica, posteriormente se confirmó con los participantes si ya se les había entregado su receta, en caso afirmativo, se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión, posteriormente se les explicó el objetivo del estudio y se les informó que dentro de ocho días se les contactaría nuevamente por vía telefónica para fines del estudio.

Se les solicitó su participación de manera voluntaria mediante la firma del Consentimiento Informado, el cual les fue leído. Una vez que los participantes firmaban la autorización, se procedía a la recolección de datos en el siguiente orden, primeramente, se preguntó la información correspondiente a la cédula de datos del participante donde se incluía la información relacionada con los medicamentos que tomaba el paciente previo a su ingreso hospitalario y se anotaron los nuevos en base a lo reportado en la receta médica, a través de esta información se identificaron las discrepancias. Posteriormente, se aplicó el cuestionario MedMaIDE a través de la entrevista a los participantes. En caso de detectar deficiencias, se reportó a la enfermera encargada del paciente para que le resolvieran al cuidador las dudas antes de su egreso hospitalario. Una vez terminada la aplicación del instrumento se le agradeció su participación y se le recordó que se le contactaría telefónicamente a los ocho días para hacerle preguntas relacionadas al manejo de su medicación en el hogar.

El investigador contó con un formato en donde se registró una clave para cada participante (la misma registrada en la cédula de datos), así como el nombre y teléfono para contactarlo posterior al alta hospitalaria, éste se utilizó únicamente por el investigador como una medida de control del seguimiento del paciente en el hogar. Finalmente, a los ocho días posteriores al alta hospitalaria, el investigador se contactó telefónicamente con el cuidador en el horario referido de su preferencia, cuando no fue posible contactar al participante en la primera llamada se intentó nuevamente en un máximo de tres llamadas telefónicas en un período de tres días. Una vez que se contactó al participante se tenía disponible la información relacionada a los medicamentos que le fueron prescritos a su egreso. Al contactarlo telefónicamente se aplicó nuevamente el instrumento MedMaIDE y se reportó en el apartado de observaciones las dificultades a las que se enfrentó relacionadas al manejo de la medicación. En el caso de los participantes que tuvieron alguna duda relacionada a la medicación o a su padecimiento actual y no pudo ser resuelta por el investigador, se les recomendó asistir al lugar donde refirieron llevar su control médico. Una vez terminada la aplicación del instrumento, se le agradeció su participación en el estudio.

El estudio se apegó a las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). En la cual se establece que para el desarrollo de investigación en salud se deben considerar aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los participantes en la investigación. Cabe destacar que en todo momento se respetó la confidencialidad y anonimato de la información de los datos de los participantes.

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Para analizar las variables relacionadas con los factores personales se utilizó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes y medidas de tendencia central y dispersión como media, mediana y desviación estándar. Posteriormente, se identificó la distribución de los datos a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, así como, la consistencia interna de los instrumentos, a través de la prueba Alpha de Cronbach.

Para determinar la relación que existe entre el manejo de la medicación con edad, escolaridad, polifarmacia y días de estancia se utilizó el Coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

A continuación, se muestra en primer orden las características de los participantes, seguido de la identificación de discrepancias, el conocimiento del manejo de la medicación en el cuidador de pacientes con enfermedad crónica y finalmente la relación entre las variables de estudio.

Características de los participantes

Se obtuvo una muestra de 48 cuidadores. Del total de participantes se dio seguimiento telefónico a 25, el resto no fue localizado debido a que no fue posible contactarlos telefónicamente. En relación con el perfil de los 48 cuidadores principales predominó el sexo femenino con el 83.3%. La media de edad fue de 47.6 años ($DE=10.2$) y la escolaridad de 8.1 años ($DE=3.3$). La media de días de estancia de los pacientes que estaban bajo el cargo de un cuidador principal fue de 9.0 ($DE=9.7$). El 52% de los cuidadores estuvo conformado por hijos, seguido de esposos con el 29.2%.

En la tabla 1 se muestran los diagnósticos de los pacientes, de los cuales destacan la hipertensión, diabetes y otras enfermedades (insuficiencia renal crónica, enfermedad neurológica, cardíaca y pulmonar) con el 25%, seguido de la hipertensión y diabetes con el 16.7%. El 33.3% de los pacientes llevan su control médico en centros de salud, seguido de un 22.9% que lo llevaba en la institución donde se realizó el estudio.

Tabla 1

Diagnósticos médicos

Diagnóstico médico	<i>f</i>	%
Hipertensión, diabetes y otras (insuficiencia renal crónica, enfermedad neurológica, cardíaca y pulmonar)	12	25
Hipertensión y diabetes	8	16.7
Hipertensión y otras (enfermedad cardíaca, neurológica y pulmonar)	6	12.5
Diabetes y otras (enfermedad neurológica y cardíaca)	6	12.5
Insuficiencia renal crónica e hipertensión	6	12.5
Hipertensión	5	10.4
Diabetes	5	10.4

Nota: $n=48$, f =frecuencias, %=porcentajes

Características de la medicación al alta hospitalaria

Se realizó la conciliación de medicamentos al ingreso hospitalario en el 52.1% de los pacientes a cargo de los cuidadores participantes en el estudio. De los pacientes en los que se realizó la conciliación se identificó que el 2.1% presentó discrepancias entre lo referido por el paciente y/o cuidador y lo registrado en el expediente clínico al ingreso hospitalario, éstas se asociaron a la duración del tratamiento. En relación a las discrepancias entre lo prescrito al alta hospitalaria y lo que el paciente tomaba previo a su ingreso hospitalario se identificaron 4.2% discrepancias, las cuales fueron asociadas a la omisión de los medicamentos. La media de la polifarmacia al alta hospitalaria en el paciente con enfermedad crónica fue de 5.1 ($DE=1.4$).

Manejo de la medicación al alta hospitalaria reportado por el cuidador

En la tabla 2 se muestra que el 100% de los cuidadores conoce como se debe de tomar el paciente el medicamento; sin embargo; el 33.3% no conoce la cantidad de medicamentos

que debe de tomar el paciente durante el día, el 27.1% no mencionó todos los medicamentos que tiene que tomar el paciente diariamente y el mismo porcentaje no conoce el horario en el que se deben de tomar.

Tabla 2

Conocimiento del cuidador acerca del manejo de la medicación al alta hospitalaria

Conocimiento de la medicación al alta hospitalaria	Sí		No	
	f	%	f	%
Menciona todos los medicamentos que toma	35	72.9	13	27.1
Menciona la hora en el día en que debe tomar los medicamentos	35	72.9	13	27.1
Menciona como se deben de tomar	48	100	0	0
Menciona el motivo por el cual toma cada medicamento	42	87.5	6	12.5
Menciona la cantidad de medicamentos que toma diario	32	66.7	16	33.3
Tiene otros medicamentos disponibles en el hogar	35	72.9	13	27.1

Nota: n=48, f=frecuencias, %=porcentajes

En la tabla 3 se muestran los resultados del cuidador acerca del conocimiento de cómo tomar los medicamentos, se destaca que el 97.9% demuestra llenando un vaso de agua, seguido del 95.8% que conoce como retirar la tapa del medicamento, por otro lado, el 20.8% no sabe dónde guardar los medicamentos o no lo hace de manera adecuada, entre lo mencionado por el cuidador destaca que los tienen expuestos a la luz y humedad.

Tabla 3

Conocimiento del cuidador de cómo tomar los medicamentos al alta hospitalaria

Conocimiento de cómo tomar los medicamentos al alta hospitalaria	Sí		No	
	f	%	f	%
Demuestra llenando un vaso de agua	47	97.9	1	2.1
Retira la tapa del medicamento	46	95.8	2	4.2
Menciona el número de pastillas que toma para su dosis indicada	41	85.4	7	14.6
Menciona como se administra el medicamento	44	91.7	4	8.3
Indica la cantidad de agua que toma para pasar el medicamento	44	91.7	4	8.3
Menciona como guardar los medicamentos correctamente	38	79.2	10	20.8

Nota: n=48, f=frecuencias, %=porcentajes

En la tabla 4 se muestran los resultados del conocimiento del cuidador acerca de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos al alta hospitalaria, se destaca que el 25% después de resurtir el medicamento no lo revisa antes de tomarlo, este mismo porcentaje no tiene receta o guía para tomar los medicamentos. Al 16.7% no se le explicó si debe de resurtir los medicamentos, así mismo, el 20.8% refirió que el paciente necesita algún medicamento y no lo puede obtener, esto debido a motivos económicos o por falta de medicamento en la farmacia. Entre los medicamentos que no pueden obtener se encuentran hipoglucemiantes, antihipertensivos, inmunosupresores, antidepresivos y broncodilatadores.

Tabla 4

Conocimiento del cuidador acerca de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos

Conocimiento de cómo obtener los medicamentos al alta hospitalaria	Sí		No	
	f	%	f	%
Le explicaron si debe de resurtir los medicamentos	40	83.3	8	16.7
Conoce cómo debe o donde resurtir los medicamentos	46	95.8	2	4.2
Cuenta con recursos para resurtir su medicamento	44	91.7	4	8.3
Al resurtir el medicamento revisa que sea el indicado	36	75.0	12	25.0
Tiene receta o guía para tomar sus medicamentos	36	75.0	12	25.0
Hay medicamentos que necesita y que no puede obtener	10	20.8	38	79.2

Nota: n=48, f=frecuencias, %=porcentajes

Manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria (seguimiento telefónico)

A continuación, se presentan los resultados del manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria reportado por el cuidador. Se dio continuidad telefónica a 25 participantes.

En la tabla 5 se muestra que el 56% desconoce el motivo por el cual el paciente debe de tomar el medicamento, seguido de un 36% que no menciona todos los medicamentos que se debe de tomar el paciente.

Tabla 5

Conocimiento de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria

Conocimiento de la medicación en el hogar	Sí		No	
	f	%	f	%
Menciona todos los medicamentos que toma	16	64	9	36
Menciona la hora en el día en que debe de tomar los medicamentos	21	84	4	26
Menciona como se deben de tomar	25	100	0	0
Menciona el motivo por el cual toma cada medicamento	11	44	14	56
Menciona la cantidad de medicamentos que toma diario	20	80	5	20
Tiene otros medicamentos disponibles en el hogar	8	32	17	68

Nota: n=25, f=frecuencias, %=porcentajes

En relación con el conocimiento acerca de cómo tomar los medicamentos en el hogar posterior al alta hospitalaria, en la tabla 6 se muestra que el 8% de los cuidadores no menciona el número de pastillas que toma para su dosis indicada y en igual porcentaje desconoce cómo retirar la tapa del medicamento, así mismo, el 4% no sabe cómo administrar el medicamento y en igual porcentaje no conoce la manera adecuada de guardarlos.

Tabla 6

Conocimiento de cómo tomar los medicamentos en el hogar posterior al alta hospitalaria

Conocimiento de cómo tomar los medicamentos en el hogar	Sí		No	
	f	%	f	%
Puede llenar un vaso de agua	25	100	0	0
Sabe retirar la tapa del medicamento	23	92	2	8
Menciona el número de pastillas que toma para su dosis indicada	23	92	2	8
Menciona como se administra el medicamento	24	96	1	4
Indique la cantidad de agua que toma para pasar el medicamento	20	100	0	0
Menciona como guardar los medicamentos correctamente	24	96	1	4

Nota: n= 25, f=frecuencias, %=porcentajes

En la tabla 7 se muestra los resultados acerca del conocimiento de cómo obtener los medicamentos en el hogar posterior al alta hospitalaria, se destaca que al 52% no se les explicó si debía de resurtir los medicamentos, además el 20% desconoce cómo y dónde resurtirlos. Cabe resaltar que el 44% de los cuidadores necesitan algún medicamento y no lo pueden obtener, debido en su mayoría por cuestiones económicas. Entre los medicamentos que necesitan y no pueden obtener se encuentran la eritropoyetina, hipoglucemiantes y antihipertensivos.

Tabla 7

Conocimiento de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos en el hogar posterior al alta hospitalaria

Conocimiento de cómo obtener los medicamentos en el hogar	Sí		No	
	f	%	f	%
Le explicaron si debe de resurtir los medicamentos	12	48	13	52
Conoce cómo debe o donde resurtir los medicamentos	20	80	5	20
Cuenta con recursos para resurtir su medicamento	24	96	1	4
Al resurtir el medicamento revisa que sea el indicado	24	96	1	4
Tiene receta o guía para tomar sus medicamentos	19	76	6	24
Hay medicamentos que necesita y que no puede obtener	11	44	14	56

Nota: n=25, f=frecuencias, %=porcentajes

Índices de deficiencias en el manejo de la medicación

A continuación, se presentan los resultados de los índices de deficiencias en el manejo de la medicación reportados por el cuidador al alta hospitalaria y en el hogar posterior al alta hospitalaria.

En la tabla 8 se muestra que el mayor número de deficiencias correspondió al conocimiento de la medicación, seguido por el conocimiento de cómo obtenerla.

Tabla 8

Índices de deficiencias en el manejo de la medicación al alta reportadas por el cuidador

Cuidador al alta hospitalaria	Media	Mdn	DE	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Conocimiento de la medicación	20.0	0	26.4	12.3	27.6
Conocimiento de cómo tomar	7.5	0	15.2	3.0	11.9
Conocimiento de cómo obtener	12.5	0	21.8	6.1	18.8
Global	13.3	7.1	16.5	8.5	18.2

Nota: n=48, Mdn=mediana, DE=desviación estándar

En cuanto a las deficiencias reportadas por el cuidador en el manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria, en la tabla 9 se observa un incremento en las deficiencias respecto a las identificadas al alta hospitalaria, destacan en el conocimiento de cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos.

Tabla 9

Índices de deficiencias en el manejo de la medicación en el hogar posterior al alta hospitalaria reportada por el cuidador

Cuidador en el hogar	Media	Mdn	DE	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Conocimiento de la medicación	25.6	20.0	27.3	14.6	45.3
Conocimiento de cómo tomar	4.0	0	11.5	-.7	8.7
Conocimiento de cómo obtener	30.0	25.0	20.4	21.5	38.4
Global	19.1	14.2	15.1	12.9	25.3

Nota: n=25, Mdn=mediana, DE=desviación estándar

Deficiencias en el manejo de la medicación relacionadas a la edad y escolaridad del cuidador y a los días de estancia y polifarmacia en el paciente

Las deficiencias reportadas por el cuidador en el manejo de la medicación respecto a cómo tomar los medicamentos al alta hospitalaria, se relacionan con la polifarmacia del paciente ($r_s=.33$, $p=.02$). Así mismo, la escolaridad del cuidador se relacionó con las deficiencias en cuanto a cómo obtener los medicamentos y el acceso a ellos ($r_s=.38$, $p=.008$). Cabe resaltar que la edad y escolaridad del cuidador, así como la polifarmacia y los días de estancia del paciente no se relacionaron a las deficiencias en el manejo de la medicación en el hogar ($p>.05$).

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron identificar el apego a la conciliación farmacológica, así como las discrepancias en la medicación prescrita y las deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria y en el hogar posterior al alta hospitalaria de acuerdo con lo reportado por el cuidador.

En relación con la conciliación de los medicamentos, esta no se realizó en una alta proporción de los pacientes o no fue evidente a través de la documentación en el expediente, esto concuerda con lo reportado por Mármol y Rodríguez (2015). Sin embargo, a pesar de la omisión en la evidencia de conciliación, se identificó que las discrepancias entre la medicación previa al ingreso del paciente y la registrada en el expediente clínico, fueron escasas, este hallazgo difiere con López, Aquerreta, Faus y Idoate (2014), Mármol y Rodríguez (2015) y Soler et al. (2011). Así mismo, fueron pocas las discrepancias identificadas al alta hospitalaria, resultado que difiere con lo reportado por Bishop et al. (2015), López et al. (2014) y Ziaieian et al. (2012) quienes reportan mayor número de discrepancias.

La omisión en la conciliación y las escasas discrepancias identificadas pudiera atribuirse a que el profesional de la salud sí interroga al paciente acerca de su medicación previa al ingreso; sin embargo, no lo registra en el expediente clínico debido a diversos factores. De

acuerdo con Soler et al. (2011), generalmente la omisión en la documentación puede atribuirse a la elevada presión laboral, lo cual genera que el profesional de la salud no disponga del tiempo para documentar la historia clínica de manera adecuada. Cabe resaltar que la documentación en el expediente se considera importante por ser herramienta de comunicación entre los miembros del equipo de salud, por lo cual el profesional de la salud debe de registrar en el expediente clínico toda la información relacionada al paciente.

En relación a las deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria y en el hogar, de acuerdo a lo reportado, un poco más de la tercera parte de los cuidadores desconoce la dosis que tiene que tomar el paciente diariamente, que medicamentos debe tomar diariamente, así como el horario de los mismos, estos hallazgos coinciden con lo reportado con Moreno et al. (2013), Núñez et al. (2013), Sánchez et al. (2011) y Soler et al. (2011). En relación con las deficiencias asociadas al conocimiento de cómo obtener los medicamentos, una cuarta parte de los cuidadores principales no revisan que el medicamento sea el indicado después de resurtirlo. Dichos datos coinciden con lo reportado por Moreno et al. (2013). Este hallazgo es importante de considerar debido a que la falta de información y claridad respecto a la medicación que debe tomar o administrar al alta hospitalaria repercute en el apego al tratamiento farmacológico de acuerdo con sus necesidades.

En cuanto al conocimiento de cómo obtener la medicación, más de la mitad de los participantes refirió no haber recibido información respecto a si debía de resurtir los medicamentos, lo cual difiere a lo reportado por Moreno et al. (2013) quienes encontraron un menor porcentaje en participantes de un hospital privado. Esto se considera relevante por estar directamente vinculado con la continuidad en el tratamiento.

Un hallazgo relevante identificado en el hogar posterior al alta hospitalaria fue el incremento en las deficiencias en el manejo de la medicación. Esto coincide con lo reportado por Misky, Wald y Coleman (2010) y Sánchez et al. (2011), quienes refieren que posterior al alta hospitalaria hay mayor riesgo de olvidar las instrucciones en relación a sus cuidados si no se les brinda el seguimiento adecuado.

Se identificó en el cuidador al alta hospitalaria que las deficiencias en el manejo de la medicación respecto al conocimiento acerca de cómo tomar o administrar la medicación se relacionaron con la polifarmacia, este es un hallazgo relevante de considerar, ya que como lo refieren Núñez et al. (2013) es complicada de manejar y susceptible a deficiencias en la medicación. Es importante que el profesional de enfermería detecte a los pacientes que al alta hospitalaria egresan con polifarmacia y utilicen estrategias de orientación para que al paciente y/o cuidador principal no le queden dudas referentes a la medicación. Así mismo, la escolaridad se relacionó al conocimiento de cómo obtener los medicamentos, este hallazgo pudiera atribuirse al factor económico considerando que una menor escolaridad pudiera estar asociada con menores ingresos, lo cual pudiera complicar el acceso del paciente a los medicamentos por cuestiones económicas.

De acuerdo con la literatura, las deficiencias en el manejo de la medicación se asocian con algunas otras características personales como la edad del cuidador y los días de estancia hospitalaria del paciente. Sin embargo, en el presente estudio, no se encontró relación entre las deficiencias en el manejo de la medicación con la edad del cuidador y los días de estancia del paciente. En cuanto a la edad, este hallazgo difiere con lo reportado por Moreno et al. (2013) quienes reportan que a mayor edad mayores deficiencias en el manejo de la medicación. Respecto a los días estancia, el resultado difiere con lo reportado por Bishop et al. (2015) y Ziaei et al. (2012). Este hallazgo pudiera explicarse por la media de edad de los participantes, la cual se ubicó en 47 años y esto puede favorecer la comprensión en el tratamiento, así como por el número de días de estancia con valores distintos a los reportados en los estudios relacionados.

Conclusiones

Se identificó un alto porcentaje de pacientes en los que no se realizó la conciliación de medicamentos; sin embargo, fueron escasas las discrepancias no justificadas encontradas y éstas se asociaron a la omisión y duración del tratamiento. Las deficiencias en el manejo de la medicación al alta hospitalaria y en el hogar se atribuyen al conocimiento de la medicación y al conocimiento de cómo obtener los medicamentos. Cabe destacar que las

deficiencias se incrementaron en el hogar. La escolaridad del cuidador y la polifarmacia del paciente se asociaron con las deficiencias en la medicación al alta hospitalaria. Se requiere fortalecer el conocimiento del manejo de la medicación al alta hospitalaria y en el hogar, sobretodo en cuidadores con baja escolaridad y con pacientes que requieran polifarmacia, por ser aspectos que se relacionaron con las deficiencias en el manejo de la medicación.

Los hallazgos del estudio muestran que una vez que el paciente egresa del hospital, el cuidador presenta dudas para el manejo de su medicación, lo que demanda un seguimiento que le permita llevar el tratamiento farmacológico de manera adecuada, lo cual pudiera tener impacto en la disminución de complicaciones y reingresos hospitalarios. Debido a lo anterior se recomienda realizar un estudio con una muestra mayor para comparar los resultados, y de encontrarse hallazgos similares al presente estudio, se sugiere a los administradores de los servicios de salud modificar los modelos de atención y considerar implementar modelos de seguimiento al hogar que de acuerdo con la evidencia han demostrado ser efectivos para un adecuado manejo de la medicación en periodos de transición.

Referencias Bibliográficas

- Alfaro, E., Vega, M., Galván, M., Nieto, M., Pérez, C. & Santos, B. (2014). Metodología de conciliación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Elsevier*, 46(2), 89-99.
- Bishop, M., Cohen, B., Billings, L. & Tomas, E. (2015). Reducing errors through discharge medication reconciliation by pharmacy services. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 72(2), 20-26.
- Burns, N. & Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería*. Madrid, España: Elsevier.
- Cohen, A. (1998). *Strategies in Learning and Using a Second Language*. California, Estados Unidos: Logman.
- Coleman, E., Parry, C., Chalmers, S. & Min, S. (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1822-1828.
- Consejo de Salubridad General, Modelo del CSG para la atención en salud con calidad y seguridad, estándares para certificar hospitales (2018). Recuperado de http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015_SE.pdf
- Elashoff D, Dixon J, Crede M, Fotheringham N. nQuery Advisor, Version 4.0. 2000.
- Joint Commission International (2011). *Accreditation Guide for Hospitals*. Recuperado de http://www.jointcommission.org/assets/1/6/accreditation_guide_hospitals_2011.pdf
- Joint Commission International (2006). *Sentinel Event Alert*. Recuperado de https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_35.PDF
- López, C., Aquerreta, I., Faus, V. & Idoate, A. (2014). Conciliación de la medicación en el paciente crítico. *Elsevier*, 38(5), 283-287.

- Mármol, J. & Rodríguez, P. (2015). Estudio clínico de conciliación de la medicación al ingreso hospitalario en pacientes de las áreas de medicina interna y cirugía. *Ars Pharmaceutica*, 56(3), 141-148.
- Misky, G., Wald, H. & Coleman, E. (2010). Transiciones post-hospitalización: examinando los efectos de calendarizar el seguimiento del proveedor de atención primaria. *Journal of Hospital Medicine*. 5, 392-397.
- Moreno, M., Garza, L. & Interrial, M. (2013). Manejo de la medicación en el adulto mayor al alta hospitalaria. *Ciencia y enfermería XIX* (3), 11-20.
- Núñez, A., Montiel, A., Martín, A., Torres, B., Lara, C. & González, J. (2013). Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Elsevier*, 46(5), 238-245.
- Organización Mundial de la Salud, Adherence to long-term therapies (2003). *The magnitude of the problema of the por adherence*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, The safety of medicines in public health programmes: Pharmacovigilance an essential tool (2006). *Public health programmes using medicines*. Recuperado de http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/Pharmacovigilance_B.pdf
- Orwig D., Brandt, N. & Gruber, A. (2006). Medication management assessment for older adults in the community. *The Gerontologist*, 46(5), 661-668.
- Pérez, A., Gómez, R., Álvarez, F., García, J., Mediavilla, J. & Menéndez, E. (2012). Documento de consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia. *Elsevier* 138(5), 1-10.
- Romero, R., Nisizaki, S., Komasa, Y., Okasaki, J., Dellature, G., Rodríguez, A. & Fortanete, A. (2008). La polifarmacia en el adulto mayor. *Tendencias en Medicina*, 77-78.
- Roure, C. (2010). Conciliación de la medicación: una herramienta necesaria para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente. *Generalitat de Catalunya Departament de Salut*, 22(4), 19-26.

Sánchez, A., Gallardo, S., Pons, N., Murgadella, A., Campins, L. & Merino, R. (2011). Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico. *Elsevier* 36(2), 118-123.

Secretaría de Salud (1987). Ley General de Salud y Códigos de México (16^a ed.) Reglamento de la ley general de salud en materia en investigacion para la salud. México: Porrúa 422-429.

Soler, E., Izuel, M., Villar, I., Real, J., Carrera, P. & Rabanaque, M. (2011). Calidad de la recogida de la medicación domiciliaria en urgencias: discrepancias en la conciliación. *Farmacia Hospitalaria*, 35(4), 165-171.

Ziaieian, B., Araujo K., Van, P. & Horwits, L. (2012). Medication reconciliation accuracy and patient understanding of intended medication changes on hospital discharge. *Journal of General Internal Medicine*, 27(11), 1513-1520.